

●短 報●

呼吸サポートチーム対象患者における口腔症状の年次推移

木崎久美子¹⁾・岸本裕充¹⁾・木村政義²⁾・富加見教男²⁾・西 信一³⁾

キーワード：アセスメント，呼吸サポートチーム，口腔乾燥，人工呼吸管理，口腔ケア

緒 言

2010年4月に呼吸サポートチーム（respiratory support team：以下RSTと略）加算が保険導入され、以前より活動していた病院に加え、多くの病院でRSTが結成された。当院では、保険導入の5年以上前からRSTが結成され、歯科も参加している。人工呼吸管理に携わっている医師や看護師に対し、各専門職がアドバイスすることで、患者ケアの質を向上させることがRSTの大きな目的の1つである。RST加算が保険導入された時期の前後で、対象となる患者や口腔の問題点に変化がみられたので報告する。

I. 当院におけるRST活動

RSTの構成メンバーは、RST加算の要件である医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士の4職種が一般的で、歯科医師や歯科衛生士を含む施設は当院¹⁾を含めてわずか^{2,3,4)}と思われる。当院では、2004年に大学院を修了し急性・重症患者看護専門看護師を目指し（2005年に認定）活動していた看護師と理学療法士の2職種でRSTの活動が始まった。その後、臨床工学技士が加わり、2005年3月から歯科医師と歯科衛生士も参加し、2006年4月には集中治療専門医も加わり、現在の構成メンバーとなった¹⁾。

RST加算の保険導入前の介入対象は、「人工呼吸器装着患者（ターミナル期と小児・乳幼児期を除く）および呼吸に関するケアに問題を抱えた患者」で、依頼を受けた患者のみであった。それに対し、保険導入を機に、依頼の有無やRST加算の算定の可否にかかわらず「48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者」は全て対象とした。

RSTメンバー全員による週1回の定時回診（以下ラウンドと略）以外にも、緊急の依頼があった場合は、集中治療専門医と参加が可能な職種とで介入を行う場合もある。

ラウンド時の歯科衛生士の介入方法は、対象患者の担当看護師とともに行う口腔の観察と口腔の問題点の評価で、歯科衛生士がその場で担当看護師に評価やケア方法の問題点を中心に実地指導を行う。歯科医師による専門的診断や治療、処方などが必要と歯科衛生士が判断した場合は、歯科への往診依頼を指示し、歯科医師とともに再度診察する。主な依頼内容は、粘膜病変の診断や治療、また動揺歯に対する処置や義歯の調整などである。

II. 対象および方法

1. RSTの対象患者における口腔の問題点に関する調査

口腔における代表的な問題点として以下の5つを抽出し、歯科衛生士がRSTへ参加して以降の7年間、年度別に集計した。評価は、歯科衛生士が対象患者の口腔内を、ラウンドで初回に診査した際の状態である。問題点の評価方法と基準は次の通りである。

1) 兵庫医科大学病院 歯科口腔外科

2) 同 臨床工学会

3) 同 集中治療医学科

[受付日：2013年3月19日 採択日：2013年12月4日]

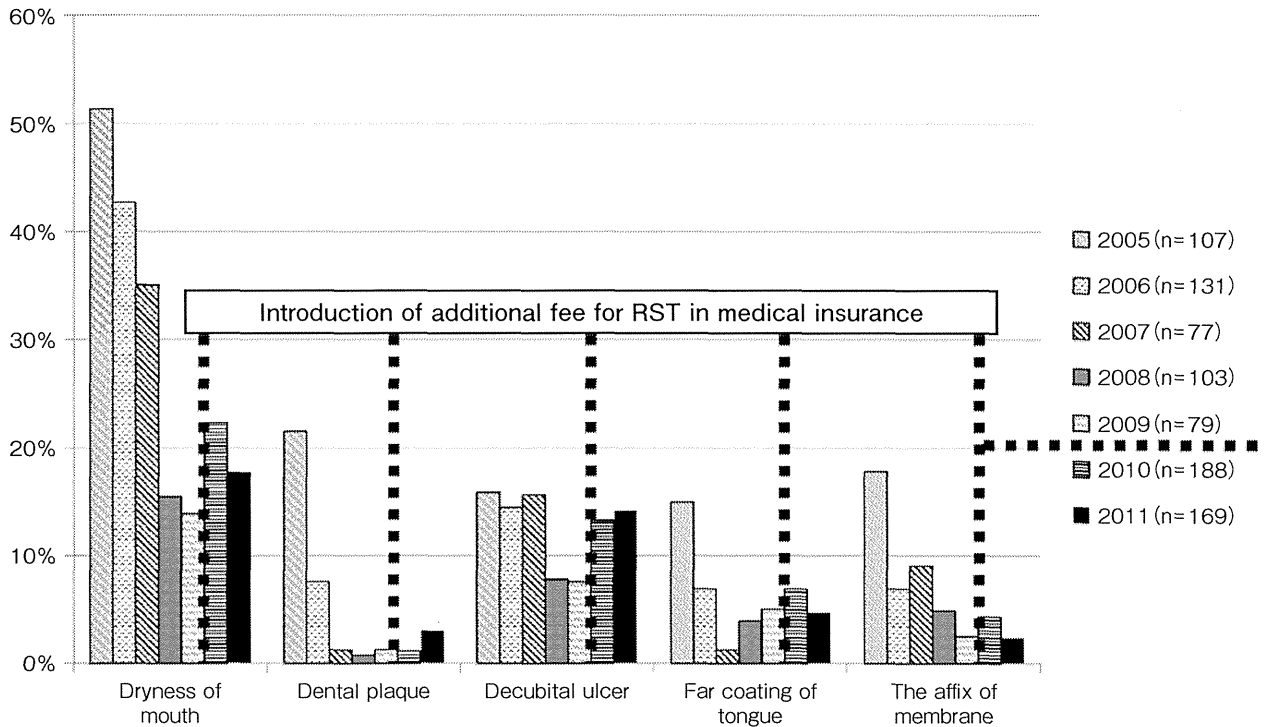


Fig. 1 Changes of percentage of the patients who were under mechanical ventilation and had a problem in the mouth after intervention by dental staffs.

Although the patients with oral problem had decreased from 2005 in which RST started to 2009, they increased in 2010 and 2011. Particularly, the patients with dryness of mouth and decubital ulcer increased markedly.

1) 口腔乾燥

Andersson らの ROAG (revised oral assessment guide) ^{5, 6)} に準じて、評価方法は頬粘膜に歯科用ミラーを滑らせ、明らかな抵抗がある、もしくはミラーが粘膜にくっつく場合は口腔乾燥ありと評価した。なお、抵抗はあるがくっつきそうにはならない場合は、口腔乾燥なしと評価した ⁷⁾。

2) 食物残渣と歯垢

歯科用ミラーを使わずに、直視が可能な範囲での食物残渣や歯垢の有無を評価した。探針での歯面の擦過で少量付着してくる程度の場合は、残存なしとした。

3) 褥瘡性潰瘍

気管チューブやバイトブロック、歯などによる持続的な圧迫で潰瘍が生じたと推察される場合は、潰瘍ありと評価した ⁷⁾。再発性アフタや薬剤性口内炎などが疑われる場合は、これに含めなかった。

4) 舌苔

糸状乳頭が延長し、白色や茶色に変色した舌苔が、広範囲に厚く付着している場合は舌苔ありとした。薄く

付着しているのは生理的であり、その場合は舌苔なしと評価した。なお舌背に気道分泌物が固着したものは、「5) 粘膜の付着物」とした ^{8, 9)}。

5) 粘膜の付着物

舌や口蓋、頬粘膜などの粘膜に、凝血塊や気道分泌物の付着、剝離した粘膜上皮の残存が目立つ場合は、付着物ありと評価した。

2. RSTの対象患者の内訳に関する調査

2010年のRST加算の保険導入を機に、当院におけるRSTの対象患者の条件が変更され、対象患者数が増加した。そこで、その内訳を調査するために、RST加算の導入前後2年間(2008年から2011年まで)、対象患者の入室している部署を年度別に集計した。

III. 結 果

1. 口腔に問題のある患者の割合の変化 (Fig. 1)

RSTに歯科が介入を開始した2005年と比較して、褥瘡性潰瘍を除く4つの問題点は、次年度以降着実に減

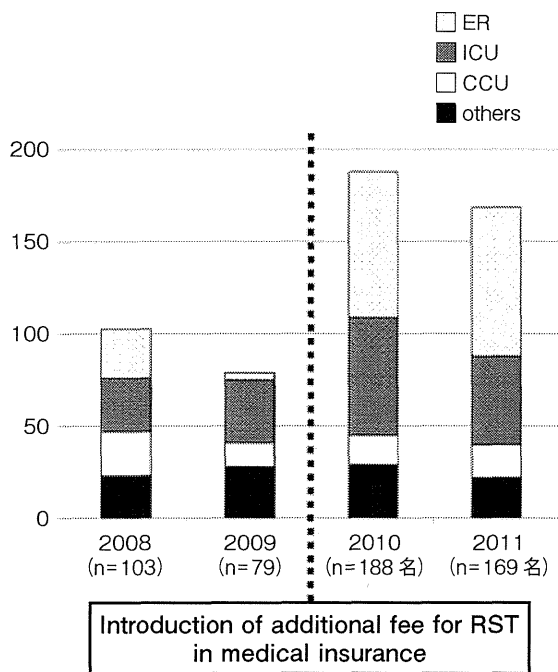


Fig. 2 Annual change of the number of patients enrolled in RST in each ward.

The number of patients enrolled in RST in each ward was compared between before and after introduction of additional fee for RST in medical insurance.

While the number of patients in CCU or other wards was at the same level, that in ICU and ER increased markedly in 2010 and 2011 after the introduction.

少した。しかし、RST 加算が導入された2010年に対象患者が変更されたことで、口腔乾燥と褥瘡性潰瘍を有する患者の割合が増加した。

1) 口腔乾燥

歯科が介入を開始した2005年には対象患者の51.4%に口腔乾燥を認めたが、2009年には13.9%まで減少した。しかし、RST 加算が導入され対象患者が増加したことに伴い、2010年に口腔乾燥を有する患者が22.3%に増加するも、次年度には17.8%に低下した。

2) 食物残渣と歯垢

2005年は口腔乾燥に次いで多くみられた。しかし、次年度以降は大幅に低下し、2011年にわずかに増加がみられたものの、2007年以降5%未満を維持していた。

3) 褥瘡性潰瘍

2005年から2007年まで15%前後で変化を認めなかったが、2008年と2009年には約半分まで低下した。2010年には当初の割合近くまで増加し、2011年にも増減はみられなかった。

4) 舌苔

2005年には15.0%の患者に舌苔がみられた。2007年には一旦1.3%まで低下したが、その後2008年から2011年まで5%前後で推移していた。

5) 粘膜の付着物

2005年には17.8%の患者に粘膜の付着物がみられ、その後減少、微増を経て、2011年には2.4%まで低下した。

2. RST 加算の導入前後2年間の対象患者数の比較

(Fig. 2)

2008年は103名、2009年は79名であったが、対象患者を拡大した2010年には188名、2011年は169名とほぼ倍増した。

部署別の集計では、救命救急センター（以下救命と略）、ICU、CCUで、2010年以降全体の約85%を占めていた。CCUとその他の部署（血液内科・呼吸器内科など）の患者数は横ばいであったのに対し、2010年を境に救命とICUにおいては大幅に増加した。

IV. 考 察

当院 RST での対象を拡大した2010年を境に、口腔の問題を有する患者の割合が明らかに増加した「口腔乾燥」と「褥瘡性潰瘍」について、救命、ICU、CCUの部署別に比較した (Fig. 3)。

口腔乾燥を有する患者の割合は、歯科がRSTへの介入を開始した2005年当初は、保湿という意識が低く50%以上にのぼったが、看護師らの意識の高まりとともに、2009年には13.9%まで減少していた。2010年には対象患者の増加とともに、口腔乾燥を有する患者の割合が増え全体で22.3%となった。これは対象患者数が2009年の4名から2010年には79名と増加した救命において、口腔乾燥を有する患者が25.0%から32.9%と多く発見されたことが大きく影響している。2011年には、対象患者数が18名と少ないCCUで口腔乾燥を有する患者の割合が増加したものの、患者数が多い救命とICUでの口腔乾燥を有する患者の割合が減少したため、全体としては口腔乾燥を有する患者の割合が17.8%に低下した。

一方、褥瘡性潰瘍は、2005年から2007年までの3年間で、15%前後の患者にみられた。しかし、2008年と2009年には約半分になっていたにもかかわらず、2010年に

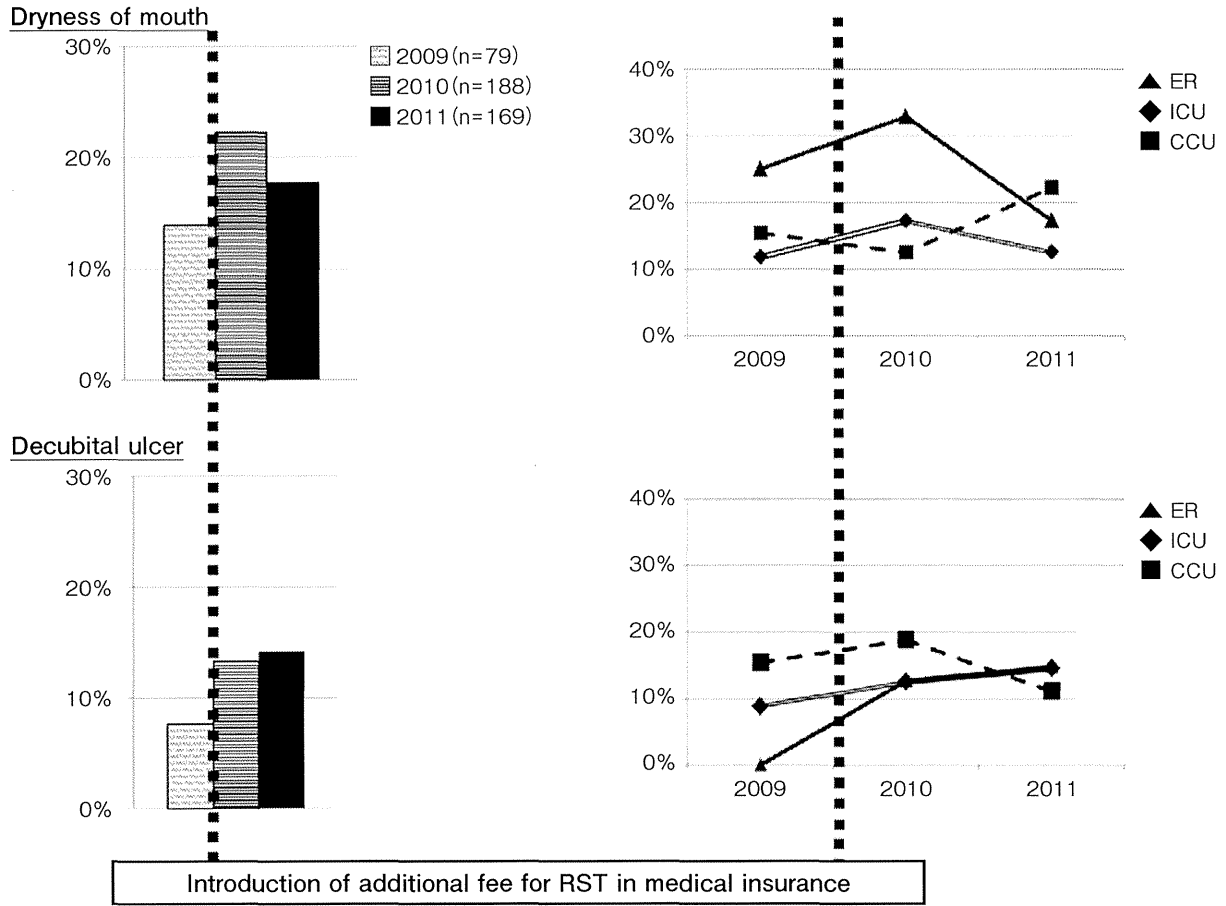


Fig.3 Annual change of the number of patients with dryness of mouth and decubital ulcer in ER, ICU and CCU.

The percentage of patients with dryness of mouth was the highest in 2010 in ER, but decreased a half in 2011.

On the other hand, it increased in CCU with a few subjects.

The percentage of patients with decubital ulcer increased in 2010 in all wards, but it decreased in 2011 in CCU and further increased in ER and ICU.

は救命、ICU、CCUのいずれの部署でも褥瘡性潰瘍を有する患者の割合が増えた。その後2011年にCCUで18.8%から11.1%と大幅に減少したものの、救命とICUでは約13%から約15%と微増しており、全体としての褥瘡性潰瘍を有する患者の割合は、ほぼ横ばいであった。

口腔乾燥に対しては、保湿ケアとして、加湿とともに、湿潤ジェルの塗布やマスクの着用¹⁰⁾などによる予防が必要である。保湿ケアの必要性は看護師に認識されつつあるが、口腔乾燥があるにもかかわらずラウンド時にマスクの着用がなされていないことを発見する場合もあり、指導をさらに徹底することで、さらなる改善が見込まれる。

長期的な経口挿管による口角などの褥瘡性潰瘍を予防するためには、圧迫を防ぐことが不可欠であるが、

気管チューブの位置変更を行うたびに、テープを交換することで皮膚への損傷が多くなる。そのため、当院ではテープの交換と気管チューブの位置変更は、やむを得ず1日1回としてきた。褥瘡性潰瘍の原因として、圧迫だけでなく摩擦やずれなどによって、血流障害を生じ、組織障害を起こすと考えられている。口腔乾燥が生じると、粘膜と気管チューブやバイトブロックが固着しやすく、その固着に気づかず移動させると、それによって上皮が損傷し、褥瘡性潰瘍を生じやすい¹¹⁾と考えられる。したがって保湿ケアとともに、チューブを移動させる時に粘膜との接触部分を濡らすことが重要である。実際に口腔乾燥の割合が2005年51.9%から13.9%まで低下した2009年には、褥瘡性潰瘍を有する患者の割合も、15.9%から7.6%まで減少した。このことから、保湿ケアを行うことは褥瘡性潰瘍の予防

に一定の成果を示したのではないかと考えられる。

当院では2012年から気管チューブの位置を容易に移動できるアンカーファスト®(ホリスター社製)¹²⁾を一部の患者に導入した。気管チューブの固定方法を見直すことで、持続的な圧迫が回避され、気管チューブの固定によって口腔ケアをしにくい部分が少なくなるため、今後は褥瘡性潰瘍の発生が少なくなることが期待できる。

看護師が口腔ケアを行う際には、今回挙げた5つの問題点をしっかりと認識していることが望ましいが、歯科医師や歯科衛生士と同等の質で評価するのは容易でないこともある。たとえば、ミラーでしか確認できない舌側の褥瘡性潰瘍を見落とししたり、義歯が装着されたままであることに気づかない場合もある。今回RSTのラウンド時に歯科衛生士が確認した問題点を、看護師も認識していたのか、それとも見落とししていたのかを分類できなかったため、今後のデータの収集においては、その点を十分に反映させることが必要と考えている。

V. 結 論

1) RSTでの歯科の介入によって、口腔にみられた問題のうち、褥瘡性潰瘍を除く口腔乾燥、食物残渣と歯垢、舌苔、粘膜の付着物を有する患者の割合は減少した。

2) RST加算の保険導入を機に対象患者が拡大したことで、口腔乾燥と褥瘡性潰瘍を有する患者が多く発見された。

本稿は、平成24年度厚生労働科学研究費補助金：歯科介入型の新たな口腔管理法の開発及び介入効果の検証等に関する研究(24120701)の一部として行われた。

本稿の全ての著者には規定されたCOIはない。

引用文献

- 1) 木崎久美子, 河田尚子, 蔵下 舞ほか:呼吸ケアチームへ歯科衛生士が参加する意義. 日本歯科衛生学会雑誌. 2010;4:104-7.
- 2) 永野由紀, 楠瀬伴子:チームで取り組む呼吸療法ケア (vol.3) 高知大学医学部付属病院における呼吸ケアチームの実践. 呼吸器&循環器ケア. 2009;9:54-9.
- 3) 三田村英美, 榎本達治, 横須賀哲哉ほか:RCT(人工呼吸ケアチーム)活動3年間の活動と成果. 東京都福祉保健医療学会誌 平成20年度受賞演題論文集. 2009:17-9.
- 4) 石原英樹:RSTの役割. 人工呼吸. 2012;29:2-4.
- 5) 岸本裕充:口腔ケアの基本 口腔ケア時のアセスメント方法について教えて下さい. よくわかる!口腔ケア. 岸本裕充編. 東京, メヂカルフレンド社, 2007, pp2-5.
- 6) Andersson P, Hallberg IR, Renvert S:Inter-rater reliability of an oral assessment guide for elderly patients residing in a rehabilitation ward. Spec Care Dentist. 2002;22 (5):181-6.
- 7) 岸本裕充:やるべきこと, やらなくていいことを見極めるアセスメントの考え方. 成果の上がる口腔ケア. 岸本裕充編. 東京, 医学書院, 2011, pp26-32.
- 8) 岸本裕充:やるべきこと, やらなくていいことを見極める見直してほしい過剰なケア, 無駄なケア. 成果の上がる口腔ケア. 岸本裕充編. 東京, 医学書院, 2011, pp20-5.
- 9) 岸本裕充:口腔ケアの技術とトラブル対応 手順4 粘膜ケア(絶食中). 成果の上がる口腔ケア. 岸本裕充編. 東京, 医学書院, 2011, pp52-5.
- 10) 木崎久美子, 岸本裕充:口腔ケア 状況別技術. エキスパートナース. 2013;29:64-80.
- 11) 岸本裕充:口腔ケアの技術とトラブル対応 手順2 加湿する. 成果の上がる口腔ケア. 岸本裕充編. 東京, 医学書院, 2011, pp44-6.
- 12) 岸本裕充:ICUでの口腔ケアを再考する. エキスパートナース. 2012;28:94-7.

兵庫医科大学歯科口腔外科学講座
主任教授 岸本 裕充 先生
門井 謙典 先生

周術期口腔機能管理で術後肺炎を防ぐ！ ～「細菌カウンタ」と「デンタルアイS」の活用～



岸本 裕充 先生



門井 謙典 先生



細菌カウンタ

はじめに

口腔は呼吸器と消化器の共通の入り口であり、治療に伴う絶食や、がん化学療法・放射線治療による口腔粘膜炎の影響で口腔環境が悪化すると、呼吸器・消化器に様々な悪影響を及ぼします。近年、がんの手術などの治療前後に口腔環境を整備することによって、誤嚥性肺炎などの術後合併症を抑制できること¹⁾や、経口摂取の維持もしくは早期再開が可能となり²⁾、それに伴う在院日数の短縮や医療費の削減効果が明らかになってきました³⁾。このような背景から、2012年4月の診療報酬改訂において、「周術期口腔機能管理」(周管)が新設されました。歯科での周管によって医科での術後合併症を予防する、という点で画期的なもので、本稿では周管による術後の誤嚥性肺炎の予防を中心に解説します。

周術期口腔機能管理に関わるトピックス

周管が新設されてから2年が経過し、歯科を併設する病院では普及したものの、歯科を併設しない病院の医師には周知されておらず、歯科開業医の参画は限定的でした。そこで、2014年4月の診療報酬改訂では、「歯科医療機関連携加算」と「周術期口腔機能管理後手術加算」が新たに導入されました。いずれも対象手術に制限がある(表1)ものの、「歯科医療機関連携加算」は、歯科を併設しない病院から歯科への情報提供料に100点の加算、「周術期口腔機能管理後手術加算」は、手術の1か月前以内に周管を実施した場合に手術料に100点の加算、というものです。また、手術前の周術期口腔機能管理(I)と(II)とが、それぞれ90点、200点も増点された(表2)ことから、歯科への期待とともに、手術後よりも手術「前」の周管が重要であることがわかりただけるといえます。

表1 2014年度周管に新たに導入された「歯科医療機関連携加算」「周術期口腔機能管理後手術加算」の対象となる全身麻酔手術

- 悪性腫瘍手術
 - ・顔面・口腔・頸部：舌、下顎骨、耳下腺、甲状腺など
 - ・胸部：乳腺、肺、食道など
 - ・腹部：胃、肝、小腸、結腸など
- 心臓・脈管の手術
 - ・弁置換術、冠動脈形成術など

表2 「周術期口腔機能管理」における増点項目

	～2014年3月末	2014年4月改訂	
周管(I)	190点	手術前	280点
		手術後	190点
周管(II)	300点	手術前	500点
		手術後	300点
周管(III)	190点	190点	

術後の誤嚥性肺炎

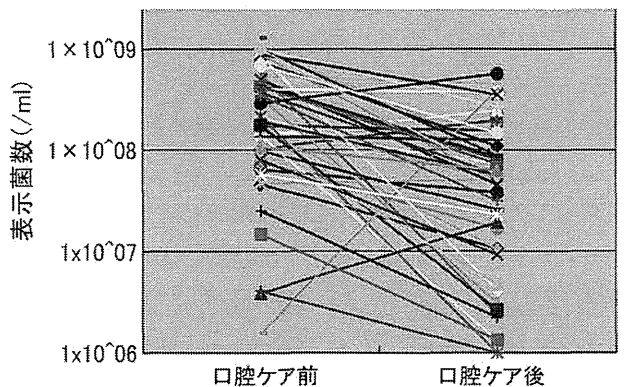
手術後には様々な合併症が生じ、中でも肺炎は最も重篤なもののひとつですが、その多くが誤嚥性肺炎で、術後もICUなどで気管挿管が継続される患者に生じやすいです。全身麻酔下での手術が終わって、すぐに気管チューブを抜くことができる場合には、口腔の状態の良悪にかかわらず肺炎を生じることは非常にまれなのです。したがって、術後肺炎の予防を目的として周管に取り組むのであれば、「術後も気管挿管が継続される患者」を優先すべきでしょう。

気管チューブが留置されると肺炎を起こす理由を理解しておくことは、周管に取り組む上で不可欠です。1つは、経口でチューブを挿入する際に、チューブの先端が歯垢などで汚染されるためです。生体にとっては異物である気管チューブに付着した菌は、歯垢と同様にバイオフィルムを形成するため、チューブを抜くまで除去できません。もう1つは、気管チューブに沿って、口腔の菌を含む汚染物が咽頭を経由して、チューブ先端のカフもすり抜けて肺の中へ垂れ込むためです。

気管挿管患者に対する口腔ケアのポイント

チューブを挿入する際に、先端が汚染されるのを予防するためであれば、手術「前」に周管を実施するのが理に適っています。気管チューブに沿った垂れ込みを減少させるためには、手術後の口腔ケアが重要ですが、口腔に気管チューブやバイトブロックがあることや、鎮静下にあるため開口に応じず、誤嚥するリスクもあることから、口腔ケアは技術的に容易ではありません。そこに歯の動揺や歯肉出血、口角炎、舌や口唇の咬傷などが加わると、さらに口腔ケアが困難となります。「ケアの貯金」⁴⁾の発想で、可能な限り手術「前」に口腔環境を整備しておくこと手術「後」の口腔ケアが多少不十分でも問題を生じにくく、非常に効果的です。

さて、ここで口腔ケアの盲点の1つを紹介します。ブラッシングによって、バイオフィルムとして歯面に付着している歯垢を除去すること自体は悪くないのですが、手技によっては口腔に飛散した歯垢中の菌が咽頭部に落ち込み、口腔ケア前よりも咽頭部に残存する菌を増量してしまう場合があります(図1)⁵⁾。口腔ケアによって、咽頭を經由した菌の垂れ込みを減量させるつもりが、皮肉にも逆の結果になるリスクに着目する必要があります(図2)。細菌数測定装置「細菌カウンタ」は、菌の種類は同定できないものの、菌の採取から約1分間で菌量を迅速測定することが可能です(図3)。口腔ケアの前後に咽頭部の菌量を「細菌カウンタ」で測定することによって、口腔ケア後に咽頭部の菌の減量が得られていない場合には口腔ケアを追加することも可能です。



咽頭部の菌量測定 (n=52) ※うち計測不能5例
 ●菌量平均 (対数菌数/ml)
 口腔ケア前 8.26 ± 0.43 口腔ケア後 7.61 ± 0.59 (t test; p<0.0001)
 ●菌量
 減少:40例 増加:7例
 ※実験用測定機を使用したため、測定範囲は製品仕様と異なる

図1 口腔ケア前後の咽頭部における菌量の比較
 経口気管挿管患者に対して、口腔ケア前と口腔ケア後に「細菌カウンタ」で咽頭部の菌量測定をしたところ、47例中、40例は減少したが、7例は菌量が増加した

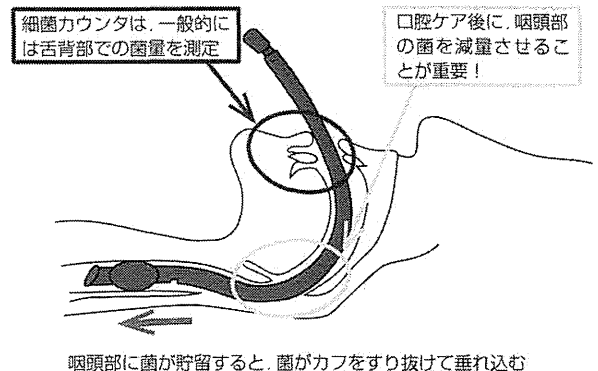


図2 咽頭部での菌の貯留が、術後肺炎のリスクを高める



図3 ICUでは頻繁に口腔ケアを実施するため、常時2台の細菌カウンタを設置している

経口気管挿管患者は口腔の観察が非常に困難で、口腔ケアの際には気管チューブの位置を移動することも視野を確保する上では大事ですが、歯科用口腔内カメラ「デンタルアイS」を活用すると、口腔の観察が容易になります(図4)。口腔や咽頭部から得られる画像は鮮明で、気管チューブ付近の唾液の貯留の有無を確認することや、直視が困難な部分の歯垢の残存の精査も可能となります(図5)。

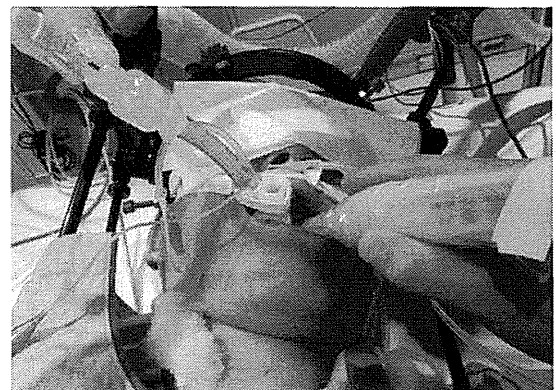
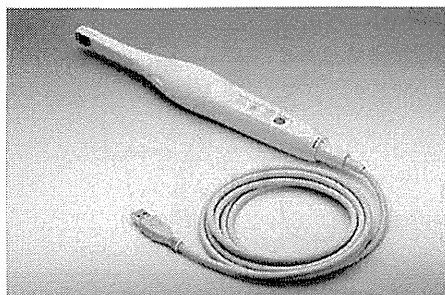


図4 頸椎損傷のため頭部の位置移動に制限のある経口気管挿管患者に対して「デンタルアイS」を使用



歯科用口腔内カメラ「デンタルアイS」

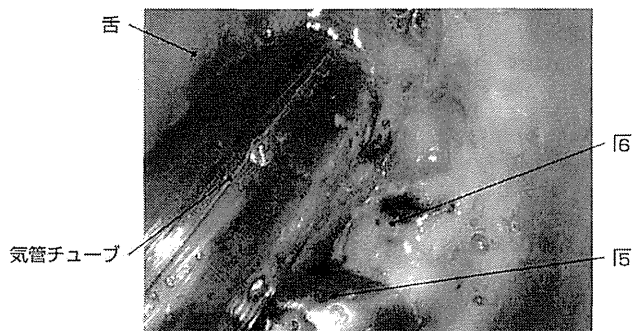


図5 「6」残根に付着するブラークと、気管チューブ付近の汚染唾液（「デンタルアイS」で撮影）

おわりに

大きな侵襲を伴う手術で術後も気管挿管が継続される患者では、術後肺炎のリスクが高く、手術「前」から積極的に周管に取り組むべきです。ICUでの経口气管挿管患者の口腔ケアにおいて、バイオフィームとして付着している歯垢が除去できているかどうかの確認には「デンタルアイS」が、汚染物が咽頭部に貯留していないかどうかの確認には「細菌カウンタ」の使用が効果的です。

参考文献

- 1) 河田尚子, 岸本裕充 他: 食道癌術後肺炎予防のためのオーラルマネジメント, 日本口腔感染症学会雑誌 2010;95:906-912.
- 2) 岸本裕充: ナースのための口腔ケア実践テクニック, 東京, 照林社, 2002.
- 3) 小河原克訓, 丹沢秀樹: 口腔ケアによる医療費高騰の抑制, 日本歯科医師会雑誌 2011;64:165-172
- 4) 岸本裕充 編著: 成果の上がる口腔ケア, 東京, 医学書院, 2011.
- 5) 岸本裕充, 菊谷 武: 「歯」の専門家から「口腔」の専門家へステップアップするために〜口腔清掃後の「菌の回収」を意識する. デンタルハイジーン2012;32(3):294-9

TOPICS

歯科イベントで活用される細菌カウンタ

毎年、6月4日の虫歯の日前後におきまして、全国各地で歯に関するイベントが開催されております。近年、この一般人を対象とした歯科イベントにおいて、細菌カウンタが多く活用されるようになりました。今までわからなかった舌や歯から採取した検体中の細菌数を約1分で測定でき、操作方法や採取方法の利便性によりイベントスタッフや採取される一般人の方々にとっても容易に使用できることが広く使用される要因となっております。パナソニックデンタルでは、早めにご連絡をいただければイベントにおける細菌カウンタの貸出（消耗材は別途販売）も行っておりますので、ご連絡をお待ちしております。

……………【本年イベントで活用された細菌カウンタ】……………



世界禁煙デーにおけるたばこ対策普及啓発イベント
(橿原市、奈良県桜井保健所)



歯科健康フェア
(越谷市歯科医師会)



歯のスマイル館フェア
(堺市歯科医師会)

医機能の充実を図り、当地域での歯科訪問診療の更なる定着を推進していきたい。そして、医療機関の機能分担を明確化し医療連携システムを強化し、情報共有すべき関連職種との地域連携を図ることで、より実効性のある地域完結型医療体制の構築・整備を実践していく所存である。

192. 多職種協働による周術期口腔機能管理

—頭頸部悪性腫瘍患者における歯科衛生士の取り組み—

Interdisciplinary Approach for Perioperative Oral Health Care

—Role of Dental Hygienist for the Patient with Head and Neck Cancer—

吉田佳織^{1,2,4)}, 石川健太郎^{3,4)}, 村山隆夫^{2,4)}
 久保田一見^{3,4)}, 石崎晶子^{3,4)}, 村上浩史^{3,4)}
 横塚あゆ子^{1,4)}, 鈴木恵美¹⁾, 弘中祥司^{3,4)},
 Kaori Yoshida^{1,2,4)}, Kentaro Ishikawa^{3,4)}
 Takao Murayama^{2,4)}, Kazumi Kubota^{3,4)}
 Akiko Ishizaki^{3,4)}, Kouji Murakami^{3,4)}
 Ayuko Yokotsuka^{1,4)}, Megumi Suzuki¹⁾
 Shoji Hironaka^{3,4)}

昭和大学歯科病院歯科衛生室¹⁾

昭和大学藤が丘病院歯科・歯科口腔外科²⁾

昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座

口腔衛生学部門³⁾

昭和大学口腔ケアセンター⁴⁾

Showa University Dental Hospital

Division Dental Hygiene¹⁾

Showa University Fujigaoka Hospital

Department of Dentistry and Oral Surgery²⁾

Department of Special Needs Dentistry,

Division of Hygiene and Oral Health,

Showa University School of Dentistry³⁾

Showa University Oral Health Care Center⁴⁾

緒言：頭頸部悪性腫瘍の治療における有害事象として、口腔領域の器質的、機能的な障害があげられる。当科では、平成24年4月より耳鼻咽喉科にて加療中の頭頸部悪性腫瘍患者に対し、多職種協働による周術期口腔機能管理を行い、QOLの維持向上に努めてきた。

当科では歯科医師による口腔内診査・診断および初期治療を行った後、歯科衛生士による口腔衛生指導、歯周基本処置を実施した。悪性腫瘍治療開始後は歯科衛生士が口腔内管理の主体となり、介入ごとに口腔内細菌数、

唾液分泌量の測定によるアセスメントを行い口腔内の変化を把握し、週1回以上の専門的口腔ケアを施行した。また、週1回の耳鼻咽喉科・歯科合同カンファレンス時には歯科衛生士が患者の口腔内を説明し、全身と口腔の状態を共有した。

今回一定の成果が得られたため、その患者動向と歯科衛生士の取り組みについて報告する。

対象と方法：平成24年4月から平成25年12月までの間に周術期口腔機能管理の依頼のあった頭頸部悪性腫瘍患者59症例（男性50症例，女性9症例，平均年齢 65.3 ± 32.3 歳）を対象とした。診療録より原発部位、治療方法、介入回数、治療完遂率について検討を行った。また、口腔領域が照射野に含まれる症例の治療完遂率を、歯科衛生士による専門的口腔ケアの介入前後で比較した。なお、非介入群を平成17年1月から平成23年12月までの7年間とした。

本研究にあたっては、昭和大学藤が丘病院臨床試験審査委員会の審査・承認（2013055）を得て実施した。

結果：原発部位では咽頭癌が53%と全体の半数を占めた。治療方法では入院下での治療が81%であり、そのうち放射線化学療法が81.5%を占めた。

歯科衛生士の平均介入回数は、放射線化学療法（入院）で19.3回（2.0回/週）、放射線療法（入院）で6.0回（1.4回/週）、手術療法で10.3回（2.6回/週）であった。放射線療法（外来）は4.8回（0.7回/週）であり、入院治療のほうが外来通院に比べ約1回/週多く介入した。

治療完遂率は、専門的口腔ケア非介入群が75.5%であったのに対し、介入群は81.5%と上昇傾向を示した。このことから、歯科衛生士による専門的口腔ケアを中心とした歯科医療職の介入は、頭頸部悪性腫瘍治療により生じる口腔領域の有害事象の軽減と予防に寄与している可能性があると考えられた。

入院下による放射線化学療法にて治療を行った下咽頭癌（52歳，男性）の症例では、唾液の分泌量低下にも関わらず、口腔清掃状態を向上させ、口腔内細菌数を低値に維持することができた。このことから、専門的口腔ケアは患者の口腔内環境を維持するために有意義であったと考えられた。

放射線治療後も有害事象は持続するとされており、歯科衛生士による口腔衛生管理を継続して行っていくことが肝要であると考えられた。

今後、歯科衛生士は頭頸部悪性腫瘍治療を受ける患者の専門的口腔ケアだけでなく、精神的・肉体的・社会的苦痛を緩和しQOLの維持・向上に寄与していくことが必要と考えられる。

本となっており、「粥」をミキサーにかけた「粥ミキサー」が多くの施設でみられた。その他、少数の施設で「軟飯」,「粥ペースト」などがあり、比較的多くの施設において喫食者の嗜好による主食が提供されていた。副食の形態は、一般的な名称として用いられている「ふつう」,「きざみ」,「ミキサー」などが共通してみられたが、「きざみ」や「ミキサー」から派生したと考えられる区分が施設ごとに存在していた。そのため施設により食形態の種類に差があり、食形態の段階に相違がみられた。また、「一口大」,「粗きざみ」,「きざみ」の大きさは施設間でばらつきがみられ、施設における区分の名称だけできざみの大きさは判断できないと考えられた。歯科治療受診者が喫食している食事形態を把握するためには、各施設で提供されている食事の形態内容を個別に認識している必要があると考えられた。これにより、歯科治療経過に応じた食事指導がある程度は可能になると考える。しかし、実際に食事形態を一時的に変更するとすると、施設によっては現状で十分に対応できるとは限らない。対応が可能となるための条件としては、「職種間連携の方法・手段」とする割合が比較的多くみられた。施設内外の職種間連携を図るためには、連携の体制作りと情報を共有するための共通言語や標準的評価方法などが必要と考えられた。要介護高齢者がいつまでも口から食べることを楽しみ、安全に食事を摂取して適切に栄養補給するためには、口腔のケアと歯科治療による支援が必要と考える。介護保険施設等での訪問診療において管理栄養士との連携は重要であり、協同して取り組む意義は大きいと考える。

153. 口腔ケアクリニカルパスを用いた周術期の口腔衛生管理

—対象者の口腔内の実態—

Perioperative Oral Health Management Using the Oral Health Care Clinical Pathway—Oral Condition of the Patient—

石川健太郎^{1,3)}, 村山隆夫^{2,3)}, 中川量晴^{1,4)}
 久保田一見^{1,3)}, 石崎晶子^{1,3)}, 村上浩史^{1,3)}
 吉田佳織^{2,3,5)}, 横塚あゆ子^{2,3,5)}, 向井美恵⁶⁾
 弘中祥司^{1,3)}
 Kentaro Ishikawa^{1,3)}, Takao Murayama^{2,3)}
 Kazuharu Nakagawa^{1,4)}, Kazumi Kubota^{1,3)}
 Akiko Ishizaki^{1,3)}, Koji Murakami^{1,3)}
 Kaori Yoshida^{2,3,5)}, Ayuko Yokotsuka^{2,3,5)}
 Yoshiharu Mukai⁶⁾, Shouji Hironaka^{1,3)}

昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座
 口腔衛生学部門¹⁾

昭和大学藤が丘病院歯科²⁾

昭和大学口腔ケアセンター³⁾

藤田保健衛生大学医学部歯科⁴⁾

昭和大学歯科病院歯科衛生室⁵⁾

昭和大学⁶⁾

Department of Special Needs Dentistry,
 Division of Hygiene and Oral Health,
 Showa University School of Dentistry¹⁾

Department of Dentistry,
 Showa University Fujigaoka Hospital²⁾

Showa University Oral Health Care Center³⁾

Department of Dentistry and Oral Surgery,
 Fujita Health University School of Medicine⁴⁾

Division of Dental Hygienist,
 Showa University Dental Hospital⁵⁾

Showa University⁶⁾

緒言：本学では平成20年4月に口腔ケアセンターが開設され、各附属病院において多職種が連携して術前術後の合併症や誤嚥性肺炎、窒息事故の予防を目的とした口腔衛生管理を実践している。本学藤が丘病院においては、平成21年度より心臓血管外科および病棟スタッフと連携して、「開心術口腔ケアクリニカルパス」の運用を開始した。

本研究の目的は、「開心術口腔ケアクリニカルパス」適応患者の口腔内の実態を把握することである。

対象と方法：平成23年4月から平成25年12月に、本学藤が丘病院において、「開心術口腔ケアクリニカルパス」を適応した212名（男性152名、女性60名、平均年齢71.4±9.3歳）を対象とした。口腔ケアクリニカルパスを含めた歯科診療録より、原疾患、残存歯数、未処置う蝕歯数、歯周疾患の評価（CPI）、アイヒナー分類、義歯の有無等について検討を行った。また、65歳以上の高齢患者について、各項目を平成23年度歯科疾患実態調査と比較した。

なお、本研究の実施にあたっては、昭和大学藤が丘病院臨床試験審査委員会の審査、承認（2013123）を得た。結果と考察：対象者は70歳代が最も多く、全体の42.5%を占めた。原疾患では、弁膜疾患が31.6%で最も多く、次いで大動脈疾患24.5%であった。平均残存歯数は16.6本、平均未処置う蝕歯数は3.1本であり、有歯顎者のう蝕有病者率は34.8%であった。アイヒナー分類ではB群が36.8%で最も多く、次いでA群32.5%であった。アイヒナー分類B、C群の者のうち、

義歯未装着者が42.7%存在した。歯周疾患の評価では、CPIのコード3が48.9%と最も多く、次いでコード4であり、4mm以上の歯周ポケットを有する者が全体の70.9%を占めた。65歳以上における平成23年歯科疾患実態調査との比較では、75～79歳、80～84歳ですべての項目が高い値を示した。

対象者の多くが高齢者であり、心臓血管疾患患者であると同時に、高齢患者であることも意識した対応が求められていることと考えられた。また、アイヒナーB・C群のうち、40%以上に義歯未装着が存在すること、また有歯顎者の35%以上が未処置の蝕歯を有することから、周術期口腔機能管理において、退院後の歯科治療に対する動機付けも必要な患者であることが推察された。平成23年歯科疾患実態調査との比較では、75歳以上に比べ、65～74歳において、平均以下の項目が多く、術前術後の口腔管理に加え、口腔の健康教育が必要であると推察された。

本学藤が丘病院における「開心術口腔ケアクリニカルパス」適応患者の口腔内の実態を調査した結果、入院時にう蝕や歯周疾患などの歯科的問題を抱える患者が多数存在することが明らかとなった。

154. 障害者歯科センターにおける高齢障害者の検討

An Analysis of the Aged at Dental Center for Disabled

山田みどり¹⁾, 伊藤正樹²⁾, 片浦貴俊²⁾, 小林登美子¹⁾
新渡戸満貴¹⁾, 穂坂一夫¹⁾
Midori Yamada¹⁾, Masaki Ito²⁾
Takatoshi Kataura²⁾, Tomiko Kobayashi¹⁾
Maki Nitobe¹⁾, Kazuo Hosaka¹⁾

一般社団法人名古屋歯科医療センター¹⁾
社会医療法人宏潤会大同病院歯科口腔外科²⁾
Nagoya Dental Center for Disabled and Oral Health¹⁾
Department of Oral Surgery and Special Care Dentistry,
Daido Hospital²⁾

目的: 発達障害者の生命予後の改善および中途障害者の増加による高齢障害者に対する対策を考える目的で当センターの実態を調査した。

方法: 対象は2002から13年までの12年間の当センターの初診患者で、①患者数・性別、②年齢、③障害別分類、④転帰を調査した。

結果: ①患者総数は1,121名(男64%・女36%)、年平均患者数は93.4名で、2004～2010年は60～80名

台であったが、2011～13年は107, 114, 136名で右肩上がりに増加した。60歳以上は104名(男56%・女44%)で患者総数の9%であった。年平均患者数は8.6名で横ばいであった。

②患者全体の平均年齢は26.0±20.7歳であった。

③障害別分類は、患者全体では精神遅滞38%、自閉症スペクトラム(以下、自閉症)32%、脳性麻痺14%、他の肢体不自由13%、感覚器障害2%、内部障害1%であった。60歳以上では、精神遅滞8%、自閉症0%、脳性麻痺3%、他の肢体不自由70%、感覚器障害13%、内部障害7%であった。障害別に年齢別の比率をみると、60歳未満では精神遅滞の98%、自閉症の100%、脳性麻痺の98%であったのに対し、60歳以上では他の肢体不自由(50%)、感覚器障害(78%)、内部障害(54%)が多かった。

④60歳以上の転帰は、治癒30%、継続17%、転医32%、中断19%、死亡2%であった。

考察: 当センターの初診患者数は男性が女性の約2倍であった。これは、他の障害者歯科施設と同様な傾向であった。一方、60歳以上の男女比は男性がやや多い程度で、男女の差が少なくなった理由は、女性のほうが長寿であるためと考えられた。年間初診患者数は2011年以後、右肩上がりに増加した。常勤歯科医師の増員、日帰り全身麻酔下歯科治療の開始、市外からの紹介患者の増加などが要因と考えられた。60歳以上は全患者の9%で、年次推移はほぼ横ばいであった。2011年以後は初診患者数が増加したため、最近の60歳以上の患者の受診率は相対的に減少した。

障害別分類は、初診患者全体では精神遅滞が全体の1/3、自閉症が1/3、脳性麻痺が1/6、その他が残りの1/6であった。さまざまな障害の患者が受診していることを示している。60歳以上の障害別分類は、他の肢体不自由、感覚器障害が多かった。一方、自閉症はひとりもなく、脳性麻痺、精神遅滞は少なかった。60歳以上では60歳未満に比較して、他の肢体不自由、感覚器障害、内部障害など中途障害で90%を占めた。一方、自閉症、脳性麻痺、精神遅滞など小児期に発症する発達障害者は、60歳以上まで生存することが難しい可能性が示唆された。

60歳以上の転帰は、継続・治癒の合計が47%、転医・中断の合計が51%であった。転医の理由としては、入院や施設入所のための転居が多かった。中断した理由としては、通院困難、体調不良が多かった。

以上のことから、当センターに受診した60歳以上の比率が比較的少なかったのは以下の要因があると推論した。①当センターはもともと不適応患者などのニーズが

P-87 周術期口腔機能管理の保険導入による大学病院口腔ケアセンターの活動の変化

○石川健太郎^{1,2)}, 内海明美^{1,2)}, 久保田一見^{1,2)}, 石崎晶子^{1,2)}, 石田圭吾^{1,2)}, 中川量晴³⁾, 向井美恵⁴⁾, 弘中祥司^{1,2)}

¹⁾昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔衛生学部門,

²⁾昭和大学口腔ケアセンター, ³⁾藤田保健衛生大学医学部歯科,

⁴⁾昭和大学

【緒言】当大学では平成20年度より口腔ケアセンターを開設し、各附属病院において多職種が連携して患者の口腔衛生管理にあたっている。藤が丘病院においては、開心術を施行する患者に対する口腔ケアクリニカルパスを平成21年度より導入し、医療保険への周術期口腔機能管理の導入以前より、手術前後の口腔内管理を実施している。本研究の目的は、医療保険に周術期口腔機能管理が導入された前後において、口腔ケアセンターの活動を比較することにより、周術期口腔機能管理の保険導入による大学病院口腔ケアセンターの活動の変化について検討することである。

【対象と方法】平成23年4月から平成25年3月までの間に、昭和大学藤が丘病院において、口腔ケアセンターにより口腔衛生管理を施行した患者436名を対象とした。依頼件数、依頼元診療科、介入回数などについて、周術期口腔機能管理の保険導入前後である平成23年度と平成24年度に関して比較検討を行った。

【結果と考察】対象者は平成23年度209人、平成24年度227人であり、保険導入に伴い増加した。年間の介入総数は平成23年度690回、平成24年度836回であり、全体での平均介入回数は両年度ともに3.7回であった。また、全身麻酔を伴う手術前後または放射線治療、抗がん剤治療に関連した介入（平成24年度は周術期口腔機能管理の算定件数）は、平成23年度99人、平成24年度132人であり、保険導入に伴い増加した。患者一人当たりの平均介入回数は平成23年度3.4回、平成24年度4.3回であった。これは平成23年度と比較して、放射線治療、抗がん剤治療に関連した長期入院患者の依頼件数が増えたためと考えられた。

【まとめ】本学藤が丘病院における平成23年度と平成24年度の口腔ケアセンターの活動について検討したところ、周術期口腔機能管理の保険導入が急性期総合病院における歯科医療職種の活動の拡大に寄与していることが示唆された。

P-88 周術期における口腔衛生状態の問題と病原微生物叢の変化

○大岡貴史^{1,2)}, 森田 優^{1,2)}, 高城大輔^{1,2)}, 渡邊賢礼^{1,2)}, 内海明美^{1,2)}, 久保田一見^{1,2)}, 弘中祥司^{1,2)}, 向井美恵³⁾

¹⁾昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔衛生学部門,

²⁾昭和大学口腔ケアセンター, ³⁾昭和大学

【目的】周術期では口腔や咽頭の汚染が呼吸器感染症、特に人工呼吸器関連肺炎（VAP）などの誘引となるとされ、口腔衛生管理が感染予防のうえで重要である。本研究では、急性期の口腔衛生管理方法の確立を目的に、周術期患者の口腔衛生状態の問題と口腔内病原微生物の種類および量の推移を検討した。

【方法】平成25年1月から9月の期間に本学病院集中治療部（ICU）に入院し、経口挿管による人工呼吸管理が3日以上行われた患者のうち42名（男性28名、女性14名、平均年齢65.4歳）を対象とし、これを21名ずつ介入群と対照群に分けた。対象者がICU入室後1日以内に口腔衛生状態を歯科医師が評価し、口唇、歯、口腔粘膜、歯肉、舌、口腔乾燥の各項目についてROAGを基準として点数化した（0～12点）。また、舌、口蓋、挿管チューブを綿棒で擦過し、口腔内病原微生物の菌種と菌量を調査した。病原微生物は5種類を対象菌種とし、菌数を3段階で評価した。口腔衛生管理は看護師が1日4回行い、介入群では塩化セチルピリジニウム（CPC）溶液を使用し、対照群では水を使用する方法とした。初回介入から2日後に同様の調査を行い、その変化について検討を行った。なお、研究内容は本学歯学部医の倫理委員会の承認を得て実施された。

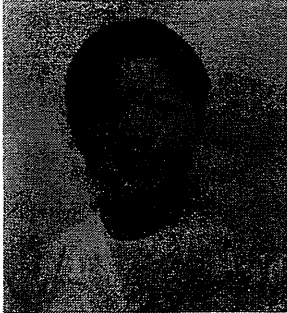
【結果】初回評価時の口腔内細菌・真菌では舌、口蓋、挿管チューブいずれの箇所でも *Candida albicans* や MRSA などが高い確率で検出された（それぞれ約63%、45%）。また、口蓋や挿管チューブでは *Neisseria* が多く検出された。その後の菌数の変化では、介入群では MRSA や口蓋の *Neisseria* は有意に減少した。また、口腔衛生状態の評価では口唇、舌、口腔乾燥の項目において高い頻度で異常がみられ、その改善の割合には両群間で差はみられなかった。

【結論】CPC溶液を使用した口腔衛生管理によってVAPをはじめとする呼吸器感染症の起炎菌を部分的に減少させることができる可能性が示唆された。

2014年1月26日(日) 12:15~13:15

第2回 周術期等の高度医療を支える歯科医療を具体的に考えるシンポジウム

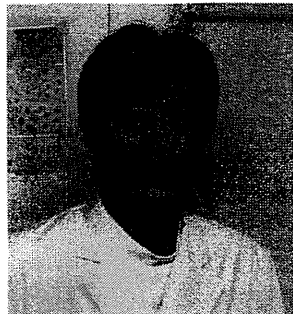
平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金「歯科介入型の新たな口腔管理法の開発及び介入効果の検証等に関する研究」(24120701, 主任研究者 菊谷武, 分担研究者 窪木拓男) 事業



山中 玲子 やまなか れいこ

岡山大学病院 医療支援歯科治療部
周術期管理歯科部門長・助教

**岡山大学病院における周術期口腔機能管理の
現状と今後の展開**

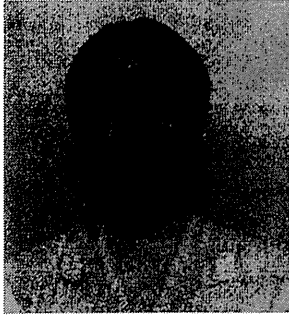


曾我 賢彦 そが よしひこ

岡山大学病院 医療支援歯科治療部
副部長・准教授
高度医療支援歯科部門長

**医療関係の場を利用した
医療人育成を目的とする歯学教育の推進**

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金「歯科介入型の新たな口腔管理法の開発及び介入効果の検証等に関する研究」(24120701, 主任研究者 菊谷武, 分担研究者 窪木拓男) 事業



山中 玲子 やまなか れいこ

岡山大学病院 医療支援歯科治療部
周術期管理歯科部門長・助教

岡山大学病院における周術期口腔機能管理の 現状と今後の展開

講演概要

当院では平成 20 年より全国に先駆けて周術期管理センター (Perioperative Management Center: PERIO) を設立し、医科歯科連携を含むチーム医療を促進してきました。平成 24 年度の歯科診療報酬改定では、当院 PERIO での活動が少なからず影響し「周術期における口腔機能管理等、チーム医療の推進」が重点課題の一つとされ「周術期口腔機能管理料」が新設されました。全国的な流れとして周術期における医科歯科連携は更に促進され、より質の高い周術期医療を行うためには、もはや、歯科医療スタッフによる口腔機能管理は必要不可欠であり、より効果的な歯科介入が求められています。

当院 PERIO では、当初、侵襲が大きくチームの介入効果がより期待できる呼吸器外科手術患者や食道癌手術患者を対象に始まりました。現在では、頭頸部がんの喉頭全摘・頸部食道再建手術患者(歯科は頭頸部癌センター歯科チームと連携)、子宮がん・卵巣がん患者、乳がん・甲状腺がん患者に対象を拡げ、患者数も増加しています(図 1)。今後も徐々にはありますが、更に対象診療科を拡げ、将来的には当院における全身麻酔下で手術を受ける患者全てを対象とする予定です。

当院では平成 23 年度より医科歯科連携の歯科側の窓口として、チーム医療を専門とする「医療支援歯科治療部」の運用を開始しました。「医療支援歯科治療部」は、PERIO の一部門としての「周術期管理歯科部門」、及び移植患者、易感染症患者、腫瘍患者などに対する歯科治療及び口腔ケアに関する内容を主に行う「高度医療支援歯科部門」から成っています。外来化学療法を受ける患者に対して腫瘍センターに常駐する歯科衛生士を介して連携するなど、PERIO の対象となっていない各診療科・センター等とも個別の体制で連携しています(図 2)。

増え続ける患者に対して、どのように効果的な周術期口腔機能管理を行っていくか、また急性期病院のみでなく地域ぐるみでどのように歯科の受け皿を拡大・充実していくかは、当院のみならず全国の歯科医療機関が持つ共通の課題であると考えられます。当院における周術期口腔機能管理の今後の展開としては、①対象診療科・患者の拡大、②各診療科の対象患者に合わせたより効果的な歯科介入の検討、③地域連携の促進、が挙げられます。本演題では、当院における周術期口腔機能管理の現状と今後の展開についてご紹介させていただくとともに、より良い周術期口腔機能管理を求めて皆様と議論を深めさせていただくことができましたら幸いです。よろしくお願ひします。

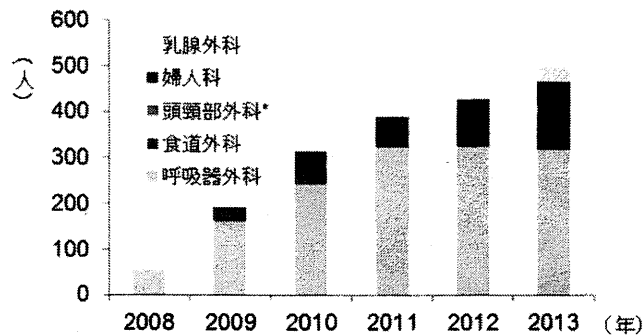


図1. 周術期管理センター・歯科部門受診患者数の推移
岡山大学病院周術期管理センターと連携する診療科が増加するとともに、歯科部門を受診する患者も年々増加しています。
(*歯科は頭頸部がんセンター歯科チームと連携)

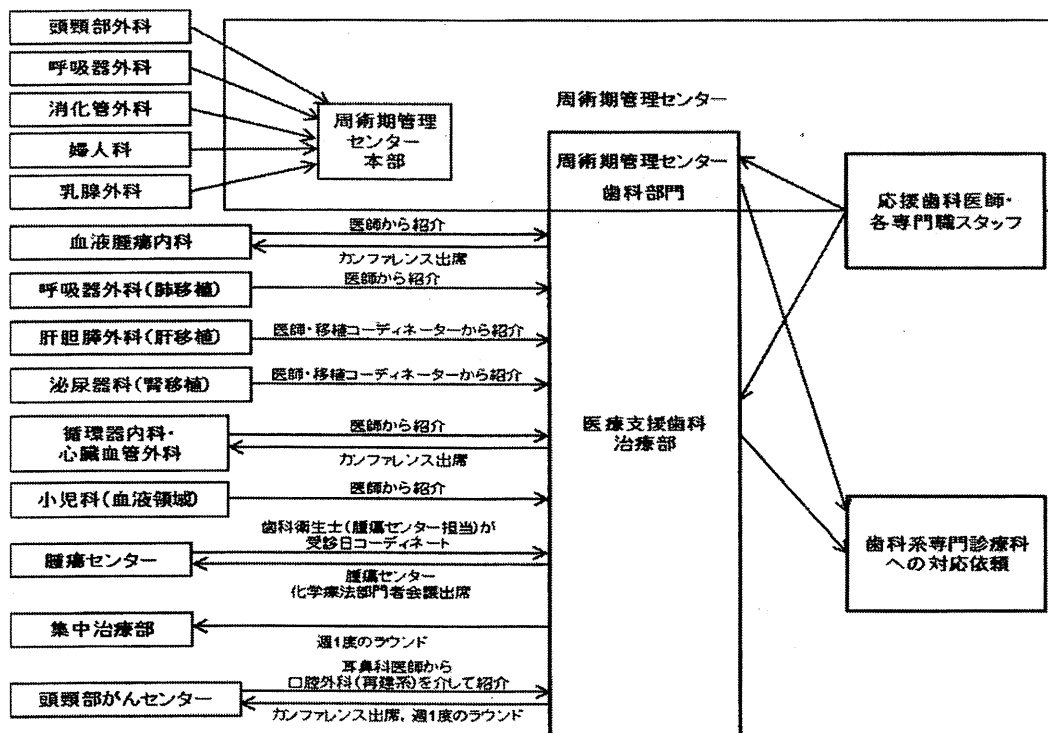


図2. 医療支援歯科治療部における連携の現状
曾我, 口腔リハビリテーション学会誌, 2012, 改変

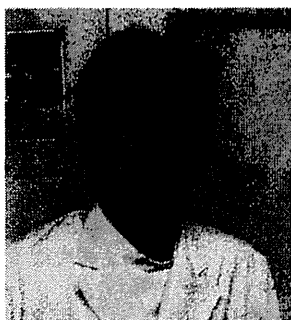
略歴

- 2000年 岡山大学歯学部卒業
- 2004年 岡山大学大学院歯学研究科修了
- 2004年 岡山大学病院予防歯科 助教
- 2011年 岡山大学病院 医療支援歯科治療部 助教
- 現在に至る

免許・資格

- 日本口腔衛生学会, 認定医, 指導医
- インфекションコントロールドクター(ICD)

平成25年度厚生労働科学研究費補助金「歯科介入型の新たな口腔管理法の開発及び介入効果の検証等に関する研究」(24120701, 主任研究者 菊谷武, 分担研究者 窪木拓男) 事業



曾我 賢彦 そが よしひこ

岡山大学病院 医療支援歯科治療部

副部長・准教授

高度医療支援歯科部門長

医療関係の場を利用した 医療人育成を目的とする歯学教育の推進

講演概要

チーム医療が我が国の医療の在り方を変え得るキーワードとして注目を集めています。岡山大学病院は2011年に病院医療支援を目的とした口腔の専門診療部、すなわち「医療支援歯科治療部」を開設しました。医科で展開される医療に必要な口腔内の管理・治療を幅広く機動的に行い、かつ歯学が培ってきた専門性を発揮させるべく歯科系各専門診療科の専門医等とのコーディネートを行うことが目的です。医療支援歯科治療部を拠点として、多くの歯科医師が移植医療（造血幹細胞移植、肝移植、腎移植、肺移植等）やがん手術・放射線・化学療法治療などにおける口腔内の管理を積極的に行っています。

医療支援歯科治療部は、学生や研修医がチーム医療を研修できる絶好の場となります。そこで、2011年度から卒後臨床研修センター歯科研修部門の協力を得て、卒後臨床研修でチーム医療研修プログラムを開始したところです。医学部の早期見学実習の受け入れも開始しました。卒前教育（臨床実習）にも関わり、1週間の実習が必修となりました。

生涯学習を含めた多くの医学教育カリキュラムにおいてプロフェッショナリズムがアウトカムとして設定されており、その育み方において、知識を与えることだけではなく心に訴えかけるような体験から学ばせることの重要性が論じられています。本院で展開される様々な多職種連携医療に6年次生あるいは研修歯科医師をその一員として可能な範囲で参画させています。実際に多職種連携医療の一員となり、「心に訴えかけるような体験」ができる教育カリキュラムを構築し、プロフェッショナリズムを育むような教育を目指しています。まだ試行錯誤の段階ですが、エビデンスを伴った歯科医学知識はもちろんのこと、全身的な医学的知識、チーム医療を問題なく行なうための他職種との人間関係の構築能力、そして心理面でのサポート能力や、場合によっては死に直面している患者に向き合うにあたり、患者の死生観に至る哲学的な理解までもが要求されることを体験させる機会になればと考えています。

本厚生労働科学研究費補助金研究事業課題は「歯科介入型の新たな口腔管理法の開発及び介入効果の検証等に関する研究」であり、この研究内容を実践してくれる人材の育成も重要な課題です。学部教育や研修歯科医教育にかかわる者として、多職種連携医療で医療人としての自覚をもたせる機会を提供するとともに、歯科医療の幅を広げる若手歯科医師の育成のきっかけをつくることができると考えています。

略 歴

- 1998年 岡山大学歯学部卒業
2002年 岡山大学大学院歯学研究科 修了 博士(歯学)
2002年 岡山大学歯学部附属病院 医員(第二保存科)
2003年 国立療養所邑久光明園 厚生労働技官 歯科医師
2007年 国立療養所邑久光明園 厚生労働技官 歯科医長
2008年 岡山大学医学部・歯学部附属病院(現 岡山大学病院) 歯周科 助教
2008年 岡山大学医学部・歯学部附属病院(現 岡山大学病院)
周術期管理センター歯科部門 部門長 兼任(~2010年)
(周術期管理センター歯科部門は2011年から岡山大学病院医療支援歯科治療部の一部)
2010年 日本学術振興会特定国派遣研究者(オランダ)
(ライデン大学メディカルセンター, Academic Centre for Dentistry in Amsterdam)
2011年 岡山大学病院 中央診療施設 医療支援歯科治療部 副部長・助教
2013年 岡山大学病院 中央診療施設 医療支援歯科治療部 副部長・准教授
現在に至る

免 許・資 格

- 日本歯科保存学会歯科保存専門医, 指導医
日本歯周病学会専門医
インフェクションコントロールドクター(ICD)

受 賞

- 2004年 日本歯周病学会奨励賞
2005年 日本歯科保存学会奨励賞
2009年 岡山歯学会奨励論文賞

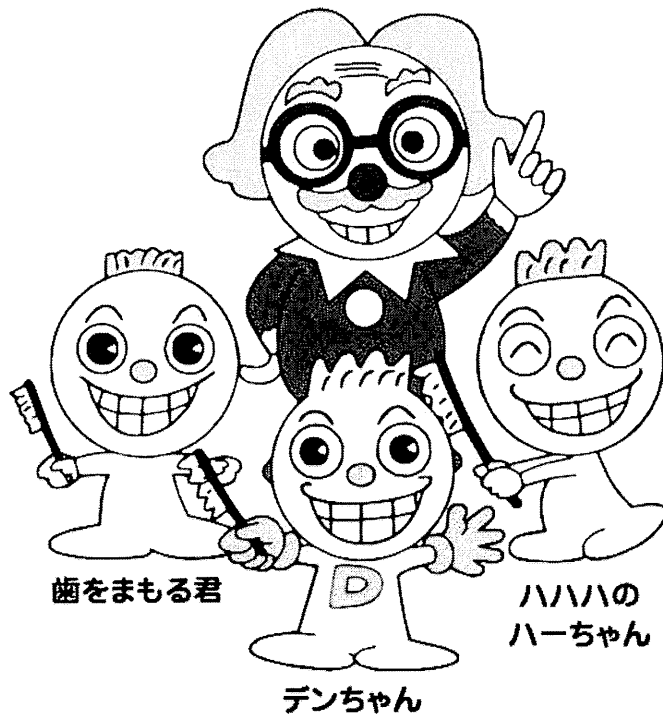
特定非営利活動法人 日本歯周病学会

第3回 四国地区臨床研修会

平成26年4月6日

総合あんしんセンター

ハハハ大臣



歯をまもる君

ハハハの
ハーちゃん

デンちゃん

高知県歯の健康キャラクター

©2000やなせたかし/高知県 ©2002やなせたかし/高知県

パネルディスカッション

歯科衛生士関連委員会共催シンポジウム
(第52回日本歯周病学会歯科衛生士教育講演)

『病院内から病診連携へ展開する医科歯科連携と保険制度運用』

1) 「高知大学医学部附属病院における口腔機能管理の現状と課題」

高知大学医学部 歯科口腔外科学講座 教授

山本 哲也 先生

2) 「がん支持療法の一翼を担う歯周病治療」

岡山大学病院 医療支援歯科治療部 副部長・准教授

曾我 賢彦 先生

3) 「がん患者に対する口腔衛生管理の実践を通して思うこと」

岡山大学病院 医療技術部歯科衛生士室 歯科衛生士

杉浦 裕子 先生

座 長

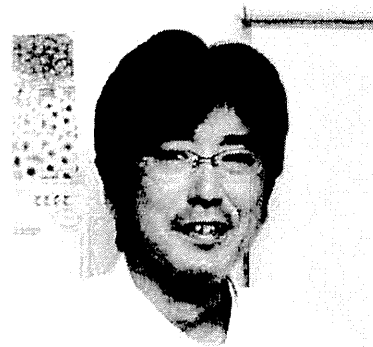
特定非営利活動法人 日本歯周病学会 理事

岡山大学大学院 歯周病態学分野 教授

高柴 正悟 先生

3階 大会議室（メイン会場） 11:05～12:40

そ が よしひこ
曾我 賢彦



【略歴】

- 1998年 岡山大学歯学部卒業
- 2002年 岡山大学大学院歯学研究科修了 博士（歯学）
- 2002年 岡山大学歯学部付属病院 医員（第二保存科）
- 2003年 国立療養所邑久光明園 厚生労働技官 歯科医師
- 2007年 同上 歯科医長
- 2008年 岡山大学医学部・歯学部付属病院（現 岡山大学病院）
歯周科 助教
- 2008年 同上 周術期管理センター歯科部門 部門長 兼任（～2010年）
- 2010年 日本学術振興会特定国派遣研究者（オランダ）
（ライデン大学メディカルセンター, Academic Centre for Dentistry in Amsterdam）
- 2011年 岡山大学病院 中央診療施設 医療支援歯科治療部
副部長・助教
- 2013年 同上 副部長・准教授
（現在に至る）

「がん支持療法の一翼を担う歯周病治療」

周術期等における口腔内の管理が非常にホットな話題となっています。とりもなおさず、平成24年度診療報酬改定において、がん患者等の周術期における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等に診療報酬点数が新設されたことが引き金となっています。

私は縁あって、当院でこの十数年来、がん化学・放射線療法中の患者の口腔内の管理を様々な医科系診療科等と連携し行っています。積極的な歯性感染巣の除去は骨髄抑制期の発熱を減らし、また医歯看連携による積極的な口腔内の管理は化学療法等による重度口内炎（粘膜障害）を大幅に減少させることを明らかにしてきました。2008年に本院に周術期管理センターが設立され、この活動にも参画し、周術期医療の質を歯科の専門性をもって向上させる努力を行っています。2011には院内の多職種連携における歯科の窓口的な役割を担い、医科診療と密接に連携し、医科患者の状況に対応した専門的な歯