

神奈川県における
がん診療医科歯科連携ガイドブック

平成 31 年 3 月

一般社団法人 神奈川県歯科医師会
がん診療医科歯科連携検討委員会

はじめに

昨今がん診療における医科歯科連携の重要性は認識されており、「がん対策推進基本計画」においても、チーム医療の推進の中で医科歯科連携が位置づけられています。また、平成30年の診療報酬改定においても周術期口腔機能管理が大幅に変更され範囲が拡大しました。

本会でも、平成29年度より神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金により「がん診療医科歯科連携事業」の一環として、「がん診療医科歯科連携検討委員会」を設置し、医科歯科連携の現状分析・課題抽出・連携ツール構築等、医科歯科連携の推進に向けて検討してまいりました。

そしてこの度、がん診療医科歯科連携検討委員会では「神奈川県におけるがん診療医科歯科連携ガイドブック」を作成しましたので、ここにご案内させていただきます。

このガイドブックは、これから医科歯科連携に取り組む病院を対象に作成したものになります。本文には、基本的な診療の流れや神奈川県内における病院の医科歯科連携の取組み事例、患者説明用として口腔機能管理の重要性等について記載しておりますので、これから医科歯科連携に取り組む病院においては、参考資料としてお役立ていただき、それぞれの病院の実情に合わせた形で医科歯科連携に取り組んでいただければと存じます。

最後に、このガイドブックががん診療における医科歯科連携推進の一助となり、神奈川県内の病院において多職種連携の体制が整備され、県民のQOLの向上に繋がれば幸いです。

～ 目 次 ～

I. 口腔健康管理の重要性 ～患者さん向け～

II. がん診療医科歯科連携における基本的な流れ

～医療従事者・歯科医療従事者向け～

III. 県内における病院の医科歯科連携の取り組み事例

～医療従事者、特に院内歯科のない病院向け～

1. 院内歯科のない病院での地域歯科医師会との連携事例 1
2. 院内歯科のない病院での地域歯科医師会との連携事例 2
3. 院内歯科のない病院での地域歯科医師会との連携事例 3
4. 院内歯科・患者支援センターと地域歯科医師会との連携事例
5. 院内歯科と地域歯科医師会との連携事例

IV. 書式紹介 ～医療従事者向け～

V. 付録 ～医療従事者向け～

1. がん診療連携登録歯科医
2. 地域がん診療連携拠点病院等一覧
3. 神奈川県歯科医師会「緩和ケア研修会」修了者について
4. がんサポートハンドブック
5. 神奈川県医療連携手帳 歯科項目記載
6. 地域の在宅歯科医療連携室 連絡先一覧
7. 口腔健康管理とは

口腔健康管理の重要性

～患者さん向け～

I. 口腔健康管理の重要性 ～患者さん向け～



お口のケアを大切に ～歯科受診のすすめ～



これからがん治療を受けられる皆さんは、治療中に「お口が渇く」「食事の味が変わった」「歯がしみる」「歯肉から血が出る」そして「口内炎で食事がとれない」などの様々な症状を経験するかもしれません。その原因としては手術・化学療法・放射線治療などの影響でお口の環境が変わることが考えられます。

がん治療後はすみやかに主治医と相談し、かかりつけ歯科医を受診、もしくはがん相談支援センターなどでお近くの歯科医院を紹介してもらい、まずは歯科医にお口の状態のチェックを受け、必要があれば歯科治療を受けましょう。

お口のケアは、むし歯や歯周病予防のためだけでなく、全身の健康を守るためにとても大切です。お口の状態を良好に保つことは糖尿病をはじめとした生活習慣病の予防や治療にも効果があることが分かっています。

また骨への転移を抑制する薬剤が投与されている患者さんや、首から上の放射線治療を受けた患者さんは歯科治療に慎重な対応が求められ、医師と歯科医師との緊密な連携が必要です。

そして何よりも美味しい食事をお口から食べることが出来れば、栄養状態も改善し生きる力になります。また必要により手術や化学療法、放射線治療を開始する場合にも普段からお口のケアを大切にしていると円滑に治療を進めることが出来ます。

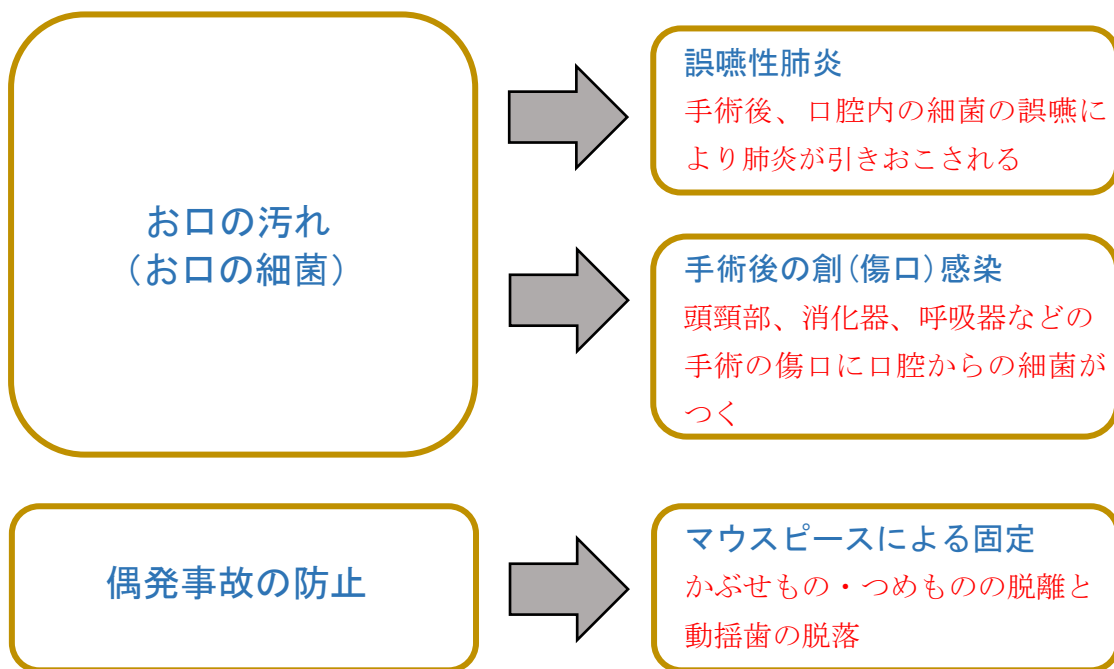
お口の健康は、全身の健康につながります

①これから外科手術を受ける方へ

全身麻酔の手術では、口や鼻から人工呼吸器用の管（気管内チューブ）が入ります。このとき、お口の中の衛生状態が悪い方は、この管を通してお口の中の細菌が肺に入り、肺炎の原因になる可能性があります。手術する部位によっては傷の治りが遅れることもあり、その結果、入院の期間が長くなることがあります。

またグラグラしている歯があると、人工呼吸器用の管を通す際に歯が抜けてしまったり、かぶせている歯や差し歯が外れることもあります。

そのようなことが無いように手術前に歯医者さんで、お口の中をきれいに掃除し、グラグラしている歯があれば、必要に応じて歯を固定したり、装置を作成してもらいましょう。



②これからがん薬物療法を受ける方へ

お薬で、がんの細胞が増えることを阻害したり、抑制したりする治療を抗がん薬物療法（いわゆる抗がん剤治療）といいます。この中には従来からおこなわれている化学療法に加え、最近では分子標的治療、免疫療法があります。

化学療法をはじめると免疫力が低下するため、お口の渇き、味覚異常、痛みを伴う口内炎などの不快な症状を起し、思うように食事が摂れなくなったり、お話がしにくくなったりします。また、分子標的治療や免疫療法でも薬の種類によっては口内炎に悩まされます。場合によっては、薬物療法を中止しなければなりません。

治療が始まる前に、主治医に歯科を紹介してもらい、歯医者さんでしっかりとお口の掃除を受けて、お口の中の細菌を減らしましょう。また治療開始後も、歯ブラシやうがいによりお口の中をきれいにしておくことで症状が軽くなります。

抗がん剤治療中に起きやすいお口のトラブル

- ◆ 口腔粘膜炎
- ◆ 口腔乾燥症
- ◆ 味覚障害
- ◆ 口腔カンジタ症
- ◆ ウイルス性口内炎
- ◆ 知覚過敏
- ◆ 歯肉出血

③これから放射線治療を受ける方へ

放射線治療は、がん細胞を消滅または減少させる治療です。放射線治療だけではなく、他の治療（抗がん剤治療・免疫療法など）と一緒に行われることがあります。がんのあるところにピンポイントで照射する技術も開発されてきましたが、がんは正常なところに根を生やすように入り込んでいくため周囲の正常な細胞がダメージを受けてしまうことは避けられません。

首から上のがんで放射線治療を受ける場合、お口の細胞は放射線の影響を受けやすく、唾液の減少によるお口の渇き、味覚異常、口内炎など様々な症状が現れます。また放射線治療後は、お口の乾燥によってむし歯が多発しやすくなります。さらに放射線治療の長期的な副作用としてあごの骨が腐り、最悪の場合はあごの切断が必要になってしまう場合があります。とくに放射線治療終了後に歯を抜くとあごの骨が腐りやすいことがわかっており、この状態は治療後何年たっても変わりません。

治療が始まる前に主治医に歯科を紹介してもらい、お口の状態をチェックしてもらい、抜歯が必要な歯があれば、治療が始まる前に抜歯を済ませ、治療にともなう症状の重症化を防ぎましょう。

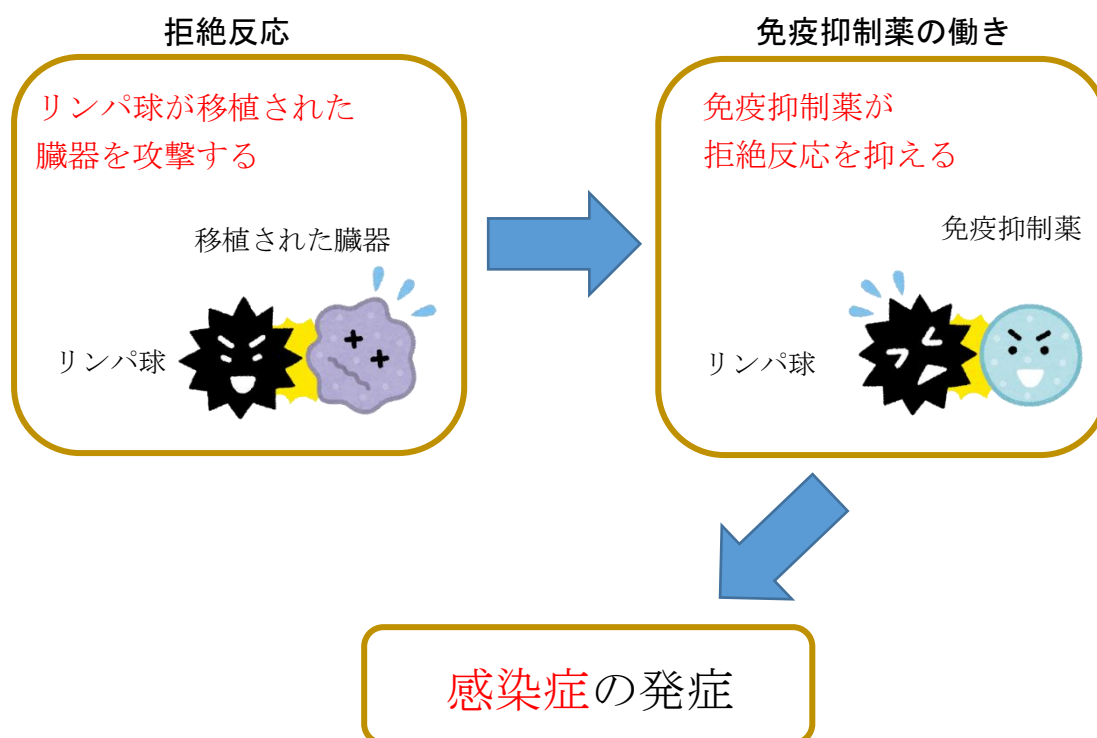
「頭・顔・首」などの放射治療で

- ◆口内炎ができる
- ◆お口が乾燥する
- ◆むし歯になりやすくなる
- ◆骨髄炎（あごの骨の炎症）になりやすくなる
- ◆皮膚の赤み、かゆみが出やすくなる

④これから臓器移植手術（造血幹細胞移植を含む） を受ける方へ

臓器移植手術後の最大の課題は、拒絶反応と感染の防止です。
術後の拒絶反応を抑えるために使用される免疫抑制剤が原因で、お口の中の細菌により感染症が発症することもあります。

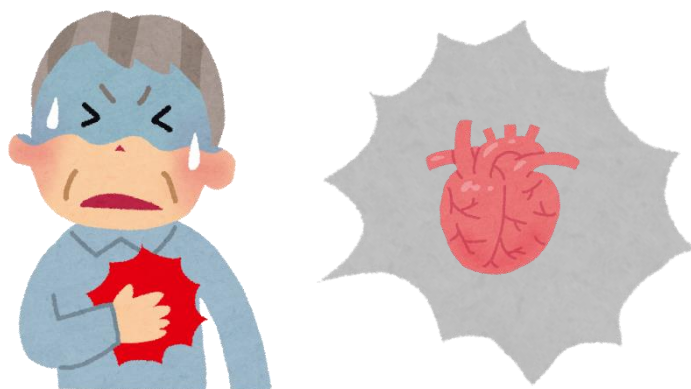
また、拒絶反応は完全には抑えることができません。その反応のひとつを移植片対宿主病（GVHD:Graft versus Host Disease）といいます。慢性の拒絶反応としてお口の中がただれ、口腔がんになりやすい状態となってしまうことがあります。臓器移植を担当される主治医とよく相談し、適切な時期に歯医者さんに行きましよう。



⑤これから心臓血管手術を受ける方へ

お口の細菌が血液の中に入り、心臓の弁や手術した部位に化膿の巣をつくり全身に細菌が回ってしまうことがあります。これを感染性心内膜炎といいます。むし歯菌や歯周病菌は感染性心内膜炎を引き起こす最も代表的な菌です。感染性心内膜炎は命に関わりますので、心臓の弁に不調のある方やこれから冠動脈バイパス手術、人工弁置換手術、先天性心疾患などの手術を受けられる方は前もってむし歯や歯周病をしっかりと治しておく必要があります。これは手術の結果に大きく影響を与えます。

お口の健康管理を術前から始めるのはもちろんのこと、手術後も専門のお口のケアを継続してゆくことによって身体の免疫力を向上させて合併症を予防することができます。



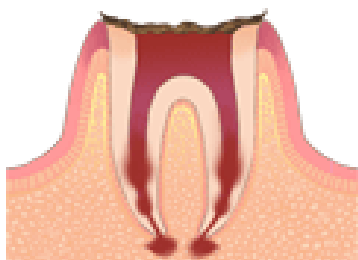
⑥これからBP系薬剤などによる治療を受ける方へ

BP（ビスフォスフォネート）系薬剤やデノスマブは、がんの骨転移の進行を押さえ、痛みの緩和などに使用されるお薬です。

とても効果のある薬ですが、副作用としてあごの骨が腐ることがあります。これは、抜歯などの歯科治療や歯周病や慢性的な歯の炎症、入れ歯でできた傷などが原因とされています。

BP系薬剤などによる治療を受ける際には、その前に、歯医者さんに行って、治療とお口のケアをしてもらうことが極めて重要です。さらに、BP系薬剤などによる治療が開始された後も、顎の骨の骨髄炎やあごの骨が腐ることを予防するために、お口の中を清潔に保ち、歯医者さんに行って定期的な歯科検診や口腔衛生指導を受けましょう。

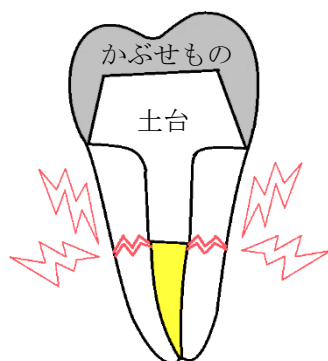
慢性炎症



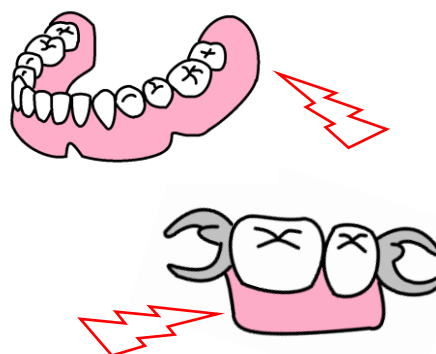
重度の歯周病



歯の破断



義歯の不適合

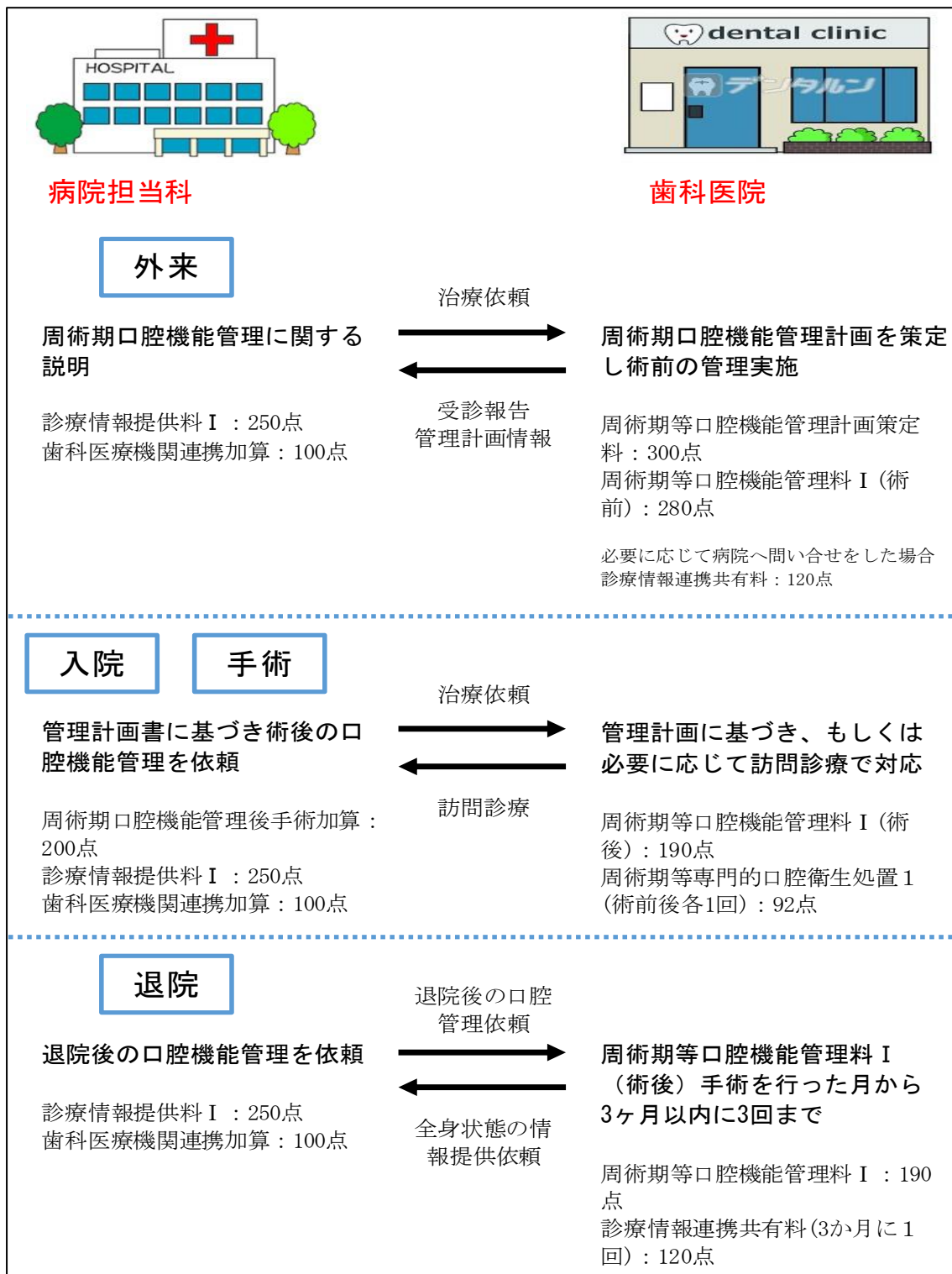


がん診療医科歯科連携における
基本的な流れ
～医療従事者・歯科医療従事者向け～

Ⅱ. がん診療医科歯科連携における基本的な流れ

～医療従事者・歯科医療従事者向け～

①がん診療病院(病院歯科なし)と地域歯科医院との連携(周Ⅰ)



※退院時共同指導参加の場合は15頁参照

②がん診療病院(病院歯科あり)と地域歯科医院との連携(周I)



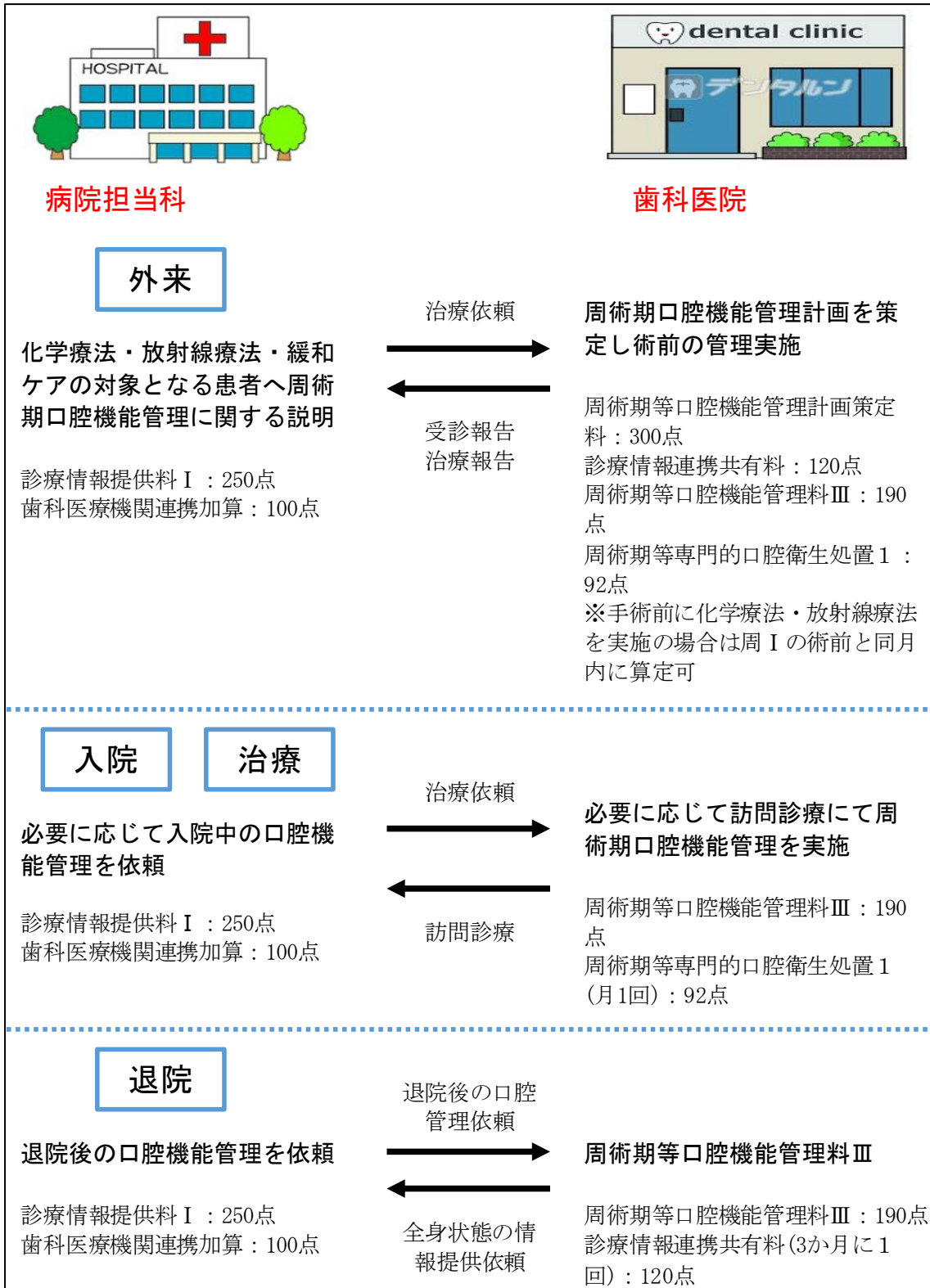
※退院時共同指導参加の場合 15 頁参照

③がん診療病院(病院歯科あり)と地域歯科医院との連携(周Ⅱ)



※退院時共同指導参加の場合 15 頁参照

④がん診療病院(病院歯科なし)と地域歯科医院との連携(周Ⅲ)



※退院時共同指導参加の場合 15 頁参照

◆注意事項◆

○周術期等口腔機能管理料（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

- ・ 歯管、歯在管、在歯管、特疾患、医管、がん治療連携指導料、訪問口腔リハ、小訪問口腔リハ、歯科矯正管理料は、同月に算定不可。手術前に上記管理料を算定していた場合は、手術後の周（Ⅰ）、周（Ⅱ）を算定可。
- ・ 同一初診内で歯管、特疾患、歯在管が算定されていない場合に歯清は算定できない。
- ・ 周術期口腔機能管理の終了後に必要な医学管理は、周管を最後に算定した翌月から算定可。
- ・ がん等に係る手術を実施する患者で、手術前に放射線治療か化学療法を実施する場合は周Ⅰ、周Ⅱの手術前と同月内に算定できる。

病院歯科		歯科診療所	
入院外の患者	周Ⅰ	入院外の患者	周Ⅰ
他の病院(歯科なし)		入院患者	
同一病院で手術を実施	周Ⅱ	※周Ⅱを算定されていた場合は算定不可	

○周術期等専門的口腔衛生処置 1（術口衛 1）

- ・ 術前術後各 1 回のみ
- ・ 入院患者のみ

○在宅への移行の場合

- ・ 歯科医院は退院時共同指導参加の場合、歯援診 1・2：900 点、それ以外：500 点が算定可。
- ・ 病院は、退院時共同指導料 2：400 点、在宅療養を担う歯科医師と共同：300 点、3 者以上の多職種と共同：2,000 点が算定可。

※本文中の基本的な流れは、あくまで例であり病院のシステム等によって変わる場合がありますので、あくまで参考としてください。

※診療報酬点数は、本書発行時点のものであり、診療報酬の改定により変更となる場合がございます。

※口腔機能管理については、75 頁を参照ください。

県内における病院の医科歯科
連携の取り組み事例
～医療従事者、
特に院内歯科のない病院向け～

Ⅲ. 県内における病院の医科歯科連携の取り組み事例

～医療従事者、特に院内歯科のない病院向け～

病院がこれから医科歯科連携システムを構築する場合、下記のような事項をもとにそれぞれの施設に適した連携システムを構築する必要があります。

①院内歯科の有無

院内に歯科のある場合、医師が院内歯科へ併診し、院内歯科が院内で対応するか地域の歯科医院で対応するかを対象患者の状態をスクリーニングします。地域の歯科医院への紹介業務は院内歯科で対応します。また院内歯科スタッフが患者支援センターや入退院支援センターに入り、周術期の患者をスクリーニングする方法もあります。

②連携システムの簡素化

多忙な医師や看護師の業務を妨げることなく、連携可能な地域の歯科医院情報の管理・紹介書式の電子カルテ化などのシステム構築が大切です。なお、神奈川県歯科医師会や地域歯科医師会、地域の在宅歯科医療連携室に連絡すると紹介先情報を得ることができます。(紹介書式例は25頁以降参照)。

③地域歯科医師会との連携

県内の8割以上の病院は院内に歯科が設置されていません。そのため、地域歯科医師会と日頃から交流し、連携患者の情報共有を図ることが大切です。また、地域歯科医師会から病院へコーディネーター役のスタッフを派遣している事例もあります。地域歯科医師会との連携では、病院それぞれの機能に基づき病院が求める医科歯科連携、例えば周術期、入院患者の歯科治療、摂食嚥下、NST他、病院の希望を地域歯科医師会に伝え連携を進めることが重要です。また、病院の規模が大きくなるほど患者の通院範囲が広くなり広域の医科歯科連携が必要になりますので、その場合は神奈川県歯科医師会が調整を行います。

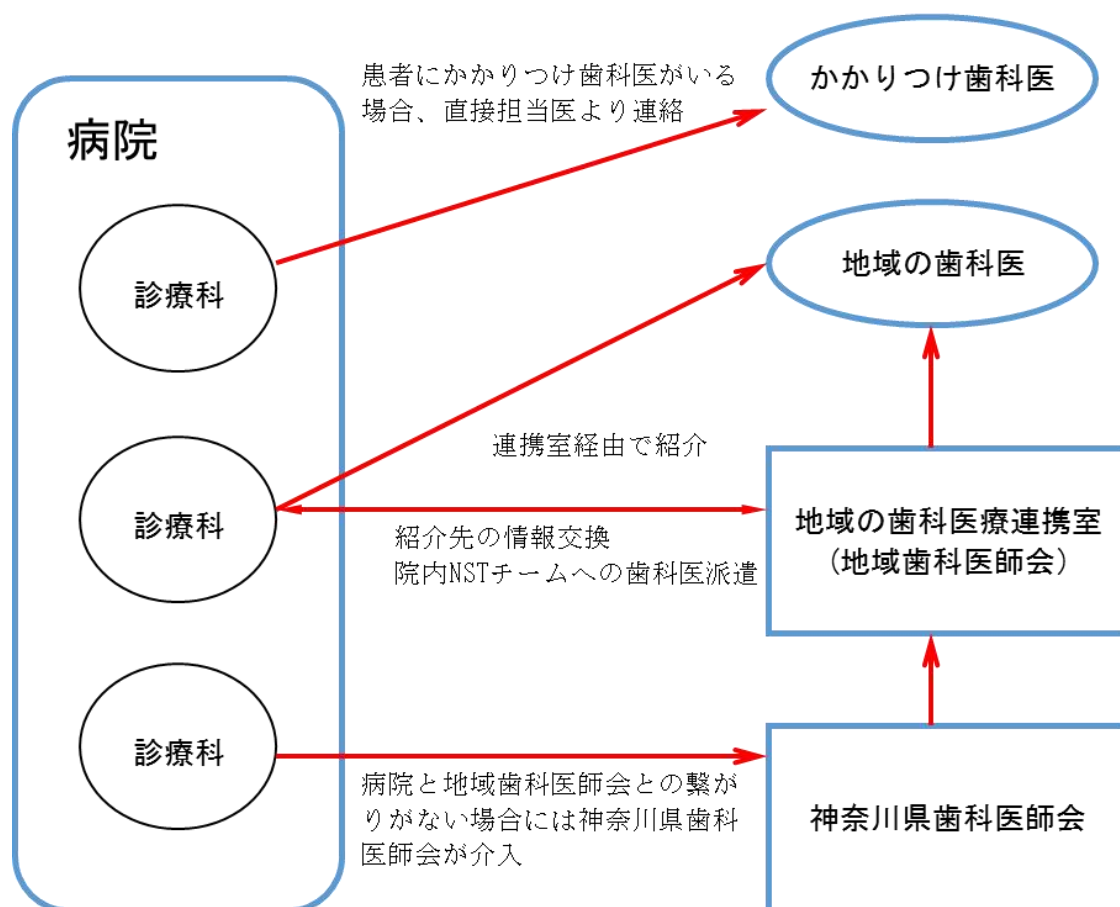
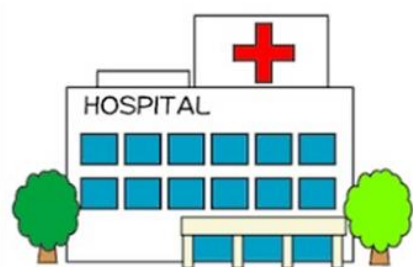
④口腔への関心を持つ

一番大切なことは入院患者の食事も含めた口腔アセスメントを実施するシステムの存在です。入院患者の中には痛みや腫れなどの症状がなくてもお口の状態が惨憺たるケースが多々見受けられます。こうした場合、院内に歯科医師や歯科衛生士がいない場合には言語療法士(ST)との連携も有効です。入院時に口腔評価が実施され、その情報が入院中の口腔機能管理や退院時共同指導に活かされれば在院期間の短縮や退院後の患者のQOLの向上にも繋がります。

1. 院内歯科のない病院での地域歯科医師会との連携事例 1

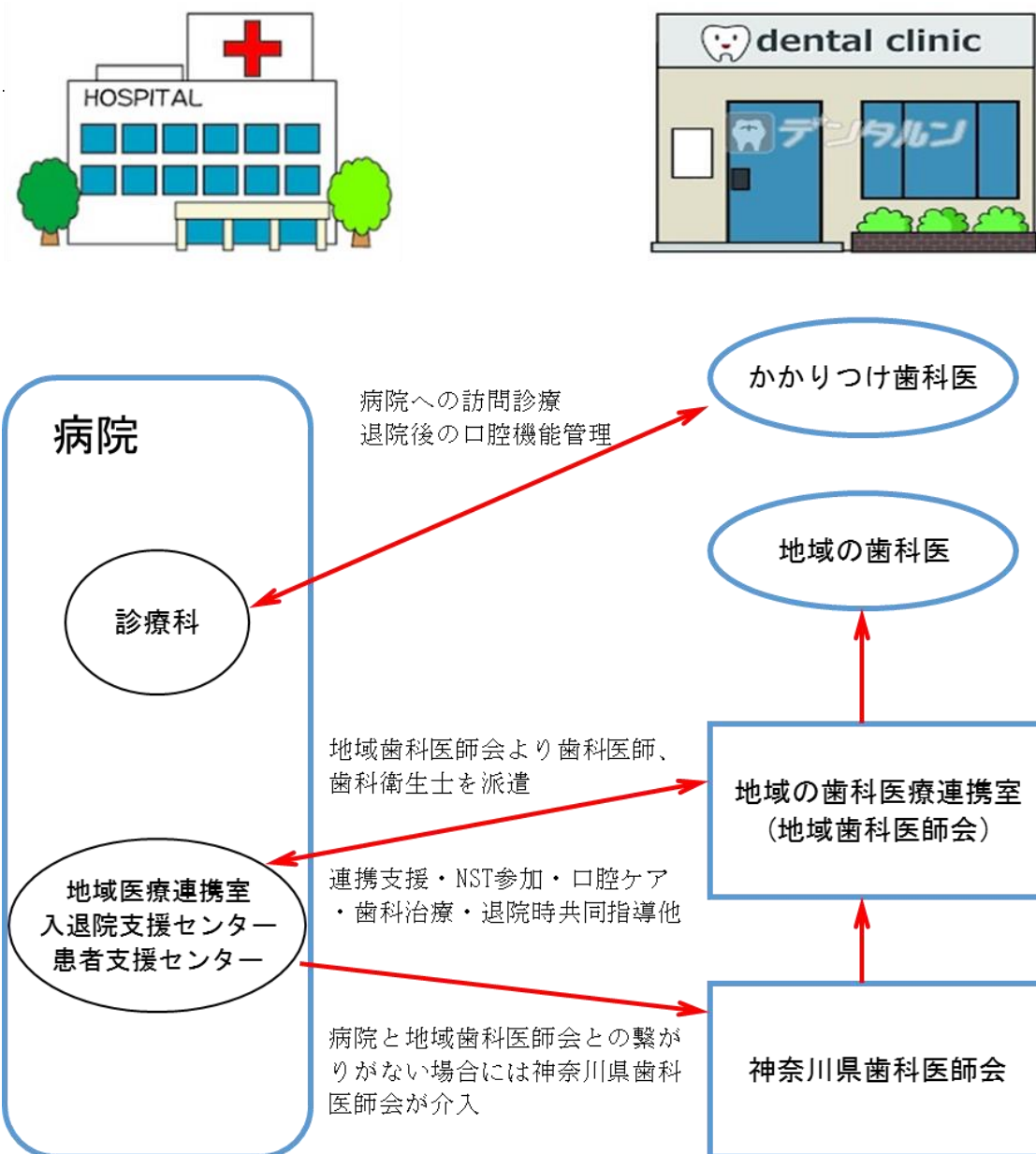
歯科のない病院の基本的な連携事例です。診療科医師が患者からの情報をもとに患者の「かかりつけ歯科医」と連携を取ります。その際は、診療情報提供書に連携目的を記載してください。

連携する歯科医院がわからない場合は、神奈川県歯科医師会もしくは地域歯科医師会や地域歯科連携室に連絡すると連携先の情報を得ることができます。



2. 院内歯科のない病院での地域歯科医師会との連携事例 2

歯科のない病院において、診療科だけでなく、地域医療連携室、入退院支援センター、患者支援センターと連携する事例です。

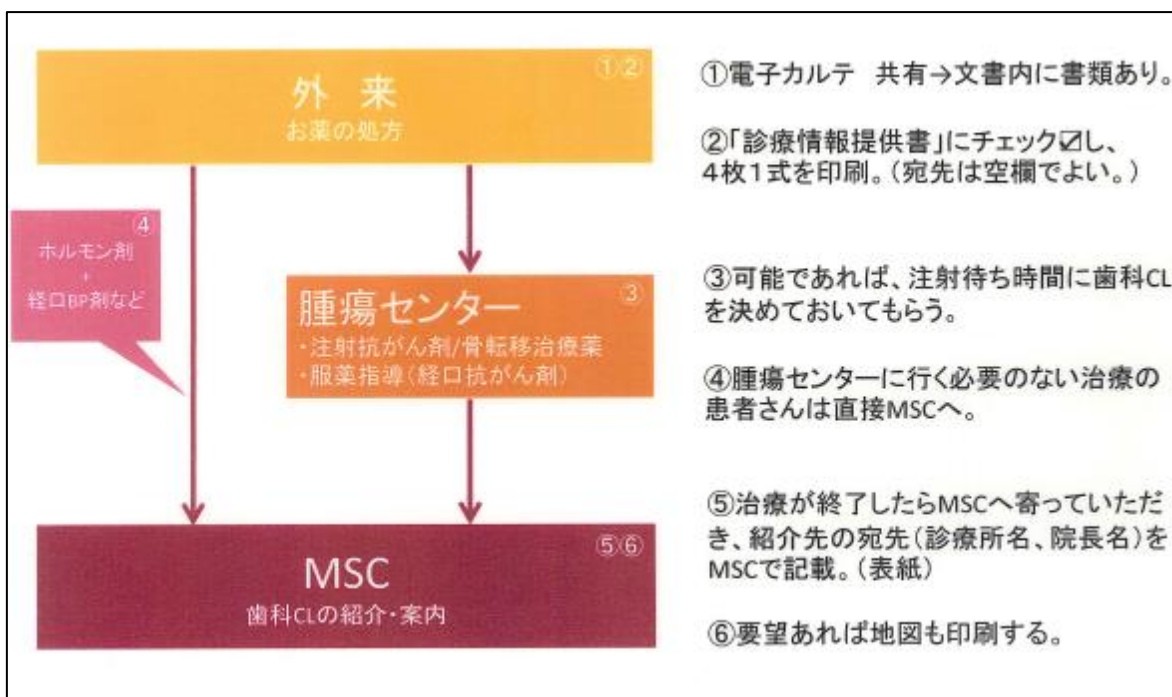


○事例紹介

院内歯科のない病院が地域歯科医師会と連携している事例として、「聖マリアンナ医科大学病院」「国立病院機構相模原病院」のシステムを紹介します。

聖マリアンナ医科大学病院

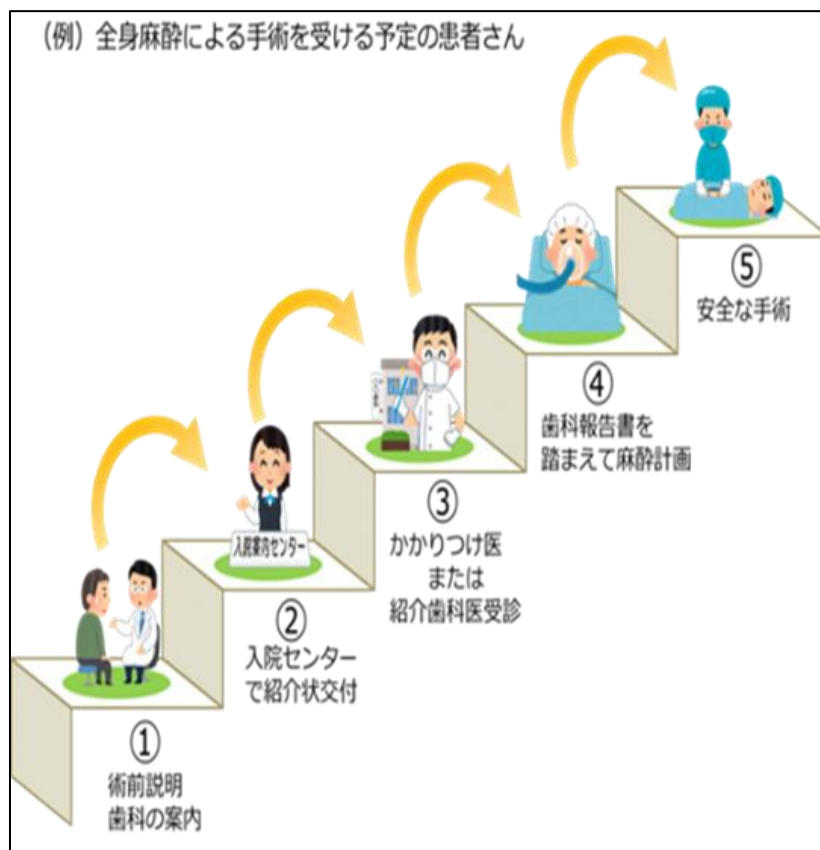
聖マリアンナ医科大学は、主に化学療法患者に対し、医師が「診療情報提供書」を作成し、メディカルサポートセンター（MSC）にて患者の希望に合わせて地域歯科医師と調整・連携しています。



国立病院機構相模原病院

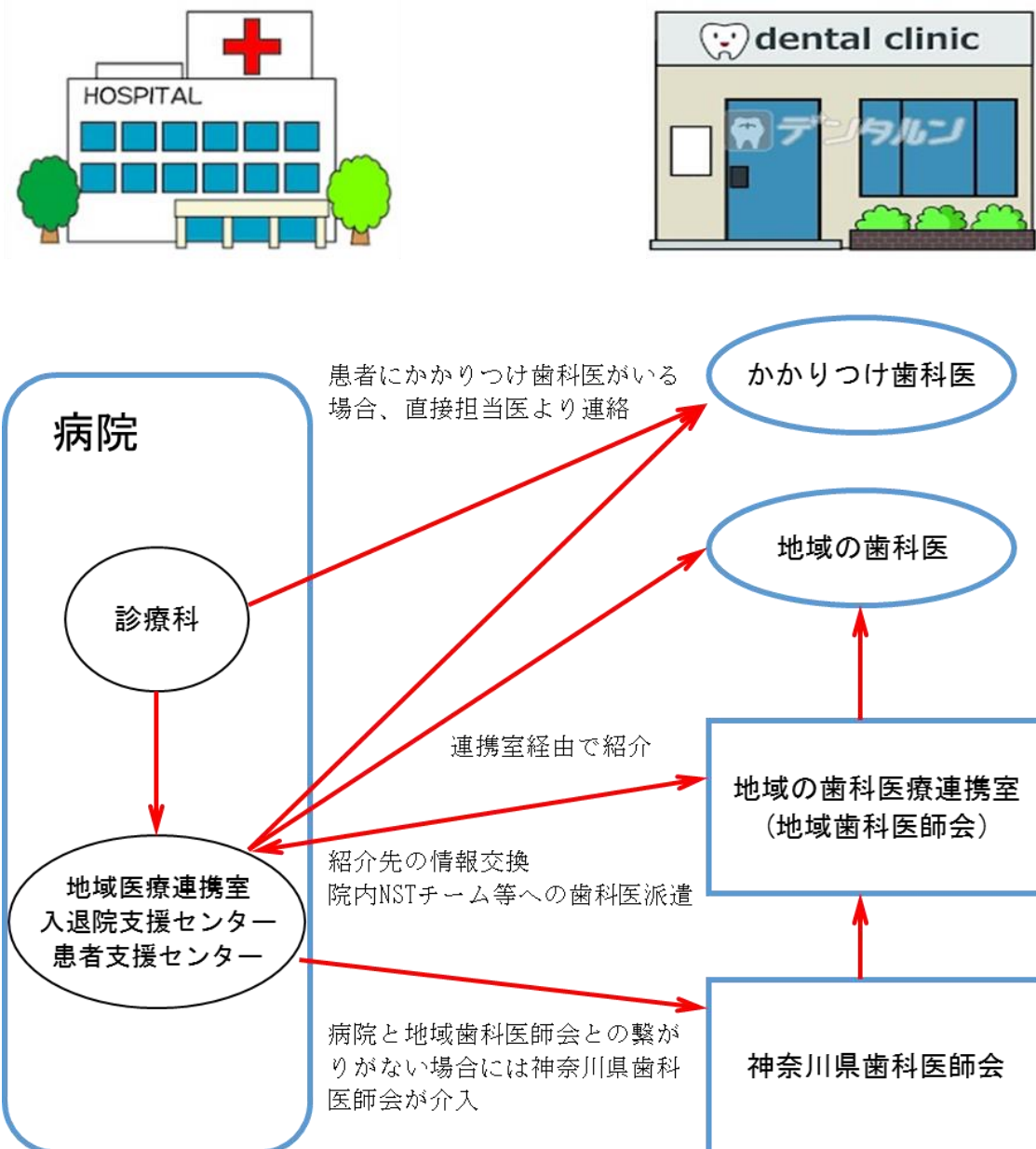
相模原病院では、全身麻酔による手術前・骨粗鬆症（ビスフォスフォネート系）薬・ステロイド治療・放射線治療・化学療法等を受ける患者を対象に、主治医の指示のもと入院案内センターMAが、かかりつけ歯科医・病院登録歯科医など地域の歯科医院に口腔機能管理を依頼しています。

入院患者の歯科治療は以前より病院を訪問している歯科医院を中心に対応しています。特に相模原病院ではMAが地域との連携に大きな役割を果たしており、医師や看護師の業務に負荷のかからないようにしています。連携のそのシステムの中に歯科が組み込まれています。



3. 院内歯科のない病院での地域歯科医師会との連携事例3

歯科のない病院において、地域医療連携室、入退院支援センター、患者支援センターが中心となって連携する事例です。

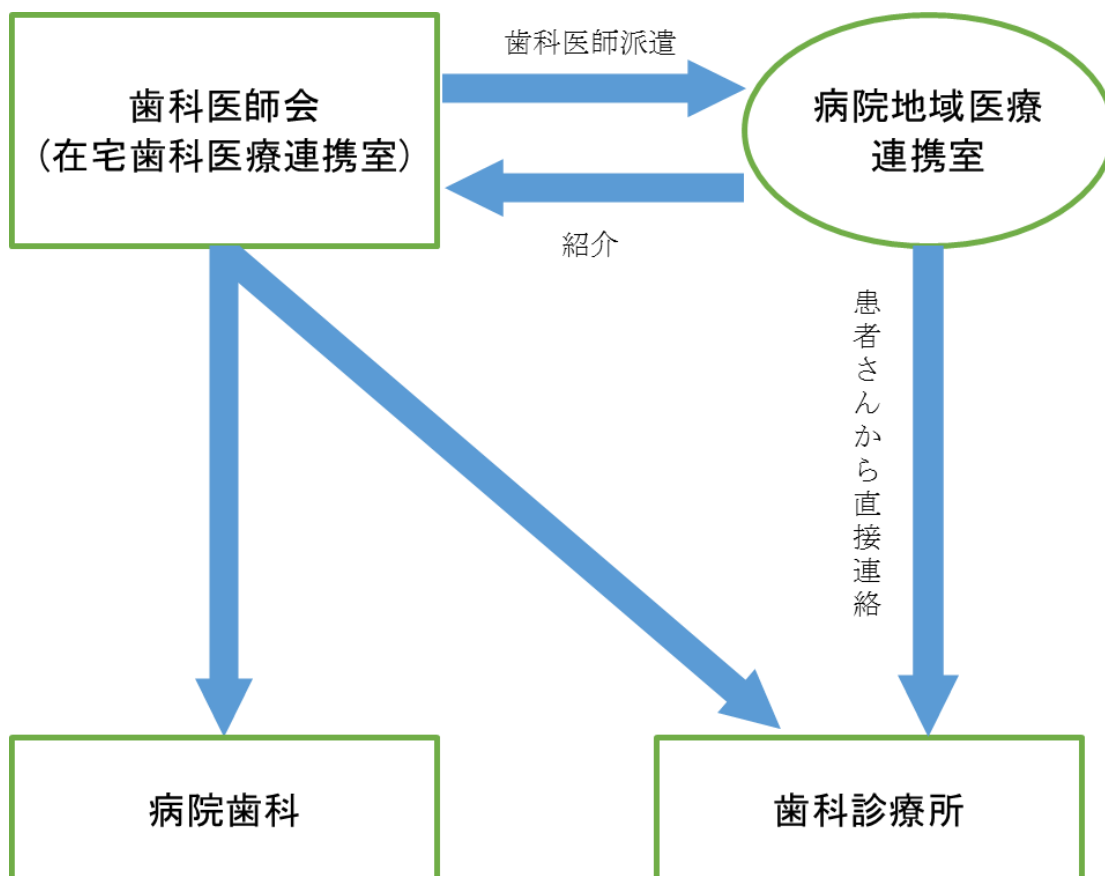


○事例紹介

実際に院内歯科のない病院で地域歯科医師会がスタッフを派遣している事例として「横須賀市立うわまち病院」のシステムを紹介します。

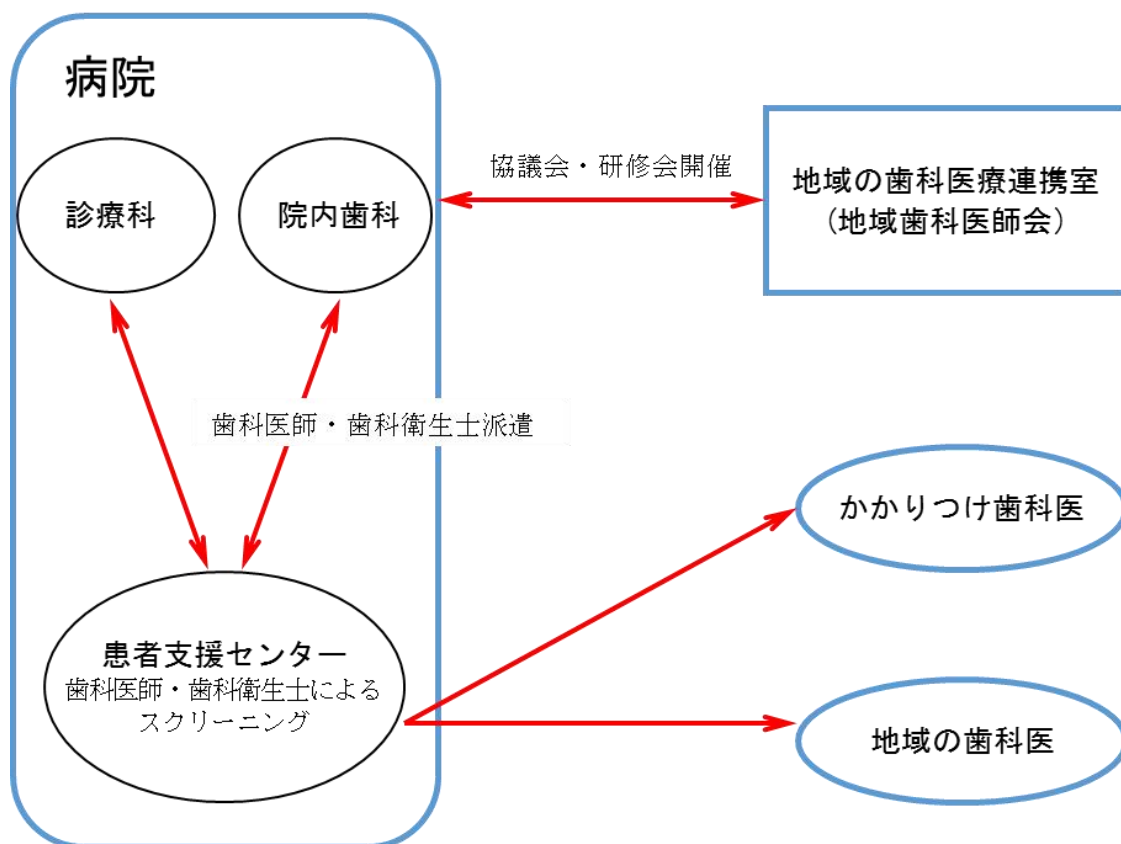
横須賀市立うわまち病院

院内連携室に歯科医師会より非常勤歯科医師として週に一度採用されています。歯科医師が入院患者さんの口腔内精査・診断を行うことで、より正確かつスムーズに歯科医師会の在宅歯科医療連携室に情報が伝達しやすくなり、そこから登録歯科医へより早く紹介することが可能となっています。緊急の場合は、できる範囲で治療を行います。また、NSTに参加することで、口腔内管理に関しては、患者さんや家族・コメディカルへの指導と助言や専門的な判断が実施できます。



4. 院内歯科・患者支援センター・地域歯科医師会との連携事例

院内歯科のある病院で、院内歯科のスタッフが患者支援センターのスタッフとして対応している連携事例です。「済生会横浜市東部病院」「横浜市立大学附属病院」「横浜市立大学附属市民総合医療センター」などが事例としてあげられます。このシステムは周術期対応の患者の基礎疾患や医科の治療内容や治療開始に合わせて院内歯科で対応するか、かかりつけ歯科医などで対応するか振り分けることが可能になります。

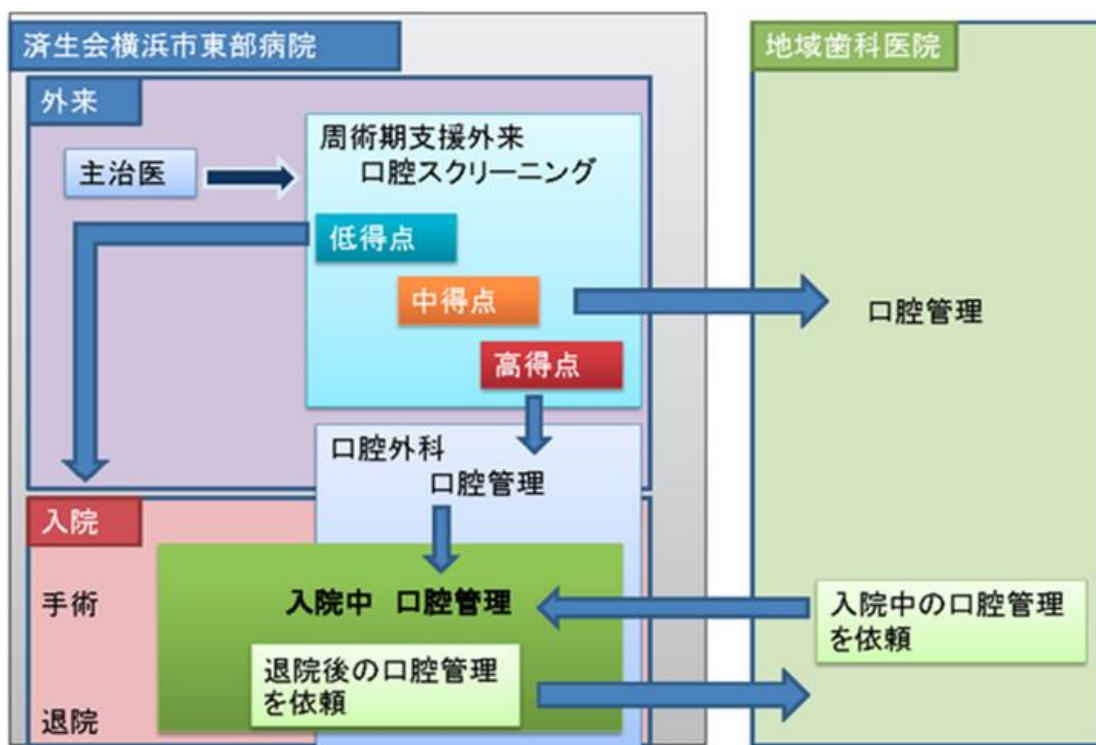


○事例紹介

院内歯科のある病院で、院内歯科のスタッフが患者支援センターのスタッフとして対応している事例として「済生会横浜市東部病院」のシステムを紹介します。

済生会横浜市東部病院

済生会横浜東部病院では周術期患者の場合、口腔スクリーニングにより点数化し、患者を院内歯科で対応するか、地域の歯科医院で対応するか振り分けています。



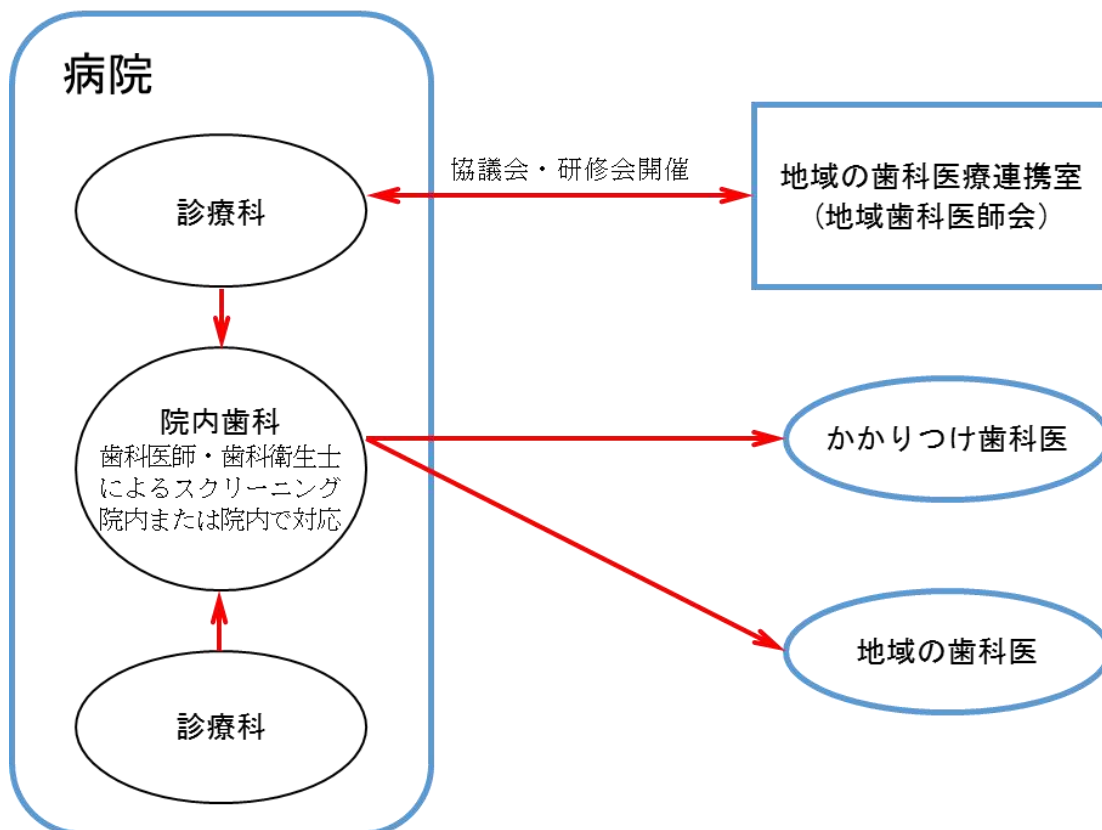
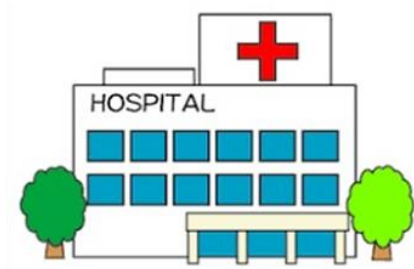
低得点：口腔外科介入なし（周術期セルフケアについて説明のみ）0～5点

中得点：術前にかかりつけ歯科へ受診【前連携】（入院中は口外で口腔管理）
6～9点

高得点：口腔外科介入【後連携】10点以上

5. 院内歯科と地域歯科医師会との連携事例

院内歯科を通して地域歯科医師会と連携する事例です。



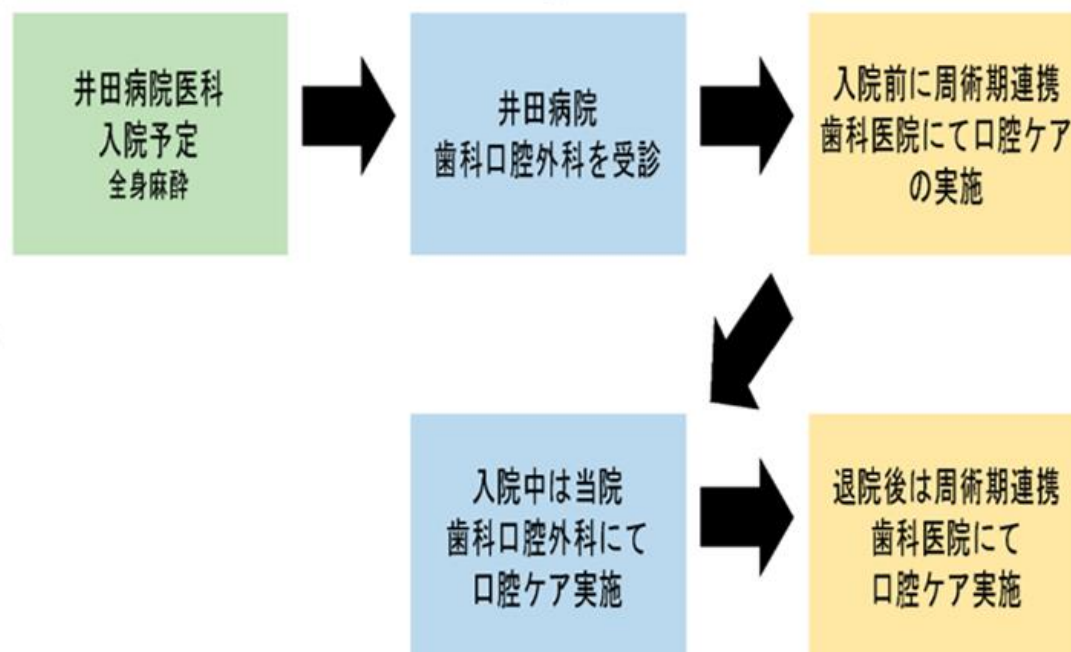
○事例紹介

院内歯科を通して地域歯科医師会と連携を取っている事例として「川崎市立井田病院」のシステムを紹介します。

川崎市立井田病院

周術期患者の基礎疾患や医科の治療内容、治療開始に合わせて、院内歯科で対応するか、かかりつけ歯科医などで対応するか振り分けています。

しかしながら、周術期連携数が増加してくると従来の院内歯科業務と医科からの連携依頼を同時に対応することは難しくなる可能性もあります。



書式紹介

～医療従事者向け～

IV. 書式紹介 ～医療従事者向け～

情報提供書

紹介先医療機関等名 _____

担当医 _____ 科 _____ 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称： _____

電話番号： _____

歯科医師名： _____ ⑩

患者氏名	_____	性別	男・女
患者住所	_____		
電話番号	_____		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	職業	_____

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
病状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

口腔機能管理 依頼票

年 月 日

歯科医院 御中

下記患者の口腔機能管理をお願いいたします。

病院 科

周術期口腔機能管理の依頼内容についてチェックと記載をお願いします。

全身麻酔下での手術

※頸部・呼吸器・消化器領域の手術で口腔機能管理を必要とする手術です。

悪性腫瘍手術 臓器移植手術 心臓血管外科手術 その他 ()

全麻以外の手術 (骨髄移植等) 放射線治療・化学療法 手術日不要

手術日 (予定)	() 年 () 月 () 日 ※入院前に口腔機能管理の依頼をお願いします※
手術内容	

年 月 日 依頼医師: _____

口腔 (口の中) 機能の管理について

体に負担のかかる大きな手術では口腔ケアを行うことで手術後の肺炎が減少しています。そのため、手術前から口腔ケアを適切に行うことが大事です。

患者さんへ：以下の記入をお願いします

①基礎疾患			
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心不全
<input type="checkbox"/> その他心疾患 ()			
<input type="checkbox"/> 脂肪肝	<input type="checkbox"/> 肝炎 (型)	<input type="checkbox"/> 肝硬変 (型)	
<input type="checkbox"/> その他疾患 ()			
②身長・体重・嗜好品等			
・身長/体重 (cm/ kg)		・喫煙 (本) × (年)	
・飲酒 (合/1日)		・その他 ()	
③服薬している薬剤			

担当医 殿

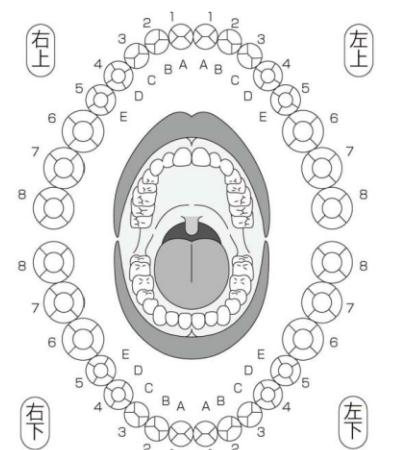
私は、口腔機能管理について、

* 説明された内容を理解し、納得しましたので歯科への依頼に同意します。

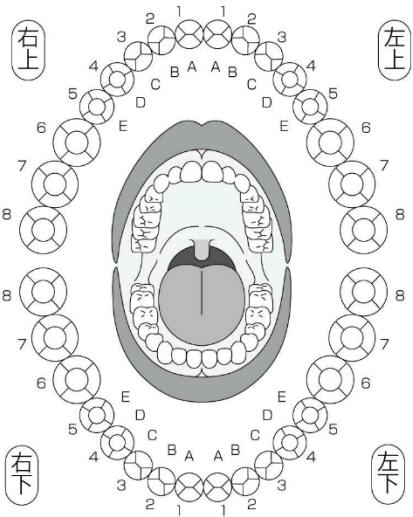
年 月 日 患者本人: _____ (自署)

親族/代理人: _____ (続柄) (自署)
(親権者などの親族、または代諾者)

周術期における口腔機能管理計画書

カルテ番号	殿						
<p>【口腔内の状態等（現症）】</p> <p>義歯装着 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>【プラーク付着状況】 <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>やや多い <input type="checkbox"/>少ない</p>	<p>【その他の留意点】</p> <p><input type="checkbox"/>咀嚼機能 <input type="checkbox"/>摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/>構音機能</p> <p>【基礎疾患の状態・生活習慣】</p> <p><input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>心不全</p> <p><input type="checkbox"/>肝炎（ 型） <input type="checkbox"/>肝硬変（ 型）</p> <p><input type="checkbox"/>その他の疾患（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>特記する生活習慣（ ）</p> <p>【主病の手術等の予定】</p> <p><input type="checkbox"/>悪性腫瘍の手術（※全身麻酔） <頭頸部、呼吸器、消化器領域の手術が対象></p> <p><input type="checkbox"/>臓器移植手術または心臓血管外科手術（※全身麻酔）</p> <p><input type="checkbox"/>その他の手術（※全身麻酔）</p> <p><input type="checkbox"/>放射線治療・化学療法（※手術日不要）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">手術日（予定）</td> <td style="padding: 2px;">（ ）年（ ）月（ ）日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">執刀医名</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">手術名</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	手術日（予定）	（ ）年（ ）月（ ）日	執刀医名		手術名	
手術日（予定）	（ ）年（ ）月（ ）日						
執刀医名							
手術名							
<p>【口腔内の状態等（手術等によって予測される変化等）】 術後の口腔状態は以下のようになります。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/>口腔内創 <input type="checkbox"/>歯・顎欠損 <input type="checkbox"/>舌切除 <input type="checkbox"/>義歯等補綴処置 <input type="checkbox"/>再建手術 <input type="checkbox"/>粘膜炎 </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/>口腔外創 <input type="checkbox"/>口腔内を保湿する <input type="checkbox"/>口腔ケアをおこなう際の体位（起座または半起座、半起座ができない場合は側臥位） <input type="checkbox"/>頭部は前屈姿勢 <input type="checkbox"/>その他（ ） </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 口腔内創 <input type="checkbox"/> 歯・顎欠損 <input type="checkbox"/> 舌切除 <input type="checkbox"/> 義歯等補綴処置 <input type="checkbox"/> 再建手術 <input type="checkbox"/> 粘膜炎	<input type="checkbox"/> 口腔外創 <input type="checkbox"/> 口腔内を保湿する <input type="checkbox"/> 口腔ケアをおこなう際の体位（起座または半起座、半起座ができない場合は側臥位） <input type="checkbox"/> 頭部は前屈姿勢 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
<input type="checkbox"/> 口腔内創 <input type="checkbox"/> 歯・顎欠損 <input type="checkbox"/> 舌切除 <input type="checkbox"/> 義歯等補綴処置 <input type="checkbox"/> 再建手術 <input type="checkbox"/> 粘膜炎	<input type="checkbox"/> 口腔外創 <input type="checkbox"/> 口腔内を保湿する <input type="checkbox"/> 口腔ケアをおこなう際の体位（起座または半起座、半起座ができない場合は側臥位） <input type="checkbox"/> 頭部は前屈姿勢 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
<p>【周術期の口腔機能の管理において実施する内容】 <術前・術後「○」、術前のみ「レ」、術後のみ「×」></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/>歯ブラシの使い方を説明した。 <input type="checkbox"/>スワブ（大きな綿棒、スポンジ）を用いて口腔粘膜の汚れをとり、保湿します。 <input type="checkbox"/>その他（ ） </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/>化学療法、放射線治療で口内炎の場合。 歯面はやわらかめの小さい歯ブラシで、粘膜はスワブ等で痛くない程度に清掃します。 </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 歯ブラシの使い方を説明した。 <input type="checkbox"/> スワブ（大きな綿棒、スポンジ）を用いて口腔粘膜の汚れをとり、保湿します。 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 化学療法、放射線治療で口内炎の場合。 歯面はやわらかめの小さい歯ブラシで、粘膜はスワブ等で痛くない程度に清掃します。				
<input type="checkbox"/> 歯ブラシの使い方を説明した。 <input type="checkbox"/> スワブ（大きな綿棒、スポンジ）を用いて口腔粘膜の汚れをとり、保湿します。 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 化学療法、放射線治療で口内炎の場合。 歯面はやわらかめの小さい歯ブラシで、粘膜はスワブ等で痛くない程度に清掃します。						
<p>【主病の手術等に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針】 <術前・術後「○」、術前のみ「レ」、術後のみ「×」></p> <p><input type="checkbox"/>歯間ブラシの大きさは（ ）が適しています。 <input type="checkbox"/>歯ブラシは（普通・小さめ）で、毛先は（やわらかい・ふつう）が適しています。</p>							
<p>【その他必要な内容】</p>	<p>上記の説明を受けました <input type="checkbox"/> 氏名： _____</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> 保険医療機関名 所在地 連絡先 当該管理の 担当歯科医師名 </td> <td style="width: 50%; border: none; text-align: right;"> 歯科医院 _____ </td> </tr> </table>	保険医療機関名 所在地 連絡先 当該管理の 担当歯科医師名	歯科医院 _____				
保険医療機関名 所在地 連絡先 当該管理の 担当歯科医師名	歯科医院 _____						

周術期における口腔機能管理報告書

カルテ番号	殿
<p>【口腔内の状態の評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プラークや歯石の付着（///部分） <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ・歯肉の炎症（発赤・出血・腫れ） <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ・歯の動揺 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ・歯周ポケット（4mm以上） <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ・その他（ _____ ） <p>義歯装着 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p style="text-align: center;">  </p> <ul style="list-style-type: none"> ・プラーク付着状況 <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>やや多い <input type="checkbox"/>少ない ・その他の留意点 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>咀嚼機能 <input type="checkbox"/>摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/>構音機能 	
<p>【具体的な指導内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>飲料物 <input type="checkbox"/>睡眠 <input type="checkbox"/>運動 <input type="checkbox"/>喫煙 <input type="checkbox"/>食生活習慣 <input type="checkbox"/>歯磨き <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>回数 <input type="checkbox"/>時間 <input type="checkbox"/>用具 <p style="text-align: center;">（歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ）</p>	
【具体的な管理実施内容】	【その他必要な内容】
【継続管理の予定】	<input type="checkbox"/> むし歯治療 <input type="checkbox"/> 歯周疾患治療 <input type="checkbox"/> 被せ物 <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
【管理の期間】	約（ _____ ）週・月（ _____ ）回程度

ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください。

保険医療機関名	
所在地・連絡先	
当該管理の担当歯科医師名	

周術期等口腔機能管理に関わる 基本書類について

平成 29 年 3 月作成
平成 30 年 3 月改訂



横浜市立大学，横浜市歯科医師会，横浜市医療局
本書類は周術期口腔機能管理の推進に向けた包括連携に関する協定
による事業に基づき作成されております。

周術期等口腔機能管理のお願い

平素より大変お世話になっております。周術期等口腔機能管理に貴歯科医院をご紹介させていただきました。ご多忙の折大変恐縮ですが、ご高診・ご加療のほどよろしくお願い申し上げます。

1. 送付書類について

- ① 診療情報提供書：①－1 病院（医科）⇒連携歯科医院
①－2 病院（歯科）⇒連携歯科医院
- ② 受診報告書：連携歯科医院⇒病院（医科／歯科）
 - ・FAX または郵送で返信してください。
- ③ 診療情報提供書（歯科処置報告書）：連携歯科医院⇒病院（医科／歯科）
 - ・複写を自院で保管し、原本を患者さんにお渡しの上、入院時に病院へ提出するよう指示してください。

- 周術期等口腔機能管理計画書
 - 周術期等口腔機能管理報告書
- } 必要に応じ貴院にてご使用ください。

2. 依頼処置内容

- 1. セルフケアができ、プラークコントロールができていること
- 2. 排膿しているなどの急性感染巣がないこと
- 3. （手術の場合）動揺歯は容易に脱落しないようなしっかりとした固定がなされていること

3. 入院前に患者さんにお渡しいただく書類

- ③ 診療情報提供書（歯科処置報告書）：連携歯科医院⇒病院（医科／歯科）

①-1 **病院（医科）→連携歯科医院**
 （診療情報提供料 1250 点、歯科医療機関連携加算 100 点）

年 月 日

紹介医療機関

〒 -
 神奈川県横浜市 区

〇〇歯科医院
 歯科 〇〇 〇〇 先生 御侍史

〒 - 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇病院
 TEL. 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
 FAX. 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
 医師氏名 〇〇〇〇科
 〇〇 〇〇

診療情報提供書

下記の患者さんをご紹介しますので、ご高診の程よろしくお願いいたします。

(〇〇〇〇 〇〇〇〇)	
患者氏名 〇〇 〇〇 様	患者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
患者住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	性別 〇
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
生年月日 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日（満〇〇歳）	
傷病名	
紹介目的 周術期等口腔機能管理（<input type="checkbox"/>手術・<input type="checkbox"/>化学療法・<input type="checkbox"/>放射線療法・<input type="checkbox"/>緩和ケア）の依頼	
既往歴及び家族歴	
症状経過・治療経過 平素より大変お世話になっております。患者さんは下記の治療を予定しております。 原疾患名： _____ <input type="checkbox"/> 全身麻酔下の外科手術 （術式： _____）手術予定日： _____年 _____月 _____日・未定 <input type="checkbox"/> 化学療法（レジメン： _____）開始予定日： _____年 _____月 _____日・未定 <input type="checkbox"/> 放射線療法（照射線量： _____ Gy）開始予定日： _____年 _____月 _____日・未定 <input type="checkbox"/> 緩和ケア	
ご多忙の折恐縮に存じますが貴院にて周術期等口腔機能管理をお願いいたします。 なお、以下のことを目標に行っていただければ幸いです。 1. セルフケアができ、プラークコントロールができていないこと 2. 排膿しているなどの急性感染巣がないこと （手術の場合） 3. 動揺歯は、容易に脱落しないようしっかりと固定がなされていること ご不明な点がある際はご連絡下さい。	

¹ 歯科医療機関連携加算は歯科の標榜がない病院から歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合に算定できる。

①-2 **病院（歯科）→連携歯科医院**

(診療情報提供料 I 250 点)

年 月 日

紹介医療機関

〒 -
神奈川県横浜市 区

〇〇歯科医院
歯科 〇〇 〇〇 先生 御侍史

〒 - 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇病院
TEL. 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
FAX. 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
医師氏名 〇〇〇〇科
〇〇 〇〇

診療情報提供書

下記の患者さんをご紹介しますので、ご高診の程よろしくお願いいたします。

患者氏名 (〇〇〇〇 〇〇〇〇) 〇〇 〇〇 様	患者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
患者住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	性別 〇
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
生年月日 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 (満〇〇歳)	
傷病名	
紹介目的 周術期等口腔機能管理 (<input type="checkbox"/> 手術・ <input type="checkbox"/> 化学療法・ <input type="checkbox"/> 放射線療法・ <input type="checkbox"/> 緩和ケア) の依頼	
既往歴及び家族歴	
症状経過・治療経過 平素より大変お世話になっております。患者さんは下記の治療を予定しております。 原疾患名： _____ <input type="checkbox"/> 全身麻酔下の外科手術 (術式： _____) 手術予定日： _____ 年 月 日・未定 <input type="checkbox"/> 化学療法 (レジメン： _____) 開始予定日： _____ 年 月 日・未定 <input type="checkbox"/> 放射線療法 (照射線量： _____ Gy) 開始予定日： _____ 年 月 日・未定 <input type="checkbox"/> 緩和ケア 周術期等口腔機能管理計画を <input type="checkbox"/> 立案していませんので貴院にて口腔管理をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 立案しましたので以下の内容を参考に加療をお願いいたします。 ご多忙の折、恐縮に存じますがよろしく願います。ご不明な点がある際はご連絡下さい。	
優先順位	治療内容
	<input type="checkbox"/> 口腔衛生指導・歯周治療 (_____)
	<input type="checkbox"/> う蝕処置・根管治療 (応急処置) (_____)
	<input type="checkbox"/> 抜歯 (_____)
	<input type="checkbox"/> 歯牙固定 (_____)
・観血的処置 (抜歯を含む) : <input type="checkbox"/> 問題なし, <input type="checkbox"/> 当科と相談が必要, <input type="checkbox"/> 禁忌 ・抗血栓薬の使用 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名 : _____) ・顎骨壊死リスクがある薬剤の使用 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (薬剤名 : _____)	
算定済点数	
<input type="checkbox"/> 周術期口腔機能管理策定料 (周計), <input type="checkbox"/> 周術期口腔機能管理料 I (術前) <input type="checkbox"/> 周術期口腔機能管理料 III, <input type="checkbox"/> 周術期口腔機能管理衛生処置 <input type="checkbox"/> パントモ, <input type="checkbox"/> 歯周基本検査, <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

② **連携歯科医院→病院（歯科／医科）**

FAX または郵送での返信をお願いします
 FAX : 045 — —

年 月 日

紹介医療機関

〒 —
 ○○○○○○○○○○○○○○
 ○○○○○○○○○○○○○○病院
 ○○ ○○ 先生 御侍史

〒 —
 神奈川県横浜市 区
 ○○歯科医院
 医師氏名 ○○ ○○

受診報告書

ご紹介いただきました患者さんにつきまして次のとおりお返事申し上げます。
 患者さんは当院を受診されましたので周術期等口腔機能管理を行わせていただきます。
 ご紹介ありがとうございました。今後ともよろしく願いいたします。

病院患者番号	紹介元（医科・病院歯科）の患者番号を記載してください
イニシャル	性 _____ , 名 _____
生年月日	T・S・H・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
歯科医院受診日	_____ 年 _____ 月 _____ 日

③ **連携歯科医院→病院（歯科／医科）**（診療情報提供料 I 250 点）

原本を入院時に病院に提出（複写は自院で保管）

紹介医療機関

年 月 日

〒 -
 ○○○○○○○○○○○○○○
 ○○○○○○○○○○○○○○病院
 ○○ ○○ 先生 御侍史

〒 -
 神奈川県横浜市 区
 ○○歯科医院
 医師氏名 ○○ ○○

診療情報提供書（歯科処置報告書）

下記の患者さんをご紹介しますので、ご高診の程よろしくお願いたします。

(○○○○ ○○○) 患者氏名 ○○ ○○ 様 患者住所 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○ 電話番号 ○○○-○○○-○○○ 生年月日 ○○○○年○○月○○日（満○○歳）		患者番号 ○○○○○○○○ 性別 ○
傷病名		
紹介目的 周術期等口腔機能管理 歯科処置報告		
症状経過・治療経過 以下の処置を行いましたので、予定どおり当該手術の実施をお願いいたします。		
● 歯科処置実施内容		
<input type="checkbox"/> 口腔衛生指導	<input type="checkbox"/> ブラッシング指導 <input type="checkbox"/> 舌・軟組織衛生の指導 <input type="checkbox"/> 義歯取り扱いの指導 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 歯科処置	（歯周治療・う蝕治療・根管治療・補綴治療などについて記載ください）	
【申し送り事項】 現在の口の状態で注意すべき事項や今後予定している歯科治療などがあれば記載してください。		

作成日： 年 月 日

周術期等口腔機能管理 計画書

患者番号： _____ 患者氏名： _____ 様
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生 性別： _____

【全身の治療の予定】	
<input type="checkbox"/> 手術	手術予定日： 年 月 日
<input type="checkbox"/> 化学療法	治療開始日： 年 月 日（レジメン： _____）
<input type="checkbox"/> 放射線療法	治療開始日： 年 月 日（照射線量 Gy, 照射回数 回）
<input type="checkbox"/> 緩和ケア	
【体・生活の状態】	
●基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 高血圧症, <input type="checkbox"/> 糖尿病, <input type="checkbox"/> 心疾患, <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他
●内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ステロイド, <input type="checkbox"/> 抗血栓薬, <input type="checkbox"/> ビスフォスフォネート製剤 <input type="checkbox"/> その他
●飲酒	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり（ _____ /日）
●喫煙	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり（ _____ 本/日 <input type="checkbox"/> 現在喫煙, <input type="checkbox"/> 禁煙中 _____ 頃～）

【お口の状態】

- ・清掃状態 : 良好, 普通, 不良
- ・入れ歯の使用 : あり, なし
- ・歯茎の腫れ : あり, なし
- ・口内炎 : あり, なし
- ・動揺している歯 : あり, なし
- ・くちの乾燥 : あり, なし

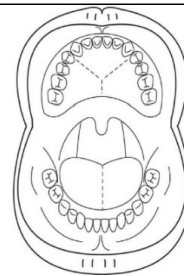
【予想される変化】

- 手術後の肺炎や感染のリスクが高まる, 咬んだり飲み込んだりしづらい, 口内炎
- くちの乾燥, 味覚の異常, 歯周病の悪化, 顎の感染や壊死, むし歯の悪化
- その他（ _____ ）

【歯科治療の必要性： あり, なし】

- 歯磨き方法, うがい方法,
- 口腔リハビリ, 歯周病治療（クリーニング）,
- むし歯治療, 抜歯,
- かぶせ物・入れ歯の修理,
- 動揺歯の固定 プロテクターの作製
- その他

みぎ



ひだり

【口腔管理のスケジュール】

- 治療前（連携歯科・当院）
- 治療中・入院中（連携歯科・当院）
- 治療後・退院後（連携歯科・当院）で行います。

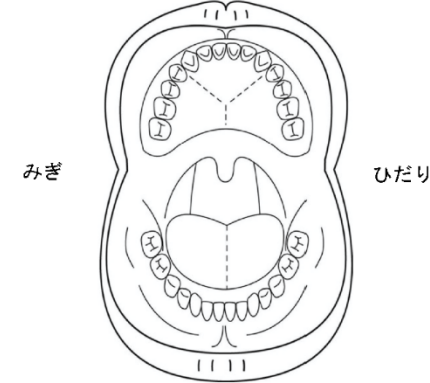
保険医療機関名	〒 _____	045- _____
所在地・電話番号	_____	_____
担当	歯科医師： _____	

作成日： 年 月 日

周術期等口腔機能管理 報告書

患者番号： _____ 患者氏名： _____ 様
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生 性別： _____

- 全身麻酔手術（Ⅰ・Ⅱ（術前・術後）
- 化学療法中（Ⅲ） 放射線療法中（Ⅲ） 緩和ケア（Ⅲ）

お口の状態	
<ul style="list-style-type: none"> ・清掃状態 : <input type="checkbox"/>良好, <input type="checkbox"/>普通, <input type="checkbox"/>不良 ・歯茎の腫れ : <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし ・動揺している歯 : <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし ・入れ歯の有無 : <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし ・口内炎 : <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし ・くちの乾燥 <input type="checkbox"/>あり, <input type="checkbox"/>なし ・その他 : 	

実施内容	指導内容
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 手術前後の口腔内チェック <input type="checkbox"/> 歯の清掃 <input type="checkbox"/> 粘膜・舌の清掃 <input type="checkbox"/> うがい（ _____ ） <input type="checkbox"/> 保湿剤（ _____ ） <input type="checkbox"/> 入れ歯の清掃 <input type="checkbox"/> プロテクター作製 <input type="checkbox"/> 動揺歯の固定 <input type="checkbox"/> その他 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 歯を磨きましょう <input type="checkbox"/> 粘膜の清掃をしましょう <input type="checkbox"/> 舌ブラシで舌の汚れを取りましょう <input type="checkbox"/> うがいをしましょう <input type="checkbox"/> 保湿剤を塗り口の乾燥に注意しましょう <input type="checkbox"/> 入れ歯を清掃しましょう <input type="checkbox"/> 食事のとき以外は入れ歯を外しましょう <input type="checkbox"/> 手術後の肺炎予防のため、手術前日と当日は特に丁寧に歯を磨きましょう <input type="checkbox"/> 退院後も定期的にかかりつけ歯科を受診しましょう <input type="checkbox"/> その他

保険医療機関名 所在地・電話番号 担当	〒 _____ 歯科医師： _____	045- _____
---------------------------	------------------------	------------

資料①

診療情報提供書

〇〇 歯科医院
〇〇 先生 ご侍史

済生会横浜市東部病院
周術期支援センター 麻酔科
谷口 英喜

周術期口腔機能管理依頼票

紹介目的： 周術期の合併症予防のための口腔管理

疾病名：

手術日： 年 月 日 予定

術式： _____

書類 ② チェックリスト

氏名		入院前			手術日	入院 (術後)	退院後
		入院日	月	日	月	日	
患者	<ul style="list-style-type: none"> ● 術前・術後の口腔管理を受ける理由を理解している ● 連携歯科医院への受診を了承している。 ● 連携歯科医院へ予約をする。 	<ul style="list-style-type: none"> ● セルフケアを習得している 			<ul style="list-style-type: none"> ● 口腔外科への受診 	<ul style="list-style-type: none"> ● 退院後も継続して歯科医院へ通院できる ● 連携歯科医院へ予約を取る 	
東部病院 担当科	<ul style="list-style-type: none"> ● 口腔管理を受けることの説明 ● 情報提供書作成 ● 口腔外科へ案内 			● 手術			
東部病院 口腔外科	<ul style="list-style-type: none"> ● 連携歯科医院選定 ● 関連書類を渡す。 ● 術前 PMTC 予約 	<ul style="list-style-type: none"> ● 口腔外科初診 ● 術前 PMTC ● 周管 II (術前) 			<ul style="list-style-type: none"> ● 術後口腔ケア ● 周管 II (術後) ● 診療情報提供書 		
書類	<input type="checkbox"/> 書類③治療計画策定・周管の説明・同意 (同意書にサイン) (2部複写) <input type="checkbox"/> 書類④東部口腔外科へ診療情報提供 ・入院中の口腔管理を依頼					<input type="checkbox"/> 書類確認	
地域連携 歯科医院	<input type="checkbox"/> 周計策定料 300 <input type="checkbox"/> 周管 I (術前) 280 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 250					<input type="checkbox"/> 術後 周管 I (術後) 190	
治療	<input type="checkbox"/> 術前の処置					<input type="checkbox"/> 継続治療	
入院前に患者さんへ 渡す書類	<input type="checkbox"/> 書類③の複写1部 <input type="checkbox"/> 書類④東部病院口腔外科への情報提供書 <input type="checkbox"/> 書類⑤東部病院周術期支援センターへの返書					<input type="checkbox"/>	

本チェックリストは、貴院用として保管して頂きますようお願い申し上げます。

書類③

口腔外科 他病院履歴へ取り込み

周術期口腔機能管理（手術／放射線化学療法） 計画書・管理報告書・同意書

氏名 _____ 様

全身麻酔での手術、治療を受ける方は、以下を予防する目的で口腔管理を必要とします。

1. 全身麻酔時に気管内挿管（管が口を経て気管に挿入され人工呼吸をする）時に、動揺歯があると脱落、気管内に誤嚥する危険性があります。
2. 歯周病、う蝕（むし歯）に起因する膿が原因となり、肺炎、創部感染などの術後合併症を生じることがあります。

主病名		手術予定	年 月 日
手術施設	済生会横浜市東部病院	科	
生活習慣	<input type="checkbox"/> タバコ <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他（ ）	基礎疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	口腔評価・部位	治療内容 術前	治療内容 術後
1	口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	セルフケア指導内容 _____	セルフケアの指導 _____
2	_____ _____ 歯式	<input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 動揺歯の固定	<input type="checkbox"/> 歯周治療の継続
3	_____ _____ う蝕	<input type="checkbox"/> 応急処置 <input type="checkbox"/> 充填処置 <input type="checkbox"/> 抜髄処置	<input type="checkbox"/> 歯冠修復 <input type="checkbox"/>
4	_____ _____ 抜歯が 必要な歯	<input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> その他
5	_____ _____ 義歯の 不適合	<input type="checkbox"/> 義歯調整 <input type="checkbox"/> 義歯修理	<input type="checkbox"/> 義歯新製
6	_____ _____	<input type="checkbox"/> その他 _____	

歯科医院名 _____ 主治医 _____

同意書：私は周術期口腔機能管理の必要性と重要性の説明を受け理解しましたので、かかりつけ歯科医院および、済生会東部病院において周術期口腔機能管理の治療を受けることに同意します。

_____ 歯科医院 院長殿

20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____

代理人または家族 _____（続柄 _____）

書類④

診療情報提供書

済生会横浜市東部病院
〒230-8765 横浜市鶴見区下末吉 3-6-1
Tel 045-576-3000 (代表)
口腔外科 堀内俊克 宛

歯科医名 _____

TEL _____

歯科医師名 _____

患者氏名	
紹介目的	<input checked="" type="checkbox"/> 入院中の口腔管理 <input type="checkbox"/> 術前の観血的処置 <input type="checkbox"/> 抜歯 部位 <input type="checkbox"/> その他の観血的処置 内容
観血的処置	
その他 連絡事項	

入院中の口腔管理は口腔外科で行いますので、必ず本書にてご指示ください。
 本書を患者さんに手渡し、入院時に本書を東部病院へ提出するよう患者さんにご指示下さい。
 手術前までに観血的処置の必要があり、当科へ依頼頂く場合がありましたら、本書にてご指示ください。この場合患者さまへは、術前に余裕をもって口腔外科外来に受診するようご指示
 お願いいたします。

書類 ⑤

返書

済生会横浜市東部病院 患者支援センター 手術準備外来
センター長 谷口 英喜 先生 ご侍史

医療機関名

Tel

歯科医師名

この度は患者様をご紹介頂き誠にありがとうございました。

ご紹介頂きました患者 _____ 様 の 術前の口腔管理を
施行いたしました。

入院中に、口腔内で注意していただくことは、

特にありません。

ご紹介まことにありがとうございました。

がん治療における 口腔の健康維持の重要性

口腔の環境を整え、万全の状態
でがん治療にのぞみましょう。

がん治療に伴う口腔のトラブルの予防を図り、安全で質の高いがん治療を円滑に進めていくために、手術の前から口腔の状態を良好にしておくことが大切です。

手術前にしておきたいこと

- 口腔内のチェック
- クリーニング
歯・歯根についた歯石の除去を行い清掃しやすい状態にしましょう。
- 歯ブラシの指導を受ける
歯・歯肉・粘膜のケア方法を習得しましょう。
- 動揺歯の固定を受ける
治療中に脱落、誤飲、誤嚥の原因となるので強固な固定をしましょう。
- 感染源となる歯の抜歯
炎症を起こしている場所は細菌の温床になります。誤嚥性肺炎、創部感染などの原因となりますので、手術前に処置を受けましょう。

全身麻酔手術前の口腔ケアのための 歯科受診について

【お願い】

川崎市立井田病院では、がん治療時に起きるお口のトラブルを予防し、がん治療が円滑に進むように、患者さんに治療開始前から地元の歯科医院と連携して、お口の中をきれいにしてもらうことをお願いしています。

お口の中は、とても細菌の多い部位です。そのため、がんの治療のような大きな治療を行うとき、その細菌がさまざまな悪影響を及ぼすことが知られています。あらかじめ治療開始前に口腔ケア（お口の中をきれいにし、細菌をできるだけ減らしておく）を行うことで、がん治療を助ける効果が期待できます。

【目的】

- お口のクリーニングをすることで細菌が減り、手術後の肺炎のリスクを減らせる可能性があります。
- 全身麻酔時の気管内挿管（人工呼吸器の管が口や鼻を通して気管に入る）の際に、歯が折れたり抜けたりしないように歯を守る準備ができます。
- あらかじめ口腔内の状態を良好にしておくことで、手術後、お口からの食事開始をスムーズにし、全身の回復を助けます。
- 口やのど、食道などの手術の場合、お口の中の細菌を減らしておくことで、術後に傷口が感染を起こすリスクを減らせる可能性があります。



川崎市立井田病院（電話番号 044-766-2188）

出力日 @SYSDATE 20130926 ver.1 歯科口腔外科

【口腔ケアの治療の流れ】

はじめに井田病院
歯科口腔外科
を受診

井田病院の歯科口腔外科を受診していただきます。
手術前後の口腔ケアについての治療計画を立てます。
術前の口腔ケア治療は、連携歯科医院へ紹介し、実施していただきます。

手術までに地
域の連携歯科
医院を受診

地域連携歯科医院にて、手術前に必要なお口のケアを行っていただきます。歯ブラシではとれない細菌の汚れの清掃と、適切な歯ブラシ方法の指導が中心です。通常1～2回の歯科受診で終わることができます。保険が適応される範囲の処置で、ケアだけであれば費用は3000円程度です。（その他の歯科処置により変わる可能性があります。）

入院中は再び
井田病院の歯
科口腔外科へ

井田病院の歯科口腔外科にて、引き続き口腔ケアを継続いたします。手術後は、必要に応じて、お部屋まで訪問いたします。（治療内容により、外来にて口腔ケアを行うこともあります。）

退院後は再び
地域歯科医院
で治療を継続

退院後は、再び、地域連携歯科医院へ口腔ケアの依頼を行い、治療を継続していただきます。



川崎市立井田病院（電話番号 044-766-2188）

出力日 @SYSDATE 20130926 ver.1 歯科口腔外科

診療情報提供書

@SYSDATE

紹介先医療機関名

歯科医院

先生御侍史

紹介元医療機関の名称・所在地

〒211-0035

川崎市中原区井田 2-27-1

川崎市立井田病院 歯科口腔外科

電話:044-766-2188 FAX:044-788-0231

担当医: @REQUESTNAME

カルテ番号

@PATIENTID

患者性別

@PATIENTSEXN

患者カナ名

@PATIENTNAMEKANA

生年月日

@PATIENTBIRTH

患者氏名

@PATIENTNAME

患者住所

@PATIENTADD

電話番号

@PATIENTTEL

主病名	@DISEASE
紹介目的	<p>平素より大変お世話になっております。患者様は当院にて全身麻酔下にて外科手術による治療を予定しております。つきましては、がん治療に伴う口腔合併症のリスク軽減のため、以下の周術期口腔機能管理を貴院にてお願い申し上げます。</p> <p style="text-align: center;">ご多忙のところ大変強縮ですが、御高診のほどどうぞよろしくお願い申し上げます。</p>
依頼事項	<p><input type="checkbox"/>歯周組織診査 <input type="checkbox"/>機械的歯面清掃 <input type="checkbox"/>スケーリング</p> <p><input type="checkbox"/>歯科衛生実施指導（詳細：<input type="checkbox"/>歯ブラシ指導 <input type="checkbox"/>歯間ブラシ指導 <input type="checkbox"/>舌ブラシ指導 <input type="checkbox"/>フロス指導）<input type="checkbox"/>うがい薬の使用</p> <p><input type="checkbox"/>動揺歯の暫間固定（部位：<input type="checkbox"/>）</p> <p><input type="checkbox"/>抜歯（部位：<input type="checkbox"/>）<input type="checkbox"/>虫歯・根管治療（部位：<input type="checkbox"/>）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（<input type="checkbox"/>）</p>
担当歯科医師	@REQUESTNAME



川崎市立井田病院（電話番号 044-766-2188）

出力日 @SYSDATE 20130611 ver.1 歯科口腔外科

返信用

井田病院へ入院になる前に必要事項を記入後、報告書として患者様へお渡し下さい。入院後は
当院歯科口腔外科にて口腔機能管理を継続させていただきます。

診療結果報告書

紹介先医療機関名 平成 年 月 日
川崎市立井田病院 歯科口腔外科 紹介元医療機関の名称・所在地
担当医先生侍史

電話：
担当医：

カルテ番号 @PATIENTID 患者性別 @PATIENTSEXN
患者か名 @PATIENTNAMEKANA 生年月日 @PATIENTBIRTH
患者氏名 @PATIENTNAME 電話番号 @PATIENTTEL
患者住所 @PATIENTADD

主病名	@DISEASE
実施事項	<input type="checkbox"/> 歯周組織診査 <input type="checkbox"/> スケーリング <input type="checkbox"/> 周術期口腔機能管理 I <input type="checkbox"/> 歯科衛生実施指導（詳細： <input type="checkbox"/> 歯ブラシ指導 <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ指導 <input type="checkbox"/> 舌 ブラシ指導 <input type="checkbox"/> フロス指導） <input type="checkbox"/> うがい薬の使用 <input type="checkbox"/> 動揺歯の暫間固定（部位： ） <input type="checkbox"/> 抜歯（部位： ） <input type="checkbox"/> 虫歯・根管治療（部位： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
口腔ケアを行 う上での留意 点、アドバイス などありました ご記入下さい	
担当歯科医師	@REQUESTNAME

周術期口腔機能管理計画書（患者様用）

カルテ番号 @PATIENTID
 患者氏名 @PATIENTNAMEKANA
 患者氏名 @PATIENTNAME
 患者性別 @PATIENTSEXN 生年月日 @PATIENTBIRTH
 発行者 @USERNAME 説明日 @SYSDATE

主病名	@DISEASE
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）
生活習慣	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒
治療計画	<input type="checkbox"/> 全身麻酔による手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 （詳細： ） 手術または治療開始予定日： @DOCDATE 以上の治療実施にあたり、口腔内の衛生状態を良好に保つことにより、誤嚥性肺炎や口腔粘膜炎などを生じる可能性を軽減するため口腔内の治療を進めていきます。
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 非常に良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
今後実施予定の治療	<input type="checkbox"/> 歯磨き指導 <input type="checkbox"/> 歯周組織検査 <input type="checkbox"/> 専門的歯面清掃 <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 歯の固定 <input type="checkbox"/> マウスピース作製 <input type="checkbox"/> うがい薬の使用 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 虫歯・根管治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施予定のセルフケア	以下の器具などを用いて口腔ケアを実施します。 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 粘膜ブラシ <input type="checkbox"/> フロス（糸ようじ） <input type="checkbox"/> うがい薬 <input type="checkbox"/> 舌ブラシによる舌磨き <input type="checkbox"/> 義歯ブラシ <input type="checkbox"/> マウスピース <input type="checkbox"/> 保湿ジェルの使用 <input type="checkbox"/> その他（ ）
担当歯科医師	@REQUESTNAME

以上の内容の説明を受け、理解しましたので治療に同意します。

（同意書を提出した後も中止することができます。担当者に申し出てください。また、口腔ケアの実施について、診療効果検証のため、個人が特定されない形で診療情報を調査・研究に利用させて頂くことがあります。）

同意年月日： 年 月 日 患者署名： _____
 代理人署名： _____（続柄）



川崎市立井田病院（電話番号 044-766-2188）

出力日 @SYSDATE 20130926 ver.1 歯科口腔外科

周術期口腔機能管理計画書（カルテ控用）

カルテ番号 @PATIENTID
 患者か名 @PATIENTNAMEKANA
 患者氏名 @PATIENTNAME
 患者性別 @PATIENTSEXN 生年月日 @PATIENTBIRTH
 発行者 @USERNAME 説明日 @SYSDATE

主病名	@DISEASE
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）
生活習慣	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒
治療計画	<input type="checkbox"/> 全身麻酔による手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 （詳細： ） 手術または治療開始予定日： @DOCDATE 以上の治療実施にあたり、口腔内の衛生状態を良好に保つことにより、誤嚥性肺炎や口腔粘膜炎などを生じる可能性を軽減するため口腔内の治療を進めていきます。
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 非常に良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
今後実施予定の治療	<input type="checkbox"/> 歯磨き指導 <input type="checkbox"/> 歯周組織検査 <input type="checkbox"/> 専門的歯面清掃 <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 歯の固定 <input type="checkbox"/> マウスピース作製 <input type="checkbox"/> うがい薬の使用 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 虫歯・根管治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施予定のセルフケア	以下の器具などを用いて口腔ケアを実施します。 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 粘膜ブラシ <input type="checkbox"/> フロス（糸ようじ） <input type="checkbox"/> うがい薬 <input type="checkbox"/> 舌ブラシによる舌磨き <input type="checkbox"/> 義歯ブラシ <input type="checkbox"/> マウスピース <input type="checkbox"/> 保湿ジェルの使用 <input type="checkbox"/> その他（ ）
担当歯科医師	@REQUESTNAME

以上の内容の説明を受け、理解しましたので治療に同意します。

（ 同意書を提出した後も中止することができます。担当者に申し出てください。また、口腔ケアの実施について、診療効果検証のため、個人が特定されない形で診療情報を調査・研究に利用させて頂くことがあります。 ）

同意年月日： 年 月 日 患者署名： _____
 代理人署名： _____（続柄）



川崎市立井田病院（電話番号 044-766-2188）

出力日 @SYSDATE 20130926 ver.1 歯科口腔外科

周術期口腔機能管理報告書

カルテ番号 @PATIENTID
 患者か名 @PATIENTNAMEKANA
 患者氏名 @PATIENTNAME
 患者性別 @PATIENTSEXN
 生年月日 @PATIENTBIRTH
 発行者 @USERNAME

説明日 @SYSDATE

口腔内の状態	口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 口内炎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 動揺歯 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他 ()
今回実施した治療	<input type="checkbox"/> 歯磨き指導 <input type="checkbox"/> 歯周組織検査 <input type="checkbox"/> 専門的歯面清掃 <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> うがい薬の使用 <input type="checkbox"/> 虫歯・根管治療 <input type="checkbox"/> 歯の固定 <input type="checkbox"/> マウスピース作製・調整 <input type="checkbox"/> その他()
ケア方法	以下の器具などを用いて口腔ケアを実施します。 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 粘膜ブラシ <input type="checkbox"/> フロス（糸ようじ） <input type="checkbox"/> うがい薬 <input type="checkbox"/> 舌ブラシによる舌磨き <input type="checkbox"/> 義歯ブラシ <input type="checkbox"/> マウスピース <input type="checkbox"/> 保湿ジェルの使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
担当歯科医師	@REQUESTNAME



川崎市立井田病院（電話番号 044-766-2188）

出力日 @SYSDATE 20130926 ver.1 歯科口腔外科

口腔機能管理 依頼票

年 月 日

歯科医院 御中

下記患者の口腔機能管理をお願いいたします。

病院 科

周術期口腔機能管理の依頼内容についてチェックと記載をお願いします。

全身麻酔下での手術

※頸部・呼吸器・消化器領域の手術で口腔機能管理を必要とする手術です。

悪性腫瘍手術 臓器移植手術 心臓血管外科手術 その他()

全麻以外の手術 (骨髄移植等) 放射線治療・化学療法 手術日不要

手術日 (予定)	() 年 () 月 () 日 ※入院前に口腔機能管理の依頼をお願いします※
手術内容	

年 月 日 依頼医師: _____

口腔 (口の中) 機能の管理について

体に負担のかかる大きな手術では口腔ケアを行うことで手術後の肺炎が減少しています。そのため、手術前から口腔ケアを適切に行うことが大事です。

患者さんへ：以下の記入をお願いします

①基礎疾患			
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心不全
<input type="checkbox"/> その他心疾患 ()			
<input type="checkbox"/> 脂肪肝	<input type="checkbox"/> 肝炎 (型)	<input type="checkbox"/> 肝硬変 (型)	
<input type="checkbox"/> その他疾患 ()			
②身長・体重・嗜好品等			
・身長/体重 (cm/ kg) ・喫煙 (本) × (年)			
・飲酒 (合/1日) ・その他 ()			
③服用している薬剤			

担当医 殿

私は、口腔機能管理について、

*説明された内容を理解し、納得しましたので歯科への依頼に同意します。

年 月 日 患者本人: _____

親族/代理者: _____ (続柄)

(親権者などの親族、または代諾者)

〒

海老名総合病院 周術期管理チーム

担当医： 小泉 正樹

年 月 日

(当院 ID)

紹介状・診療情報提供書（Ⅰ）

（フリガナ） 患者氏名	性別	生年月日
住所	TEL	
<p>【紹介目的】 周術期口腔機能管理</p> <p>【病名】 周術期口腔機能管理中</p> <p>【症状経過および検査結果・治療経過】 平素よりお世話になっております。 年 月 日、当院 科にて 施工予定 の方です。 月 日より入院となります。</p> <p>手術にあたり、 <input type="checkbox"/>歯周治療（SC） <input type="checkbox"/>TBI（セルフケア能力向上） <input type="checkbox"/>齶蝕治療（手術前に完了できるもの） <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>上記につきまして、ご対応頂ければ幸いです。 ご多用中のところ誠に申し訳ありませんが、よろしくお願いたします。</p> <p>〒243-0433 神奈川県海老名市河原口 1320 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院 TEL：046-233-1311（代表）</p>		
【返信欄】		

周術期口腔機能管理計画書

ID

患者氏名 _____ 様

【主病名】

主病名: _____

基礎疾患 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

脳卒中 その他(_____)

生活習慣 飲酒(_____) 喫煙 _____ 本/日

【手術等の予定】

<input type="checkbox"/> 入院		予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 手術	手術名: _____	手術日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 化学療法	薬剤名: _____	開始日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

【口腔内の現状】

口腔衛生状態 良 可 不良
 口腔乾燥 有 無
 その他 (_____)

要治療部位 有 無
 味覚障害 有 無

【手術等により予測される変化】

口腔乾燥
 嚥下障害・咀嚼障害
 歯牙の欠損
 修復物の脱離
 口腔内の裂創(舌・口唇・頬の粘膜)
 口内炎
 義歯の不適合
 開口障害
 その他(_____)

【化学療法により予測される口腔内の変化】

口内炎
 口腔乾燥
 味覚障害
 カビ/ウイルスの感染
 顎の感染や壊死
 その他(_____)

【周術期口腔機能管理の実施予定】

実施 予定日	手術(治療)前 年 月 日	手術(治療)前 年 月 日	手術(治療)後 年 月 日	手術(治療)後 年 月 日	退院後 予約に基づき実施
場所	外来・往診	外来・往診	外来・往診	外来・往診	外来
実施 予定内容	口腔清掃 指導 他(_____)	口腔清掃 指導 他(_____)	口腔内確認 消毒 他(_____)	口腔清掃 指導 他(_____)	口腔清掃 指導 他(_____)

管理計画策定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

以上の説明を受け、周術期口腔機能管理の実施に同意します。

署名 _____

保険医療機関名 : 社会医療法人 ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院
 所在地 : 神奈川県海老名市河原口1320番地
 連絡先 : 046-233-1311 歯科口腔外科
 歯科医師 : _____
 歯科衛生士 : _____

周術期口腔機能管理報告書(I ・ II ・ III)

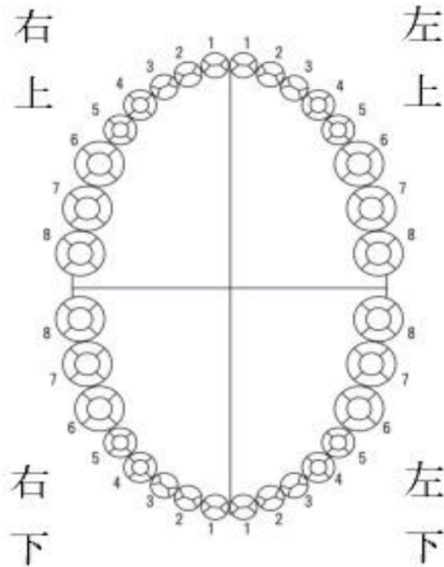
年 月 日

ID

患者氏名

様 (男・女)

【口腔内の状態】



- ・口腔衛生状態 良好 普通 不良
- ・むし歯 なし あり
- ・欠損歯 なし あり
- ・歯の動揺 なし あり
- ・歯肉の状態 問題なし 問題あり
(発赤・腫脹・出血・排膿・その他())
- ・歯石の付着 なし あり
- ・舌苔の付着 なし あり
- ・口内炎 なし あり
- ・口腔乾燥感 正常 乾燥 粘稠 流涎
- ・義歯使用 有 無
- ・義歯の清掃状態 良好 普通 不良
- ・味覚障害 なし あり
- ・その他 ()

【実施内容】

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯周基本検査 | <input type="checkbox"/> 歯石除去 | <input type="checkbox"/> 歯面清掃 | <input type="checkbox"/> セルフケア指導 |
| <input type="checkbox"/> 抜歯 | <input type="checkbox"/> 歯の固定 | <input type="checkbox"/> むし歯治療 | <input type="checkbox"/> 義歯の調整 |
| <input type="checkbox"/> 義歯洗浄 | <input type="checkbox"/> その他 () | | |

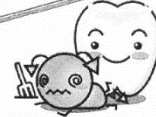
【その他の必要な口腔ケア指導内容】

歯科医師 :

歯科衛生士 :

※ご入院中は処置ごとに“外来医療費のご案内”が届きます
お支払いは8番窓口または自動精算機にてその都度もしくは退院時にまとめてお支払い可能です

手術を受ける患者さんへ



当院では全身麻酔手術を受けられる患者さんに対して手術前後に『**周術期の口腔管理**』を実施しております。

※周術期とは・・・入院、麻酔、手術、回復といった患者の術中だけでなく前後の期間を含めた一連の期間をいいます。一般に手術に必要な3つの段階、術前、術中、術後が含まれます。

- ◇お口の中には約**100億個**以上の細菌がいるといわれています
- ◇歯の表面に付着する『**歯垢（しこう）**』は、食べカスではなく、『**細菌のかたまり**』です
- ◇『**歯垢**』はうがいで取り除くことができません
- ◇手術前後に『**口腔管理**』をすることで、『**歯垢**』や『**歯石（歯垢が固まったもの）**』をできる限り除去しお口の中を清潔に保つことが目的です
- ◇歯のない方も、粘膜の状態を確認し、入れ歯を含めた口腔内の管理を指導いたします

【口腔管理で得られる効果】



1. 術後の肺炎予防

お口の中の細菌が肺に入ると肺炎をおこします。
特に手術後で抵抗力が下がった患者さんには発症のリスクが高くなります。
また全身麻酔の手術では挿管チューブとともに、口腔内の細菌が気管に押し込まれて肺炎が起きる可能性があります。

2. 手術部位の感染予防

唾液とともに飲み込んだ口腔内細菌が手術した部位に感染することにより、治癒が遅れる可能性があります。

3. 口腔疾患（乾燥・口内炎等）の予防

4. 全身麻酔の挿管時に問題となる、ぐらつきのある歯を発見することができる

特に前歯が著明にぐらついている場合には、手術の前に抜歯や固定を行う必要があります。

周術期の口腔管理を行うことにより、手術後の感染を減らすことができ、結果的に患者さんの早期退院につながりますので、手術前後に『**口腔管理**』を受けられることをお勧めします。



《費用について》

専門的口腔ケア（保険診療）を行うことにより、患者さんのご負担が増えます
(一連の治療費概算)

自己負担	3割	1万円 ~ 1万3千円程度
自己負担	1割	3千円 ~ 6千円程度

※入院治療費には、含まれません。予めご了承下さい。

◎ご不明な点は、主治医又はクラークにお声かけ下さい。

歯科口腔ケアについての説明書・同意書

がんや心臓の手術前後にむし歯や歯周病を治しておく、術後の合併症（誤嚥性肺炎、感染性心内膜炎など）や感染症を減らしたり、入院期間を短くすることにつながります。また、退院後もお口のケアを続けることで生活の質も改善されます。

歯科口腔ケアを受けるには

- ・かかりつけの歯科医院があれば、そちらに往診を依頼されてもかまいません。
- ・かかりつけの歯科医院が病院へ往診できない場合や、かかりつけがない場合は、当院から横須賀市歯科医師会の連携登録医（※）へ依頼します。依頼された歯科医院は患者さんの病室へ往診し、診察と処置を行います。

※【 横須賀市歯科医師会は連携登録医制度を推奨しています 】

連携登録医とは、「神奈川県がん患者医科歯科医療連携講習会」や「横須賀市歯科医師会病診連携登録医講習会」を受け、がん治療や心臓血管手術を安全に受けるための口腔ケアや歯科治療についての知識の習得や研鑽をつんだ歯科医師です。疾患の治療中でも安心して口腔ケア・歯科治療を受けることができるように、主治医と連携をとりながら治療していきます。

費用について

- ・治療費は保険適応です。そのため当院から歯科医院へ患者さんの保険証の情報を伝えます。ご了承ください。
- ・歯科医院への費用は病院と別会計です。歯科医院へ直接お支払いください。
- ・当院から歯科医へ依頼するときに診療情報提供料がかかります。また歯科医院より当院の主治医へ周術期口腔機能管理報告書を提供する際にも診療情報提供料がかかります。

平成 年 月 日

説明医師 _____

担当看護師 _____

同意書

上記内容について説明を了解いたしました。

歯科口腔ケアを受けることに 同意します ・ 同意しません

平成 年 月 日

氏名 _____

代諾者 _____ (本人との関係 _____)

本人が未成年の場合は親権者、成年で署名不可能な場合は家族などの代諾者が署名してください。承諾後も質問や同意の取り消しができます。変更による診療上の不利益はありません。またセカンドオピニオン、患者支援室や精神科医師による支援やカウンセリングを希望する場合はお申出ください。

患者紹介事前カルテ作成状

【ファクシミリ用】

紹介先医療機関名 _____
科 _____ 先生 御机下

受診希望日 _____ 月 _____ 日 () _____ :

公費負担者番号										
公費負担医療の 受給者番号										

労災・自賠責・その他()

負担割合(割)

フリガナ

患者氏名 _____ 男 ・ 女

生年月日 《 M ・ T ・ S ・ H 》 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (歳)

住所 _____

電話番号 () _____

携帯番号 () _____

貴院への受診歴 (有 ・ 無 ・ 不詳)

紹介元医療機関 _____ 横須賀市立うわまち病院

住 所 _____ 横須賀市上町2丁目36番地

医 師 名 _____

TEL _____ 046 (823) 9302 【連携室直通】

FAX _____ 046 (823) 9654 【連携室直通】

患者様が当院でお待ちですので連絡ください

患者様に直接連絡して下さい

本日これから転院です

予約済みです

年 _____ 月 _____ 日

上記の方について、よろしくお願い致します

診療情報提供書

@SYSDATE

先生 御待史

横須賀市立うわまち病院
@USERSECTION @USERNAME

患者情報	@PATIENTNAME (@PATIENTNAMEKANA) (ID: @PATIENTID)						
診断・主訴							
既往歴・家族歴							
臨床情報など	<p>紹介目的 平素より大変お世話になっております。患者さんは当院にて以下の治療を予定しております。</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> がん手術</td><td><input type="checkbox"/> 心臓血管手術</td><td><input type="checkbox"/> 脳血管手術</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 抗がん剤治療・放射線治療</td><td><input type="checkbox"/> 緩和ケア</td><td><input type="checkbox"/> 往診依頼</td></tr></table> <p>口腔合併症のリスク軽減のため、以下の歯科治療を貴院にてお願いしたく存じます。 ご多忙の折、恐縮に存じますが何卒宜しくお願い申し上げます。</p> <p>依頼歯科処置</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1) 誤嚥性肺炎の予防として 口腔内清掃・歯石除去・口腔衛生指導などの口腔ケア<input type="checkbox"/> 2) 感染性心内膜炎の予防として（心臓血管外科手術） 口腔内清掃・歯石除去・含漱指導・口腔衛生指導などの口腔ケア 心臓疾患に応じて抗生剤の予防投与<input type="checkbox"/> 3) 口腔粘膜炎の予防として（抗がん剤・放射線治療） 口腔内清掃・歯石除去・含漱指導・口腔衛生指導などの口腔ケア<input type="checkbox"/> 4) 全身麻酔導入、ことに気管チューブ挿管に際して破折・脱落のおそれがある動揺歯の処置として 動揺歯の応急的な固定 必要に応じて抜歯	<input type="checkbox"/> がん手術	<input type="checkbox"/> 心臓血管手術	<input type="checkbox"/> 脳血管手術	<input type="checkbox"/> 抗がん剤治療・放射線治療	<input type="checkbox"/> 緩和ケア	<input type="checkbox"/> 往診依頼
<input type="checkbox"/> がん手術	<input type="checkbox"/> 心臓血管手術	<input type="checkbox"/> 脳血管手術					
<input type="checkbox"/> 抗がん剤治療・放射線治療	<input type="checkbox"/> 緩和ケア	<input type="checkbox"/> 往診依頼					
備考							

カルテ No

名前

生年月日 / / 生：性別 男・女

周術期等口腔機能管理計画書

患者氏名（またはご家族） _____ 様（続柄 _____）

基礎疾患の状態	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
生活習慣	<input type="checkbox"/> 飲酒（ _____ ） <input type="checkbox"/> 喫煙（ _____ 本 × _____ 年） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
主病の治療予定 （手術日時）	<input type="checkbox"/> がん手術 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科手術 <input type="checkbox"/> 脳血管外科手術 <input type="checkbox"/> その他の手術 <input type="checkbox"/> 化学療法・放射線療法・BP 製剤 <input type="checkbox"/> 緩和ケア （平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日・未定）
口腔内の状態	<input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 義歯不適合 <input type="checkbox"/> 歯の動揺 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 粘膜炎 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
口腔内機能管理計画	<input type="checkbox"/> 歯垢・歯石除去 <input type="checkbox"/> 舌清掃 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 義歯調整 <input type="checkbox"/> う蝕処置 <input type="checkbox"/> その他（粘膜炎管理） ※入院後は術前・後の口腔ケア
必要なセルフケア	<input type="checkbox"/> ブラッシング <input type="checkbox"/> うがい指導 <input type="checkbox"/> 義歯管理 <input type="checkbox"/> 保湿 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
その他（服用薬 等）	
医療機関の住所・名称	横浜市金沢区・横須賀市歯科医師会 電話 _____ FAX _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

歯科医師 _____ ⑩

カルテ No

名前

周術期等口腔機能管理報告書 I・III

生年月日 / / 生:性別 男・女

患者氏名(またはご家族) _____ 様(続柄 _____)

基礎疾患の状態	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
主病の治療予定 (手術日時・抗がん剤・放射線開始日時・緩和)	<input type="checkbox"/> がん手術 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科手術 <input type="checkbox"/> 脳血管外科手術 <input type="checkbox"/> その他の手術 <input type="checkbox"/> 化学療法・放射線療法・BP 製剤 <input type="checkbox"/> 緩和ケア (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日・未定)
口腔内の状態	<input type="checkbox"/> 菌周炎 <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 義歯不適合 <input type="checkbox"/> 菌の動揺 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 粘膜炎 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
口腔内処置内容	<input type="checkbox"/> 菌垢・菌石除去 <input type="checkbox"/> 舌清掃 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 義歯調整 <input type="checkbox"/> う蝕処置 <input type="checkbox"/> その他(粘膜炎の管理)
必要なセルフケア	<input type="checkbox"/> ブラッシング <input type="checkbox"/> うがい指導 <input type="checkbox"/> 義歯管理 <input type="checkbox"/> 保湿 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
その他(服用薬 等)	
医療機関の住所・名称	横浜市金沢区・横須賀市歯科医師会 電話 _____ FAX _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

歯科医師 _____ ④

付録

～医療従事者向け～

IV. 付録 ～医療従事者向け～

1. がん診療連携登録歯科医

昨今、様々な全身疾患の治療に、医科と歯科の連携が強く望まれており、がん患者さんに対しても、がん治療を開始する前から歯科と連携し、口腔内の評価、口腔内清掃、ブラッシング指導等を行うようになってきた結果、がん治療中に伴う口腔内トラブルの急性化の予防ばかりでなく、局所合併症や肺炎の発症頻度低下というがん治療成果そのものへの貢献も証明されつつあります。がん診療連携登録歯科医とは、日本歯科医師会が主催する「全国共通がん医科歯科連携講習会」を受講し、がん患者さんへのお口のケアや歯科治療についての知識を習得した歯科医師のことです。

がん診療連携登録歯科医は、[神奈川県歯科医師会HP](#)及び[国立がん研究センターがん情報サービス](#)にて次のように掲載されております。

◆神奈川県歯科医師会HP 掲載内容

(URL : <https://www.dent-kng.or.jp/iryou/gankanjya/>)

診療所名	所在地	電話番号	連携 1	連携 2	連携 3
〇〇歯科医院	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	●	●	●

連携1の欄の●印は、「手術前患者を対象とした歯科治療と口腔ケア」

連携2の欄の●印は、「手術後がん化学療法等を受けている患者を対象

とした歯科治療と口腔ケア」

連携3の欄の●印は、「終末期・在宅がん患者を対象とした

歯科治療と口腔ケア」

◆国立がん研究センターがん情報サービス 掲載内容

(URL : https://ganjoho.jp/med_pro/med_info/dental/dentist_search.html)

市区町村・町名	診療所名	氏名
〇〇市〇区〇〇町	〇〇〇歯科クリニック	〇〇 〇〇

※詳細は、神奈川県歯科医師会 (Tel045-681-2172) にお問合せください。

2. がん診療連携拠点病院・がん診療連携指定病院一覧

(平成31年4月1日時点)

二次医療圏	名称	A	B	C
横浜北部	独立行政法人 労働者健康福祉機構 横浜労災病院 (港北区)		○	
	昭和大学横浜市北部病院 (都筑区)		○	
	恩賜財団 済生会横浜市東部病院 (鶴見区)		○	
	昭和大学藤が丘病院 (青葉区)			○
横浜西部	神奈川県立がんセンター (旭区)	○		
	横浜市立市民病院 (保土ヶ谷区)		○	
	一般財団法人神奈川県警友会 けいゆう病院 (西区)			○
	独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター (戸塚区)			○
横浜南部	公立大学法人横浜市立大学附属病院 (金沢区)		○	
	横浜市立みなと赤十字病院 (中区)		○	
	公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター (南区)		○	
	国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 (金沢区)			○
	恩賜財団 済生会横浜市南部病院 (港南区)			○
川崎北部	聖マリアンナ医科大学病院 (宮前区)		○	
	医療法人社団三成会 新百合ヶ丘総合病院 (麻生区)			○
川崎南部	川崎市立井田病院 (中原区)		○	
	関東労災病院 (中原区)		○	
	川崎市立川崎病院 (川崎区)			○
相模原	北里大学病院 (南区)		○	
	神奈川県厚生農業協同組合連合会 相模原協同病院 (緑区)		○	
	独立行政法人国立病院機構 相模原病院 (南区)			○
横須賀・三浦	国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 (横須賀市)		○	
	湘南鎌倉総合病院 (鎌倉市)			○
湘南東部	藤沢市民病院 (藤沢市)		○	
	茅ヶ崎市立病院 (茅ヶ崎市)			○
湘南西部	東海大学医学部附属病院 (伊勢原市)		○	
	国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 (平塚市)			○
	平塚市民病院 (平塚市)			○
県央	大和市立病院 (大和市)		○	
県西	小田原市立病院 (小田原市)		○	

A 都道府県がん診療連携拠点病院、B 地域がん診療連携拠点病院、C 神奈川県がん診療連携指定病院

3. 神奈川県歯科医師会「緩和ケア研修会」修了者について

緩和ケアとは、がんと診断されたときの精神的なつらさ、治療に伴う痛み、就業や経済的負担に対する不安等、がんの状態や治療時期に関係なく、がんと診断されたときから感じるからだところの痛みを和らげることであり、その対象者はがん患者だけでなく、その家族等も含まれます。

神奈川県歯科医師会では、緩和ケアを担う人材の育成を図るため、平成28年度より「緩和ケア研修会」を開催しております。

神奈川県歯科医師会「緩和ケア研修会」の修了者(歯科医師のみ)は、神奈川県のホームページで、平成31年4月以降に公開される予定です。

The poster features a central illustration of a man with glasses working on a laptop. Below this, a green arrow points to a central blue circle containing the text "集合研修へ!" (To group training!). Surrounding this central circle are four smaller blue circles, each depicting a different training activity: "小グループ討議" (Small group discussion), "講義" (Lecture), "ロールプレイ" (Roleplay), and "e-ラーニングを受けてから..." (After e-learning...). At the bottom, there is a search bar with the text "PEACE 緩和ケア" and a magnifying glass icon, with the URL "(https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html)" below it. The footer contains contact information for the JSPM (Japan Society for Palliative Medicine) regarding e-learning courses.

2018年 緩和ケア研修会が
変わりました

e-ラーニングを受けてから…

集合研修へ!

小グループ討議

講義

ロールプレイ

PEACE 緩和ケア

(<https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html>)

【e-ラーニング受講に関するお問い合わせ】
厚生労働省委託 がん等における新たな緩和ケア研修等事業 e-learning 管理担当
特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 (e-peace@jspm.ne.jp)まで

JSPM

4. がんサポートハンドブック

【連携パスの利用方法】

利用の開始は？

手術などの専門的な治療を行った病院の主治医などが、医療連携があなたの診療に適しているかを検討し、あなたやご家族に十分に説明し、同意を得た上で連携パスの利用を開始します。なお、連携先の医療機関（かかりつけ医）には、あらかじめあなたが受診されることを伝えます。

診察・検査の時は？

手術などの治療を受けた病院へは、半年や一年毎に、定期的に受診していただきます。日常の診療や症状が落ち着いているときの服薬処方などは、かかりつけ医が行います。ちょっとしたことでも、かかりつけ医に相談することができます。

受診される場合は、必ず連携パスを持参し、提示してください。手術などの治療を受けた病院やかかりつけ医以外の医療機関を受診される場合も、記載されている情報が役立ちますので、お持ちいただくことをお勧めします。

～がん治療と歯科～

治療前に歯科治療やお口のクリーニングを受け、お口の衛生状態を良くすることは、手術や治療を円滑にすすめることに役立ちます。また、治療中や治療後も必要に応じて医師と相談し歯科を受診し、お口の健康を保ち、しっかり栄養を取りましょう。

○ がんの手術では・・・

⇒ 全身麻酔を行う手術では、人工呼吸のための管をお口から入れます。このとき、お口の中の細菌が原因で手術後に肺炎などの合併症を引き起こしたり、グラグラしている歯が抜ける可能性があります。

○ 抗がん剤治療では・・・

⇒ 多くの抗がん剤治療では、お口の粘膜もダメージを受け、口内炎などが起こることがあります。

○ 頭頸部の放射線治療では・・・

⇒ 口内炎・唾液の減少・むし歯になりやすくなるといった副作用が現れます。また、治療後は、抜歯などの外科処置が難しくなります。

出典：神奈川県 がんサポートハンドブック、平成30年2月

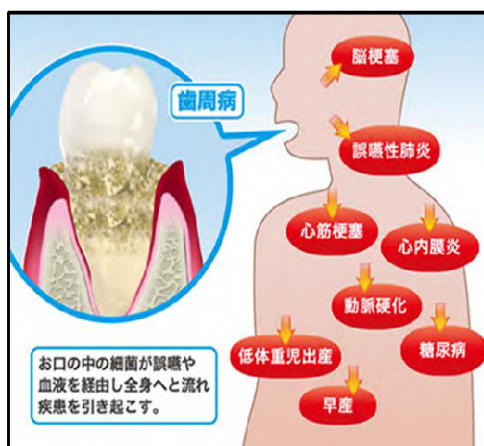
5. 神奈川県医療連携手帳 歯科項目記載

お口のケアを大切に ～歯科受診の勧め～

がん治療を受けられた皆さんは、治療中に「口が渇く」「食事の味が変わった」「歯がしみる」「歯肉から血が出る」そして「口内炎で食事がとれない」などの様々な症状を経験しませんでしたか。また現在もそのような症状が続いている方もいらっしゃるかもしれません。その原因としては手術・化学療法・放射線治療などの影響でお口の環境が変わったことが考えられます。

がん治療後はすみやかに主治医と相談し、かかりつけ歯科医を受診、もしくはがん相談支援センターなどでお近くの歯科医院を紹介してもらい、まずは歯科医にお口の状態のチェックを受け、必要があれば歯科治療を受けましょう。

お口のケアは、むし歯や歯周病予防のためだけでなく、全身の健康を守るためにもとても大切です。お口の状態を良好に保つことは発がんとの関連も指摘されており、糖尿病をはじめとした生活習慣病の予防や治療にも効果があることが分かっています。また骨への転移を抑制する薬剤が投与されている患者さんや、首から上の放射線治療を受



出典：日本臨床歯周病学会 HP

けた患者さんは歯科治療に慎重な対応が求められ、医師と歯科医師との緊密な連携が必要です。そして何よりも美味しい食事をお口から食べることが出来れば、栄養状態も改善し生きる力になります。また必要により手術や化学療法、放射線治療を開始する場合にも普段からお口のケアを大切にしていると円滑に治療を進めることができます。

お口の健康は、全身の健康につながります。

【医科→歯科へ】

疾患名： _____

手術： 実施（手術名 _____、 年 月 日）

化学療法： 実施（ 年 月 日～ 年 月 日）

放射線療法： 実施（ 年 月 日～ 年 月 日）

照射部位 口腔含む 口腔含まない

照射量： ____回、 ____Gy

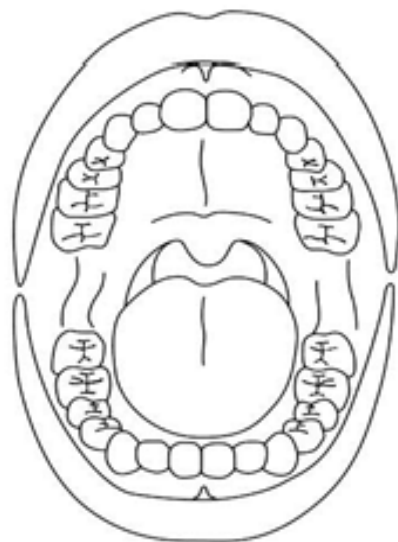
骨代謝回転抑制剤： 実施（ 年 月 日～ 年 月 日）

薬剤名： _____

現在の処方： _____

備考(治療上の問題点・注意点等)

【歯科→医科へ】



かかりつけ歯科医名

もしくは※がん診療連携登録歯科医名

診査日 年 月 日

口腔清掃状態 良 普通 不良

口腔粘膜の状態

良 ・ 要観察 ・ 要精検
(部位)

口腔粘膜疾患 有 ・ 無 (部

位)

むし歯 要治療歯 本

歯周病 歯肉炎 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度

動揺歯 有 ・ 無 (部位)

口腔乾燥 有 ・ 無

備考(治療上の問題点・注意点等)

※がん診療連携登録歯科医とは、日本歯科医師会と国立がん研究センターが定めた所定の研修会を受講した歯科医師のことです。がん診療連携登録歯科医は、国立がん研究センターがん対策情報サービスや病院のがん相談支援センターで確認することができます。

日付	注意事項等

6. 地域の在宅歯科医療連携室 連絡先一覧

お住まいの市町村	連携室名称	電話番号
横浜市(下記以外)	横浜市地域連携室	0120 - 814 - 594
横浜市西区	西区在宅歯科医療相談室	080 - 3696 - 2676
横浜市金沢区	金沢区在宅医療相談室	045 - 782 - 5031
横浜市旭区	旭区在宅歯科医療連携室	080 - 7799 - 7480
横浜市泉区	泉区在宅歯科医療連携室 歯科訪問診療相談室	045 - 410 - 6250
横浜市港北区	港北区在宅歯科相談室	045 - 543 - 5510
横浜市青葉区	青葉区在宅歯科医療地域連携室	070 - 1540 - 6296
横浜市鶴見区	つるみ区歯科医療連携相談室	070 - 4039 - 2626
川崎市	川崎市歯科医師会在宅歯科医療地域連携室(会館)	0120 - 390 - 418
	川崎市歯科医師会在宅歯科医療地域連携室(百合丘)	044 - 966 - 2261
相模原市	相模原市歯科医師会地域連携室	042 - 707 - 8015
横須賀市、三浦市	横須賀市歯科医師会在宅歯科医療連携室	046 - 823 - 0022
逗子市、葉山町	逗葉歯科医師会在宅歯科医療連携室	046 - 872 - 3577
鎌倉市	鎌倉市歯科医師会在宅歯科医療連携室	0467 - 38 - 8970
藤沢市	藤沢市地域連携室	0466 - 88 - 3203
大和市、綾瀬市	(一社)大和歯科医師会在宅歯科医療地域連携室	046 - 263 - 0686
茅ヶ崎市、寒川町	茅ヶ崎歯科医師会在宅歯科医療地域連携室	0467 - 54 - 0993
平塚市、大磯町、 二宮町	平塚歯科医師会地域連携室	0463 - 26 - 8255
小田原市、箱根町、 真鶴町、湯河原町	(一社)小田原歯科医師会地域支援歯科連携室	0465 - 49 - 1319
厚木市、愛川町、 清川村	(一社)厚木歯科医師会在宅歯科地域連携室	046 - 221 - 8733
海老名市	(一社)海老名市歯科医師会在宅歯科医療地域連携室	046 - 231 - 1939
座間市	(一社)座間市歯科医師会在宅歯科医療地域連携室	046 - 255 - 5577
秦野市、伊勢原市	秦野伊勢原在宅歯科医療地域連携室	0463 - 80 - 3118
南足柄市、中井町 大井町、松田町 山北町、開成町	(一社)足柄歯科医師会地域医療連携室	0465 - 74 - 4185

7. 口腔健康管理とは

口腔健康管理			
口腔機能管理	口腔衛生管理	口腔ケア	
		口腔清潔等	食事への準備等
項目例		項目例	
う蝕処置 感染根管処置 口腔粘膜炎症処置 歯周関連処置* 抜歯 ブリッジや義歯等の処置 ブリッジや義歯等の調整 摂食機能療法 など	バイオフィルム除去 歯間部清掃 口腔内洗浄 舌苔除去 歯石除去等 など	口腔清拭 歯ブラシの保管 義歯の清掃・着脱・保管 歯磨き など	嚥下体操指導(ごっくん体操など) 唾液腺マッサージ 舌・口唇・頬粘膜ストレッチ訓練 姿勢調整 食事介助 など

* 歯周関連処置と口腔衛生管理には重複する行為がある

出典：日本歯科医師会 口腔健康管理に関するシンポジウム リーフレットより

神奈川県におけるがん診療医科歯科連携ガイドブック 製作関係者

本ガイドブックは、平成30年度がん診療医科歯科連携検討委員会での討議を経て作成致しました。そのメンバーは次のとおりです。

役職	氏名	所属・職名
委員長	阿部 智彦	一般社団法人神奈川県歯科医師会 地域保健委員会 副委員長
委員	金森 平和	神奈川県がん診療連携協議会 会長 神奈川県立がんセンター 企画情報部長
委員	渡辺 和栄	神奈川県がん診療連携協議会 横浜市立みなと赤十字病院医療連携センター退院支援看護師
委員	笹生 正人	公益社団法人神奈川県医師会 理事 笹生循環クリニック 院長
委員	新納 憲司	公益社団法人神奈川県病院協会 常任理事 特定医療法人財団慈啓会 大口東総合病院 理事長
委員	光永 幸代	神奈川県立がんセンター 歯科口腔外科
委員	堀江 彰久	関東労災病院 歯科口腔外科 部長
委員	堀内 俊克	済生会横浜市東部病院 歯科口腔外科 部長
委員	岩渕 博史	神奈川歯科大学 顎顔面病態診断治療学講座 准教授
委員	小瀧 由貴	鎌倉保健福祉事務所 保健福祉課 歯科衛生士
委員	鴨志田 義功	一般社団法人神奈川県歯科医師会 副会長
委員	鈴木 信治	一般社団法人神奈川県歯科医師会 理事
委員	吉田 直人	一般社団法人横浜市歯科医師会 副会長
委員	宮田 利郎	一般社団法人横須賀市歯科医師会 理事
委員	濱 卓至	神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課 課長
オブザーバー	高橋 秀岳	一般社団法人神奈川県歯科医師会 地域保健委員会 委員
	大持 充	一般社団法人神奈川県歯科医師会 地域保健委員会 委員
	吉田 耕一	一般社団法人神奈川県歯科医師会 地域保健委員会 委員
	荒井 眞一	一般社団法人神奈川県歯科医師会 地域保健委員会 委員

神奈川県におけるがん診療医科歯科連携ガイドブック

発行日：平成 31 年 3 月 29 日

発行者：一般社団法人神奈川県歯科医師会

〒231-0013 神奈川県横浜市中区住吉町 6-68

TEL：045-681-2172/FAX:045-681-2426