

## 患者さんの口腔管理を考える ～周術期口腔機能管理の重要性について～

岡山大学病院 中央診療施設 医療支援歯科治療部  
曾我 賢彦

2022/3/13 10:10～11:40  
岡山県・岡山県歯科医師会 がん医科歯科連携研修会

1

## 最近ある日突然やってくる紹介状持参患者

〇〇歯科医院  
院長先生 侍史

〇〇病院 □□外科  
△△ △△

平素より大変お世話になっております。  
この度、当院にて、〇月〇日に××の手術を施行することとなりました。  
つきましては、貴科的評価ならびに必要な治療、口腔ケアをお願いいたしたく存じます。  
何卒よろしくお願い申し上げます。

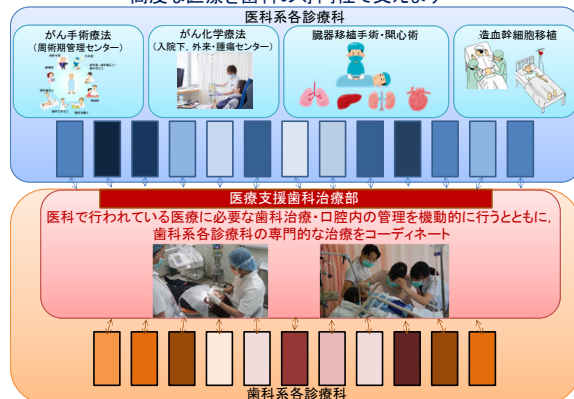
2

## 岡山大学病院 医療支援歯科治療部



3

## 高度な医療を歯科の専門性で支えます



4

## 周術期とは

(1) 周術期等口腔機能管理計画策定料は、がん等に係る手術、放射線治療、化学療法又は緩和ケアにおける一連の治療（以下「周術期等」という。）において、患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書（以下「依頼文書」という。）による依頼に基づき…

歯科領域では、この診療報酬が新設されたことにより、放射線治療や化学療法についても周術期と呼ばれることが多くなってしまっていますが、

周術期とは、手術が決定した外来から入院、麻酔・手術、術後回復、退院・社会復帰までの、患者さんの術中だけでなく手術前後を含めた一連の期間のことです。

5

## 周術期に歯科医療者はどう役立つか


6

### 周術期管理センターのご案内

- 周術期管理センターは岡山大学病院が始めた新しい取り組みです。
- 手術を受けられる患者さまを外来からチーム医療でサポートします。


**麻酔科医**

・安全、安心、快適な手術のための責任者




**歯科医・歯科衛生士・  
歯科技工士**

・合併症予防のための口の中の大掃除・歯の治療  
・麻酔の時に歯が折れないようにするプロテクターの検討




**看護師**

・お身体の状態を確認  
・麻酔と手術のオリエンテーション  
・手術後の痛みに関する説明  
・熱様支援




**薬剤師**

・手術に向けた薬の確認と説明



**理学療法士**

・手術前の呼吸訓練  
・手術後のリハビリをサポート



7



8



9

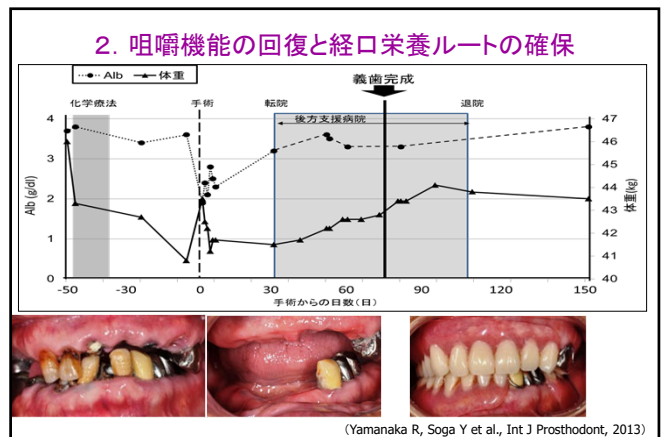
### 周術期医療における歯科介入の目的

- 手術前の菌性感染巣の精査と除去，および歯髄炎など歯に起因する急性痛などによる周術期障害の防止
- 咀嚼機能の回復と経口栄養ルートの確保
- 気管挿管時の歯の損傷の予防
- 気管挿管前の専門的な口腔清掃，術後ICUにおける口腔ケア
- 摂食・嚥下機能評価，訓練

10

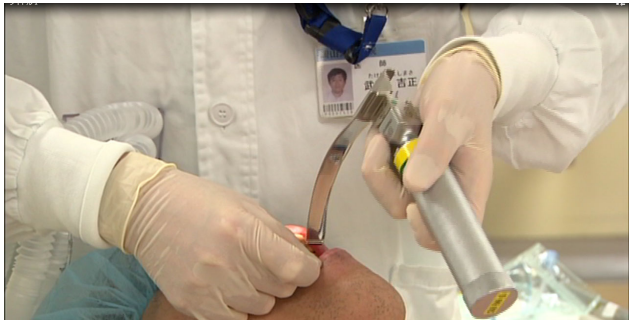
### 1. 手術前の菌性感染巣の精査と除去，および歯髄炎など歯に起因する急性痛などによる周術期障害の防止

11



12

### 3. 気管挿管時の歯の損傷の予防



13

### 挿管時に歯の損傷を来した症例



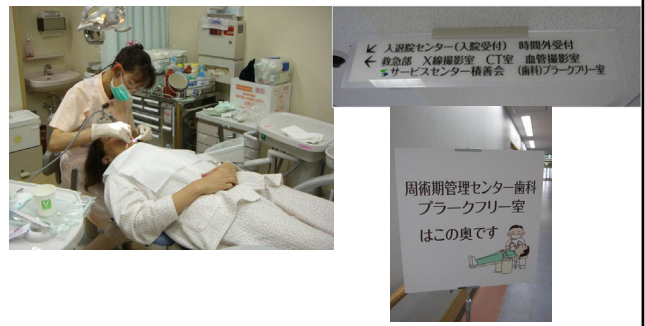
14



歯の損傷を防ぐためのプロテクター作成

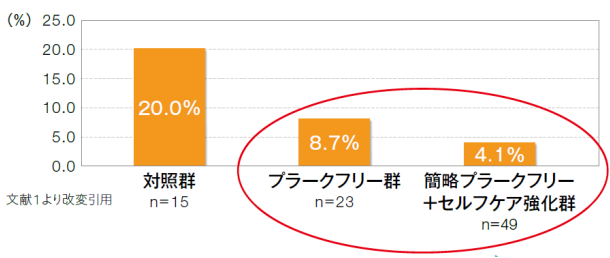
15

### 4. 気管挿管前の専門的な口腔清掃, 術後ICUにおける口腔ケア



16

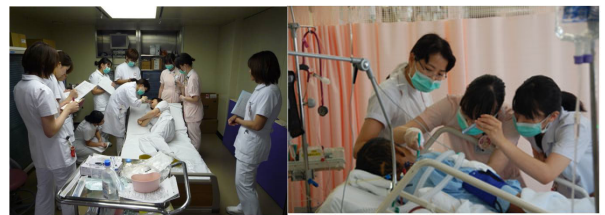
図1 食道がん手術後肺炎の発症頻度(兵庫医科大学病院)



文献1より改変引用

(岸本ら, エキスパートナース, 2012)

17



18

## 5. 摂食・嚥下機能評価, 訓練



19

## 医学部・医科大学附属病院における医科歯科連携の取組 (H27.9時点) ②

<独立した部門を設置している16病院> (出典: 歯科保健課調べ)

NO	医科大学 (医学部) 附属病院名称	部門名	当該部門の 責任者の 職階	当該部門に連携する医科の施設 (部門) に属する 歯科医師の人数	当該部門に属する科 ( ) の数は業務連携 する人数	設置時期
4	東北大学病院	歯科口腔支援センター	主任医師 (少児歯科担当)	歯科医師 1 (P5)	歯科衛生士 2、歯科技士 1	H27年4月
10	千葉大学医学部附属病院	歯科管理センター	医師	歯科医師 1 (P5)	歯科衛生士 2 (P5)、歯科技士 1 (P5)、歯学部学生 1 (P5)、歯学部職員 1 (P5)	H26年4月
18	高松大学医学部附属病院	口腔管理センター (口腔・嚥下ケアチーム)	歯科医師 (歯科口腔外科科)	歯科医師 2 (P2)	歯科衛生士 1 (P5)、歯科技士 1 (P5)、歯科衛生士 1 (P5)、歯学部職員 1 (P5)	H27年4月
22	三重大学医学部附属病院	口腔ケアセンター	主任医師 (歯科口腔外科科)	歯科医師 7 (P5)	歯科衛生士 14 (P5)	H25年6月
25	大阪大学医学部附属病院	歯科治療室	医師 (口腔顎顔面・頭頸部外科科)	歯科医師 1 (P5)	歯科衛生士 3	
26	神戸大学病院	上肢機能管理センター	医師 (整形外科科)	歯科医師 1 (P5)		H26年3月
29	岡山大学病院	歯科管理センター	医師 (歯科口腔外科科)	歯科医師 1 (P5)	歯科衛生士 2、歯科技士 1 (P5)	H27年1月
32	岐阜大学病院	口腔管理センター	主任医師 (歯科口腔外科科)	歯科医師 1 (P5)	歯科衛生士 2 (P5)、歯科技士 1 (P5)	H26年1月
36	九州大学病院	歯科口腔ケアセンター	主任医師 (歯科口腔外科科)	歯科医師 1 (P5)	歯科衛生士 1 (P5)、歯科技士 1 (P5)	H26年4月
38	京都大学病院	歯科口腔管理センター	管理部長 (教授又は准教授)	歯科医師、歯科衛生士、歯科技士 等		
41	岡山大学医学部附属病院	口腔健康推進センター	医師	歯科医師 1 (P5)		H24年9月
42	鹿児島大学病院	歯科口腔ケアセンター	歯科医師 (歯科口腔外科科)	歯科医師 2		H25年8月
50	奈良国立医科大学附属病院	歯科管理センター	医師 (歯科口腔外科科)	歯科医師 1 (P5)	歯科衛生士 1 (P5)、歯科技士 1 (P5)	H25年12月
53	山形県立大学附属病院	歯科管理センター	主任医師 (歯科口腔外科科)	歯科医師 2 (P5)	歯科衛生士 2、歯科技士 1 (P5)	H26年1月
64	東京大学医学部附属病院	歯科口腔ケアセンター (口腔機能管理部門)	管理部長 (教授又は准教授)	歯科医師 7 (P5)	歯科衛生士 3	H23年11月
75	近畿大学医学部附属病院	入院センター	医師 (P4)	歯科医師 1 (P5)	歯科衛生士 1 (P5)	H26年8月

(平成28年1月29日 厚生労働省 第4回歯科医師の需給問題に関するワーキンググループ 参考資料2)

20

## 現実的には

スクレーピングと口腔衛生指導に加え、咬合確保を目的とした可能な範囲の歯科治療を行っていただいただけと助かります。

義歯は術後早期回復の重要な道具になることがあります。術直後からの新製はとて難しいです。調整は結構できます。

ICU管理等の際、義歯安定剤は使えません。



21

## 一般的な齲蝕治療について

手術実施病院の歯科の立場からすると待機的診断は避けていただきたいです。

深部う蝕処置で症状が出たら抜髄  
→症状が出て抜髄を要するのは処置不可能な時期  
何もできないことがあります。

22

## 循環器系(心臓血管外科手術)の患者は注意が必要

・開心術か否か

開心術: 弁置換術、弁形成術  
心臓弁膜症がほとんど。可能なかぎり(でも無理はせず)菌性感染を除去しておいてほしい。

非開心術: 人工血管置換術、冠動脈バイパス術  
多くは動脈瘤や狭心症  
歯科治療のストレスによる循環器系への負荷による偶発症のリスク(狭心症、動脈瘤の破裂)と、手術の特性を考えると、術前は口腔衛生管理程度でよいと考えています。

23

## 心不全とは

心臓は全身に血液を送り出すポンプの働きをしています。心不全というのは病名ではなく、さまざまな心臓の病気の結果、このポンプの働きに障害が生じているような症状を引き起こしている状態を指すものです。

心不全では、健康な人なら何でもない平地歩行など、ちょっとした動作でも動悸や息切れがしたり、疲れやすくなる、さらには、せきやたんが止まらない、むくみが出るなどの症状が見られます。

急性心不全

心臓を養っている血管が詰まって血液が流れなくなり心筋が死んでしまう心筋梗塞や、突然発症した不整脈などによって急激にポンプの働きが弱まり短期間に悪化

慢性心不全

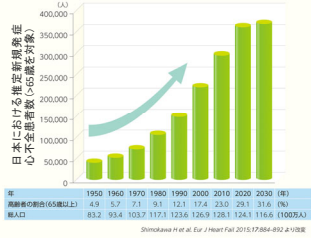
心筋症、高血圧や弁膜症などが原因で長年にわたって心不全症状を認める場合  
高血圧、脂質異常症(高コレステロール血症など)、糖尿病などの生活習慣病との関連性が高く、高齢になるほど発症する人が増加

(公益財団法人 日本心臓財団HPより)

24

## 超高齢社会で急増する心不全

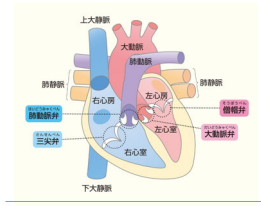
心不全の罹患率は高齢になればなるほど高くなる事が知られています。米国の研究によると、50歳代での慢性心不全の発症率は1%であるのに対し、80歳以上では、10%になることが報告されています。1980年以降、高齢化の一途をたどる我が国でも、近未来的に患者数の増加が続くと予想されており、こうした状況を、感染症患者の爆発的な広がりになぞらえて「心不全パンデミック」と呼ぶこともあります。



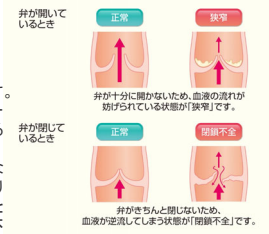
(公益財団法人 日本心臓財団HPより)

25

## 弁膜症による心不全



4つの弁のうち、異常が起こりやすいのは、心臓の左側にある僧帽弁と大動脈弁です。なぜなら、これらの弁には、全身に血液を送り出すために、常に大きな力がかかっているからです。



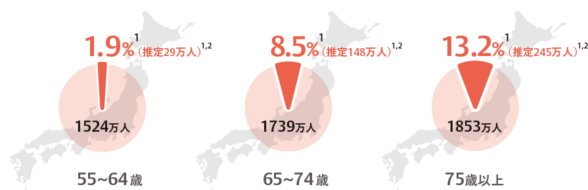
高齢者に多くみられるのが「大動脈弁狭窄症」です。左心室と大動脈の間にある大動脈弁が硬くなり、一部が石灰化して開きが悪くなるので、加齢による動脈硬化が一因といわれています。また、大動脈弁狭窄症に次いで心不全の原因となりやすい心臓弁膜症に「僧帽弁閉鎖不全症」があります。僧帽弁の閉まりが悪く、血液の程度が進むと心房細動などの不整脈が起きたり、肺うっ血、心不全などの症状が悪化します。

(公益財団法人 日本心臓財団HPより)

26

心臓弁膜症の有病率は、年齢とともに上がる傾向にあります。日本では、65~74歳で約150万人、75歳以上で約235万人の潜在患者がいると推測されます<sup>1,2</sup>。

### 心臓弁膜症の有病率



1: Nikomo VT, et al. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. Lancet. 2006;368:1005-11.  
2: 総務省統計局. 人口推計の結果の概要 令和2年4月推定(令和元年11月推定値). Available from: https://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/202004.pdf(アクセス日:2020年4月28日)

27

## 周術期のみならず、弁置換術後や弁膜症患者の歯科治療にあたって必読です！

2019年7月1日更新  
2018年3月23日発行

2016-2017年度活動

### 感染性心内膜炎の予防と治療に関するガイドライン (2017年改訂版)

Guidelines for Prevention and Treatment of Infective Endocarditis (JCS 2017)

合同研究会参加学会

日本循環器学会 日本心臓病学会 日本心エコー学会 日本胸部外科学会  
日本心臓血管外科学会 日本小児循環器学会 日本成人先天性心疾患学会  
日本脳卒中学会 日本感染症学会 日本化学療法学会

28

表 23 成人における IE の基礎心疾患別リスクと、歯科口腔外科手術に際する予防的抗菌薬投与の推奨とエビデンスレベル

IE リスク	推奨クラス	エビデンスレベル
<b>1. 高度リスク群 (感染しやすく、重症化しやすい患者)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>生体弁、機械弁による人工弁置換術患者、弁輪リング装置例</li> <li>IE の既往を有する患者</li> <li>複雑性先天性心疾患 (単心室、完全大血管転位、ファロー四徴症)</li> <li>体循環系と肺循環系の短絡造設術を実施した患者</li> </ul>	I	B
<b>2. 中程度リスク群 (必ずしも重症とならないが、心内膜炎発症の可能性が高い患者)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>ほとんどの先天性心疾患<sup>*1</sup></li> <li>後天性弁膜症<sup>*2</sup></li> <li>閉塞性肥大型心筋症</li> <li>弁逆流を伴う僧帽弁逸脱</li> </ul>	IIa	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>人工ペースメーカー、相込み型除細動器などのデバイス植込み患者</li> <li>長期にわたる中心静脈カテーテル留置患者</li> </ul>	IIb	C

エビデンス評価の詳細は「OQ4: 高リスク心疾患患者に対する歯科処置に際して抗菌薬投与は IE 予防のために必要か?」参照  
\*1 単独の心房中隔欠損症 (二次孔型) を除く  
\*2 逆流を伴わない僧帽弁狭窄症では IE のリスクは低い  
IE: 感染性心内膜炎

29

表 24 IE 高リスク患者における、各手技と予防的抗菌薬投与に関する推奨とエビデンスレベル

抗菌薬投与	状況	推奨クラス	エビデンスレベル
予防的抗菌薬投与を行うことを強く推奨する	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯科口腔外科領域: 出血を伴い歯血症を誘発するすべての根拠的牙科処置 (根管処置、歯科手術、歯周外科手術、インプラント手術、スケーリング、歯石除去術など)</li> <li>耳鼻科領域: 鼓膜穿孔術、アライメント矯正術</li> <li>心血管領域: ペースメーカーや植込み型除細動器の植込み術</li> </ul>	I	B
抗菌薬投与を行ったほうがよいと思われる	<ul style="list-style-type: none"> <li>局所感染源に対する殺菌的処置: 腫瘍ドレーナージや感染源への内視鏡検査、治療 (胆道閉塞を含む)</li> <li>心血管領域: 人工弁や心血管内に人工物を植込み込む手術、経皮的弁置換術: とくに人工弁症例</li> </ul>	IIa	C
予防的抗菌薬投与を行ってかわらない。ただし、IE の既往がある症例には予防的抗菌薬投与を推奨する	<ul style="list-style-type: none"> <li>消化管領域: 食道静脈瘤硬化療法、食道狭窄拡張術、大腸鏡や直腸鏡による粘膜生検やポリポプ切除術、胆道手術</li> <li>泌尿器・生殖器領域: 尿道拡張術、経尿分挽・経尿道子宮摘出術、子宮内腔処置術、治療的処置・人工妊娠中絶、子宮内避妊器具の挿入や除去</li> <li>心血管領域: 心臓カテーテル検査、経皮的血管内カテーテル治療、手術に伴う皮膚切開 (とくにアトピー性皮膚炎症例)</li> </ul>	IIb	C
予防的抗菌薬投与を推奨しない	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯科口腔外科領域: 非感染源部位からの歯肉深部腫瘍、歯科矯正装置、歯肉炎</li> <li>腎臓学領域: 気管支鏡、嚥頭鏡検査、気管挿管術 (経鼻・経口)</li> <li>耳鼻科領域: 鼓室穿孔術のチューブ挿入</li> <li>消化管領域: 経食道エコー図・上部内視鏡検査 (生検を含む)</li> <li>泌尿器・生殖器領域: 尿道カテーテル挿入、経尿道的内視鏡 (膀胱鏡検査、腎盂鏡検査)</li> <li>心血管領域: 中心静脈カテーテル挿入</li> </ul>	III	B

IE: 感染性心内膜炎

30

表 26 歯科処置前の抗菌薬の標準的予防投与方法（成人）

投与方法	βラクタム系抗菌薬 アレルギー	抗菌薬	投与量	投与回数	備考
経口投与可能	なし	アモキシシリン	2g <sup>1)</sup> ・4g <sup>2)</sup>	単回	処置前1時間
		クラリダマイシン	600mg	単回	処置前1時間
	あり	アジスロマイシン	500mg		
経口投与不可能	なし	クラリスロマイシン	400mg	単回	手術開始30分以内に静注。筋注。または手術開始時から30分以上かけて点滴静注
		アンピシリン	1~2g		
		セファゾリン	1g		
	あり	セフトリアキソン	1g	手術開始30分以内に静注。または手術開始時から30分以上かけて点滴静注	
		クラリダマイシン	600mg	単回	手術開始30分以内に静注。または手術開始時から30分以上かけて点滴静注

<sup>1)</sup> または体重あたり30 mg/kg  
<sup>2)</sup> なんらかの理由でアモキシシリン2gから減量する場合は、初回投与5~6時間後にアモキシシリン500mgの追加投与を考慮する

ている<sup>448)</sup>。歯科でよく使用されている経口セフェム系抗菌薬のうち、血中移行濃度が良好なものはセファレキシン、セファクロルであるが、口腔レンサ球菌の感受性はすでに1990年代前半から低下している。一方、プロドラッグであるセフトレン・ピボキシルなどは、口腔レンサ球菌の薬剤感受性は良好であるが、血中濃度が上らず血中濃度および持続時間を確保できないことから、IE予防のための抗菌薬としては適切でない。Cefadroxilは現在日本では発売

セファレキシン：ケフレックス®  
セファクロル：ケフラル®  
（両者とも第1世代セフェム）

セフトレン・ピボキシル：メイアクト®  
ちなみにフロモックス®はセフカベン・ピボキシル  
両者とも第3世代セフェム

ピボキシル基を有する抗菌薬は、経口吸収性を高めたプロドラッグ。加水分解を受けて活性本体になる。



① 日本で使用される抗菌薬のうち約90%は、外来診療で処方される経口抗菌薬であり、DID（抗菌薬販売量）は減少傾向。

② 日本は、総使用量は多くはないものの、セファロsporin、キノロン、マクロライドの使用割合が極めて高い。

近年新規に開発された、広域な細菌に有効な経口抗菌薬である、セファロsporin、キノロン、マクロライド\*の適正使用による使用量の削減が重要

\*セファロsporinの一部(第3世代セファロsporin系)、キノロン、マクロライドは、不適切な使用により耐性菌を発生しやすい。

日本におけるAMR対策のアクションプランにおける抗菌薬使用量の目標数値  
ヒトの抗菌薬の使用量（人口1000人あたりの一日使用量）

指標	2020年（対2013年比）
全体	33%減
経口セファロsporin、フルオロキノロン、マクロライド系薬	50%減
静注抗菌薬	20%減

**CQ 4**  
高リスク疾患患者に対する歯科処置に際して抗菌薬投与はIE予防のために必要か？

① 成人の高リスク患者<sup>44)</sup>に対し、技術などの歯血症を誘発する歯科治療の術前には予防的抗菌薬投与を推奨する

**推奨の強さ：強く推奨する**  
**エビデンスレベルの強さ：B（中）**

② 成人の中高度リスク患者<sup>45)</sup>に対し、技術などの歯血症を誘発する歯科治療の術前には予防的抗菌薬投与を提案する

**推奨の強さ：弱く推奨する（提案する）**  
**エビデンスレベルの強さ：C（弱）**

<sup>44)</sup> 高リスク群（感染しやすく、重症化しやすい患者）には、1) 人工弁後、2) 正の敗血症、3) 結核性肺合併症や人工関節置換術後を含む中高度リスク群、4) 手術、カテーテルを挿入する人工材料を用いて構築した先天性心疾患で治療後6ヵ月以内、5) パッチ、人工材料を用いて構築した、修復部分に菌膜形成を伴う心臓、6) 大動脈瘤を含む

<sup>45)</sup> 中高度リスク群（必ずしも重症とならないが、心内臓炎発症の可能性が高い患者）には、高度、低リスク群を除く先天性心疾患、閉鎖性肥大型心臓、非逆流性胃腸管逆流症を含む

**【関連事項】** [1. IE予防についての総論] (p. 48), 表 23 (p. 49)

予防投与の有無との因果関係が示唆される<sup>449)</sup>。一方で、レンサ球菌によるIEは増えていないか減少しているとする論文もあり、結果は一定でない<sup>449)</sup>。英国からの報告との違いは、高リスク群では予防投与を続けるという方針が妥当であったからとも考えられるが、ガイドラインの変更が現場の医師や歯科医師の行動を十分に変化させなかったためである可能性もある<sup>449)</sup>。一方、英国においてはガイドラインの認知度は高いが、その遵守率は認知度ほど高くなく、新しいガイドラインに反して予防投与を続けた医師も多かったとされる<sup>449)</sup>。このため、ガイドライン発表後のIEの増加度が軽微にとどまった可能性も考えられる。

予防的抗菌薬投与を行っても必ずしもIEを予防できない例も存在する<sup>450)</sup>。また、予防投与を行っても、IEを予防できるのはごくわずかであるとの推計もある<sup>449)</sup>。しかし、IEはひとたび発症すれば重症な結果を招いた。わずかの数の予防であっても患者の生活に及ぼす影響や経済的なインパクトは大きい<sup>451)</sup>。一方、IE予防投与による抗菌薬の合併症は非常にわずかであること報告されている<sup>452)</sup>。

以上のよう検討から、本ガイドラインでは、高リスク患者に対する予防的抗菌薬投与を推奨する。また、予防投与と併せて中等度以下のリスクの患者におけるIEも増えていること、イギリス以外の欧州と米国において口腔内常在菌であるレンサ球菌のIEが増えているという結果から、中等度リスク群においても予防的抗菌薬投与を提案する。中等度リスク群に分類される心疾患患者の数は膨大であり、全例で予防的抗菌薬投与を行うことについては費用対効果は確立していない。しかし、IEはいつたん発症すると、入院や手術、脳梗塞や死亡に至ることもあり、患者個人に対する影響は甚大である。中等度リスク群はIEを発症したとしても重症な結果に至る可能性は高くはない群であるが、個々の症例において患者と話し合い、予防投与についての決定がなされるべきである。また、抗菌薬投与以外の、口腔衛生の維持などによるIE予防の徹底、医師の教育なども重要である。本提案によって、患者、医療関係者における意識がいつつ向上することが望まれる。

**3.9**  
**心臓手術を実施する患者**

弁膜症手術を予定している患者において、口腔内病変の有病率は15.4%から59.9%と高いこと<sup>484-486</sup>、および口腔内病変がIEの原因の1つであること<sup>451, 487, 488</sup>を考慮すると、術前に歯科を受診し、スクリーニングを行うておくことは重要である<sup>489, 490</sup>。IEを含む弁膜症104例に対して術前に抜歯(平均2.3本)を行った報告では、抜歯による合併症はなく、術後在院日数の延長や人工弁IEの発症もなかった<sup>484</sup>。一方、歯科治療後の合併症によって手術が延期となり、その間に手術予定であった心疾患が悪化したり脳卒中を発生した例も報告されている<sup>491</sup>。原則として、歯科治療よりも心臓手術のタイミングが優先されるべきである<sup>492-494</sup>。必要度の低い術前の抜歯は控え、ブラーク除去など衛生状態を保つこと、術後は口腔内管理・患者教育を行うことも重要である<sup>324, 489</sup>。

37

**週周期的口腔管理を国民皆保険制度でカバーする日本はとて先進的**

原書: Andrew N. Davies, Joel B. Epstein編  
Oral Complications of Cancer and its Management  
オックスフォード大学出版社

訳本: がん口腔支持療法 多職種連携によるがん患者の口腔内管理  
永末書店

38

1 序説 1 Andrew Davies, Joel Epstein	18 口腔真菌感染症 171 Lakshman Samarasinghe, Mohakden Stheshque
2 口腔の解剖 11 Anita Senigunta, Anthony Giles	19 口腔細菌感染症 185 Anthony Chow
3 口腔の併発・アシメメント 21 Michael Brennan, Peter Lockhart	20 口腔ウイルス感染症 195 Deborah Lockhart, Jeremy Bagg
4 輸送と入れ口口腔内管理 27 Katherine Webber, Andrew Davies	21 唾腺腫瘍 203 Andrew Davies
5 治療前のスクリーニングと管理 35 Peter Stevenson Moore, Debbie Saunders, Joel Epstein	22 味覚障害 225 Carla Ripamonti, Fabio Fullano
6 口腔衛生管理 43 Debra Sweeney, Andrew Davies	23 口臭 233 Stephan Parter
7 口腔がん 53 Crispian Scully, Josep Bagan	24 口腔腫瘍 241 Paul Farquhar Smith, Joel Epstein
8 口腔のはり歯痛 65 Barbara Marple, Jill Gilbert, Anderson Collier III	25 ほかのさまざまな口腔内の問題 253 Andrew Davies
9 口腔外科手術後の合併症 79 Antonia Kokkithas, Michael Mikoro	26 小児がん患者における口腔ケア 261 Alessandra Magrara, Fulvio Porta
10 放射線療法後の合併症 89 Kate Howald, Ewen Harrington	27 口腔支持療法と高齢がん患者 271 Ena R. Parizo, Joanne E. Morrison, Joel Epstein
11 開口障害 99 Pieter Dijkstra, Jan Roodenburg	28 進行がん患者に対する口腔ケア 279 Andrew Davies
12 喉嚨の放射線療法後の併発症 放射線治療後 117 Fred Sigurdson, Kyoji Vissani	29 生活の質と医療経済学 291 Jennifer Beaumont, David Gella, Joshua Epstein
13 全身化学療法後の合併症 123 Douglas Peterson, Rajesh Lalla	30 情報論 301 Andrew Davies, Joel Epstein
14 造血幹細胞移植における口腔合併症 129 Sharon Ezzel, Judith Baber-Dorchester, Michael V. Shapiro	索引 305
15 口腔結核 141 Stephen Soos, Nathaniel Trester	
16 ビスフェノールA-関連合併症 151 James Scully, Joel Epstein	
17 口腔感染-序説 163 Susan Bralford, David Beighton	

39

**社会的/制度上の障壁**

高齢のがん患者に口腔支持療法を実施していくうえで、社会的または制度上障壁となる例として、(1) 口腔支持療法に関する歯科保険および政策制度の適用範囲が限定的である(医療者の報酬も)、(2) 適切な訓練を受けた口腔支持療法の供給者の不足、そして(3) がん医療施設における口腔支持療法の専門的知識あるいはサービスの利用不足(がん口腔支持療法の供給源の配分に無理があることも含めて)などがある。

米国では、65歳以上の無職の人または退職者が、歯科保険の適用範囲から外れることになっている。その理由は、(1) 一般的に前雇用者の退職者向けの医療給付内容に歯科治療が含まれていないこと、(2) 連邦政府管轄の公的医療制度であり、障害をもつ人または65歳以上を対象とした医療制度(メディケア Title 18)において、歯科領域では患者または医療供給者に補償制度がないこと、(3) 低所得者を対象とした公的医療制度(メディケイド Title 19)では、制度を必要としている人に対して、歯科領域が適用範囲にない(結果としてほとんどの州において、歯科領域での補償制度はない)ことによる。さらに、歯科領域について補償対象としている州であっても、がん治療を受けている患者が必要としているような複雑な治療に対して補償ができるほどのものではない。

40

**口腔ケアの由来、歴史**

To brush the teeth seems easy to most persons (actually few know enough about mouth hygiene); but to clean the mouth of an unconscious patient is so difficult and dangerous that few skilled nurses accomplish it effectively and safety. In fact the condition of the mouth is one of the best indices of the quality of nursing care.  
Virginia Henderson, R.N., M.A. "Basic Principles of Nursing Care revised 1969, International Council of Nurses, Geneva, p.5-6, 1972, printed in Switzerland

歯をみがくこともごく簡単なことであると多くの人は思っているが(実際には口腔衛生について十分知っている人はほとんどいない)、意識を失っている人の口腔を清潔に保つことは非常に技術を要し、よほど熟練した看護師でないと有効にしかも安全に実行するのはむずかしい、実際患者の口腔内の状態は看護の質をよく表すものひとつである。

資料提供 新潟県立看護大学 原 尊子先生

「看護の基本となるもの」より 1960  
Virginia Avenel Henderson  
(November 30, 1897 - March 19, 1996)  
埼玉県狭山市 大病院 歯科口腔外科 阪口英夫先生 ご提供

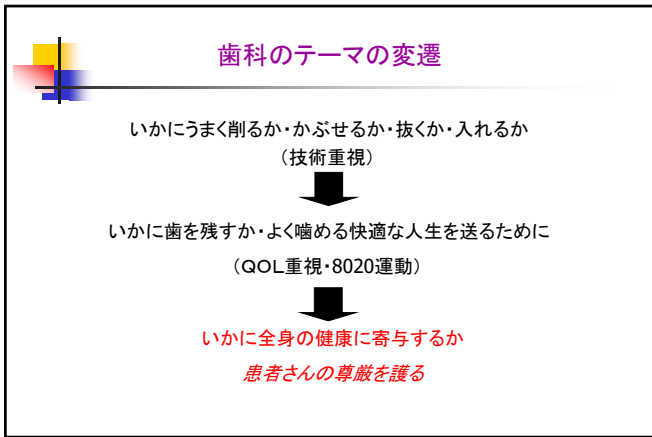
41

The extraordinary importance of the mouth to the dying patient makes imperative the need for maintaining all of its structures in the best possible condition and for providing a degree of comfort that will permit the patient to live out his days with a minimum of discomfort and a **maximum of dignity.**

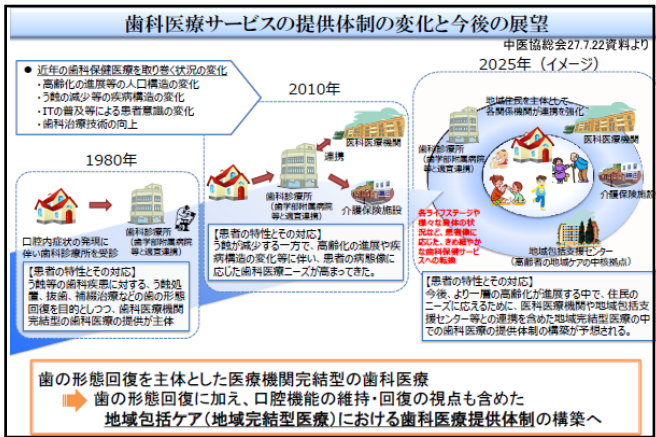
終末期患者において口腔は非常に重要であるので、その最後の日まで、最小限の不快と最大限の尊厳がもたらされるように、出来る限り全ての口腔の器官が快適で良い状態に保たれるようにケアされることは、必要不可欠なことである。

Oral care: The mouth in critical and terminal illness p3, 1980  
埼玉県狭山市 大病院 歯科口腔外科 阪口英夫先生 ご提供

42



43



44



45