

医師・病院スタッフのための 脳卒中医科歯科連携プログラム

目 次

はじめに	1
第1章 口腔機能管理体制確保事業における具体的な取り組み事例	2
1. 病棟における連携（急性期・回復期）	2
2. 病棟回診への歯科専門職の同行（NST・脳梗塞ケア等）	3
3. 退院後の連携（訪問・在宅診療）	3
第2章 脳卒中医科歯科連携推進のためのプログラム	4
1. 医科歯科連携における保険請求	4
2. 医科歯科連携体制構築推進のために	5
1) 連携体制構築におけるポイント	
2) 取組みの一例	
3) 連携体制構築のプロセス	
第3章 脳卒中患者に対する口腔管理の重要性	6
第4章 病院関係者からの感想・コメント	12
1. 医師からのコメント	12
2. 看護師からのコメント	12
3. その他の職種からのコメント	14
第5章 FAQ	16
第6章 参考資料集	18
1. 歯科との連携窓口	18
2. 各種啓発媒体等	20

はじめに

周術期に関する口腔ケアの効果は、術後肺炎のリスクの軽減、気管挿管時の歯牙破折や脱落などのリスクの軽減、心臓血管手術における感染リスクの軽減、口腔咽頭食道手術時の呼吸器合併症や創部感染など術後合併症のリスクの軽減が報告されています¹⁾。

がん患者への周術期等口腔機能管理は増加してきましたが、周術期だけではなく脳血管疾患など入院が長期になる患者の口腔・栄養管理も重要であることも周知の事実です。脳卒中患者に関しては、歯科を含めた多職種連携による口腔機能管理を早期から行うことが誤嚥性肺炎予防に重要であることが明らかにされています²⁾。また、医科歯科連携が脳卒中患者の誤嚥性肺炎の発症を減少させただけでなく、口腔管理により入院患者のADLやQOLにも寄与でき、病院の医療経営的視点からも有用であったとの報告もあります。

脳卒中患者に対する歯科介入の重要性は肺炎予防だけに留まりません。脳卒中患者の中には、歯科通院が途切れてしまっている方や、全く歯科を受診しておらず入院中に口腔内の崩壊が露見する方がいます。

脳卒中のリスク因子である糖尿病や動脈硬化は歯周病と関係が深いことや、咬合支持が無いと食生活が乱れ糖尿病が悪化するなどのことから、入院を機に歯科治療の必要性を十分説明することは脳卒中の再発予防のためにも意義があると考えます。

本書は、大阪府の委託事業として実施した「口腔機能管理体制確保事業」の中で、地域の病院に関わる地域歯科医師会の活動から生まれた脳卒中患者に係る医科歯科連携について実例を交えて紹介しています。

本書が今後の脳卒中医科歯科連携の推進のための一助となることを祈念いたします。

参考文献

- 1) 上野尚雄、百合草健圭志、口腔ケアが手術後の治癒期間、状態に与える影響（多職種連携含む）—外科手術の周術期管理における口腔ケアの役割、健康長寿社会に寄与する歯科医療・口腔保健のエビデンス、P230-238, 2015
- 2) Aoki S, Hosomi N, Hirayama J, Nakamori M, Yoshikawa M, Nezu T, Kubo S, Nagano Y, Nagao A, Yamane N, Nishikawa Y, Takamoto M, Ueno H, Ochi K, Maruyama H, Yamamoto H, Matsumoto M; Hiroshima University Hospital Stroke Swallowing Team. The Multidisciplinary Swallowing Team Approach Decreases Pneumonia Onset in Acute Stroke Patients. PLoS One. 2016 May 3;11(5): e0154608.

第1章

口腔機能管理体制確保事業における具体的な取り組み事例

大阪府歯科医師会では、大阪府地域医療介護総合確保計画に基づき令和4年度より3年間、大阪府からの委託を受け「口腔機能管理体制確保事業」を実施しました。

同事業において、各医療圏のモデル病院に歯科医師・歯科衛生士が出向き、口腔健康管理に関する相談支援や、入院中における口腔機能評価・導入支援、退院時カンファレンスへの参画等を行いました。それらの活動を通じた院内における個別事案への専門的助言や、医師・看護師等の病院スタッフを対象に実施した研修等の取り組み事例を歯科医師・歯科衛生士より紹介します。

1. 病棟における連携（急性期・回復期）

A病院	初年度は病棟での口腔ケアの現状の把握に努め、病棟の看護師等、スタッフからの口腔ケアや湿潤の方法等に関する質問や相談に歯科医師・歯科衛生士が対応した。2年目からは口腔ケアの指導を複数の診療科の病棟看護師に対して行った。また、医師ともコミュニケーションを図り、医科歯科連携について意見を交換した。OHATの導入を支援した結果、3年目には看護師が歯科医師への紹介前に患者の口腔内を評価をできるようになった。
B病院	ICUやCCUで挿管中の方の口腔ケア方法に関する質問や相談に歯科医師・歯科衛生士が対応した。また、病棟の看護師が実施する口腔ケア、義歯の取り扱い等の質問や相談にも対応した。
C病院	病院内での多職種連携を進める中で口腔ケアの重要性が理解され、丁寧な口腔ケアを目指した歯科衛生士による指導を看護師、理学療法士等に向け行うようになった。
D病院	新型コロナウイルスの影響により歯科医師・歯科衛生士の病院への立ち入りができない中、病院スタッフの協力のもと、タブレットを活用しリモートでベッドサイドでのアドバイスができるよう体制を確保した。
E病院	OHATを用いて、歯科医師・歯科衛生士より病棟スタッフへ口腔内のスクリーニングの基準を伝えた。また、OHATをより浸透させるため、病棟スタッフに実際にスクリーニングを行ってもらった。
F病院	歯科医師・歯科衛生士が病棟の看護師・ST等、スタッフからの口腔ケアや入れ歯の管理方法などの質問や相談に対応した。院内でのポスター掲示等、事業が進むにつれ病院スタッフへの周知が進み、相談件数が増えた。
G病院	地域連携室の職員を通じて病棟看護師からの入院患者の口腔ケアや義歯に関する相談に応じ、病院と地区歯科医師会の関係構築、院内スタッフの歯科にかかる意識向上に繋がった。連携を進めるうちにICUを含めた急性期病棟の患者の紹介も受けるようになり、看護師からの口腔ケアの相談に対し指導等を行った。

H 病院	地域医療支援室の室長がキーパーソンとなり、事業に協力していただいた。看護師長が専門的助言の必要な患者を選別し、歯科医師・歯科衛生士が改善点を担当看護師に説明している。時間がある場合は、その看護師が歯科衛生士の指導のもと実際の口腔ケアの手法・手法を練習した。
I 病院	病棟スタッフや看護部長からの口腔ケアや湿潤の方法等に関する質問や相談に歯科医師・歯科衛生士が対応した。実際に病棟スタッフが患者へ口腔ケアをする際にも立ち会い、保湿をしながら清掃する方法等を指導した。

2. 病棟回診への歯科専門職の同行 (NST・脳梗塞ケア等)

J 病院	対象患者のいる病棟・病室へ看護師と歯科医師・歯科衛生士が同行し、患者の状態や普段の困ったことを聞いたうえで助言を行っている。初年度と比べて2年目以降は、ケアの方法やケアの道具等について看護師から積極的に質問されることが多くなった。
K 病院	病院のNST専従看護師が病棟でピックアップした患者の回診に歯科医師・歯科衛生士が同行し、口腔ケアや義歯、退院後の歯科通院や訪問歯科診療の必要性について情報提供・助言を行った。
L 病院	週1回NSTに歯科医師・歯科衛生士が同行し、口腔ケア等に関する助言を行った。看護師や栄養士、理学療法士からの歯科に関する質問にも適宜回答した。必要があれば訪問歯科の受診を勧めた。
M 病院	回診に歯科医師・歯科衛生士が同行し、スタッフに対して口腔ケアの助言を行った。患者の病状に応じて看護師等に歯ブラシの確認等を行い、保湿をしながら無理のない範囲で口腔清掃を行うよう指導した。

3. 退院後の連携 (訪問・在宅診療)

N 病院	歯科治療が必要な入院患者に対する歯科医師の紹介を、在宅歯科ケアステーションを通じて行った。退院時アセスメントに口腔機能評価を加えるため、OHATの導入を支援した。
O 病院	病院内の地域連携担当者に依頼し、ポスター掲示等を通じて各地区における在宅歯科ケアステーションへの連絡方法を周知した。
P 病院	脳神経外科では在宅の口腔ケアを重要と認識しており、歯科専門職の退院時カンファレンスへの参加を検討することになった。
Q 病院	入院中の状況を踏まえて、退院後のかかりつけ歯科医、受け入れ可能な歯科医院の情報提供を在宅歯科ケアステーションとして行い、退院後も継続して歯科の介入ができるよう連携・紹介をした。
R 病院	退院後も口腔機能が改善する可能性があることから歯科介入の必要性を伝え、地域連携室に地区の在宅歯科ケアステーションを紹介し、病診連携のツールの一つとして活用してもらった。

※在宅歯科ケアステーション (P18,19 参照)

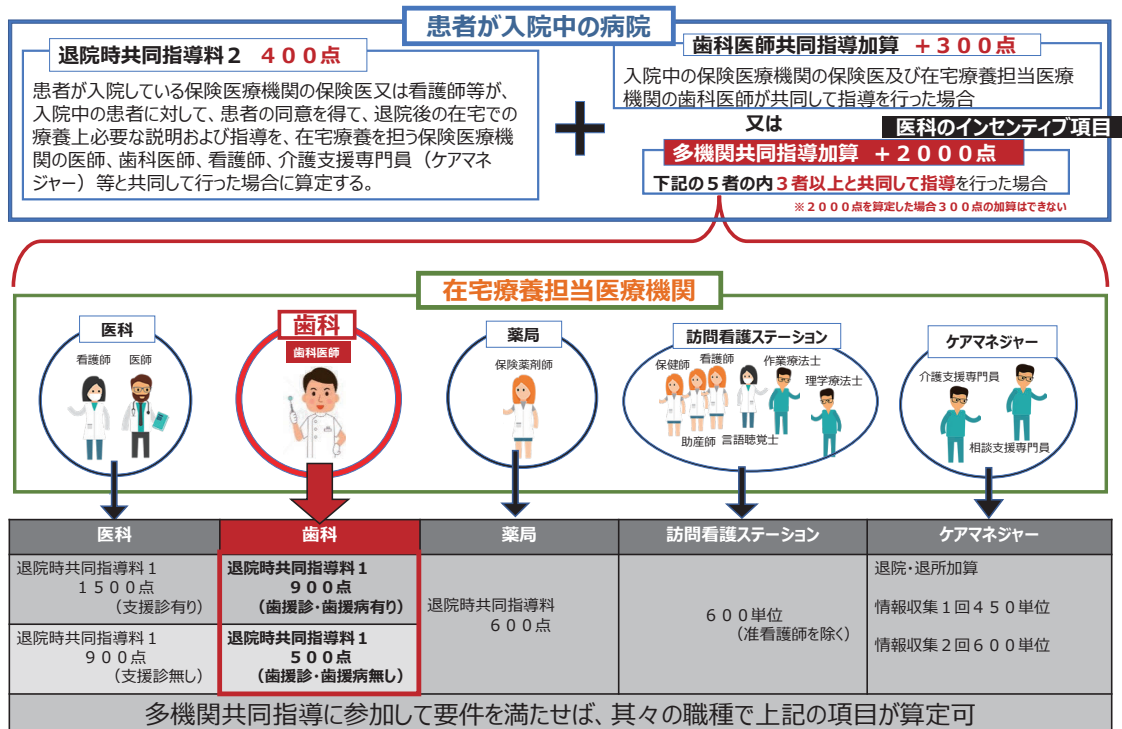
1. 医科歯科連携における保険請求

ここでは、脳卒中患者に係る医科歯科連携における保険請求の中でも、「退院時共同指導料2」をピックアップして説明します。

脳卒中患者等、退院後も訪問診療が必要となる入院患者に対し、病院医師・看護師等が退院後に訪問診療を担当する医療機関（在宅療養担当医療機関）と共同で指導を行った場合、病院は退院時共同指導料2（400点）を算定することができます。在宅療養担当医療機関とは、訪問診療を担当する医院、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネジャーの5つで、これらのうち1つ以上と連携することにより退院時共同指導料2（400点）を算定できますが、特に歯科医院と連携した場合は、歯科医師共同指導加算（+300点）を加算することができます。（ビデオ通話等でも算定可能）

さらに、上記の5つの在宅療養担当医療機関のうち、3つ以上と共同で指導を行った場合には、病院は退院時共同指導料2（400点）に加え、多機関共同指導加算（+2000点）を加算することができます。すべての関係者が集合する必要は無く、在宅療養担当医療機関のうち1者が患者サイドに赴いていれば、その他の機関の担当者はビデオ通話での参加でも認められます。ただし、この加算は先ほどの歯科医師共同指導加算（+300点）とは同時に加算できません。

退院時共同指導料2の { 歯科医師共同指導加算 +300点 多機関共同指導加算 +2,000点



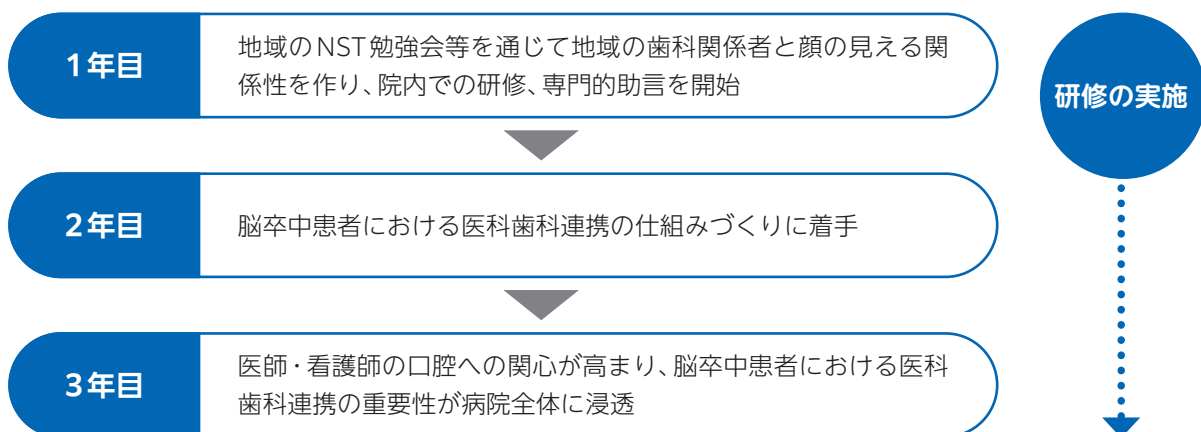
2. 医科歯科連携体制構築推進のために

1) 連携体制構築におけるポイント

医科歯科連携体制構築のためには、まず院内研修等を通じて医療従事者が歯科との連携の必要性を認識することが第一歩となります。さらに、患者のニーズを見逃さず連携を進めるため、院内多職種から担当医に必要な情報が届くシステムを構築できるよう、地域連携室職員等の具体的な手続きに関わるスタッフの協力も不可欠です。

本章では、第1章で紹介した口腔機能管理体制確保事業の取組み事例のうち、3か年の事業期間で連携体制の構築が進んだ例をもとに、具体的な連携体制構築のプロセスを示します。

2) 取組みの一例



～連携体制構築が進んだ背景～

- ・歯科医師・歯科衛生士が頻繁に病院に訪問することで関係性が強化され、連携の中心となる歯科医師が病院の医師・看護師からのヒアリングを行うことで病院ニーズに合う形で回診・研修を実施することが可能となった。
- ・歯科医師と地域医療連携室の事務職員が頻回に打ち合わせを行い、回診・研修の準備だけでなく、医科歯科連携の仕組みづくりをすすめることができた。

3) 連携体制構築のプロセス

	経過	ポイント
1年目	・地域NST勉強会への参加をきっかけに、医師・NST専従看護師と地域の歯科関係者の間で顔の見える関係性を築くことができた。 ・脳神経外科・リハビリテーション科を中心に地域かかりつけ歯科との連携に取り組んだ。 ・NST専従看護師が事前にピックアップした入院患者について、歯科医師・歯科衛生士が回診に同行し専門的助言を実施した。 ・医科歯科連携の意義、入院患者の口腔評価について歯科医師・歯科衛生士による院内研修を実施した。	地域勉強会が病院・地区歯科医師会間の関係性構築のきっかけとして効果的。
2年目	・地域医療連携科、医療情報科を通じて、医科歯科連携の仕組みづくりに着手した。 ・口腔ケアについて歯科医師・歯科衛生士による院内研修を実施した。 ・地域歯科医師会より脳卒中患者に対応可能な歯科医院リストの提供を受けた。	医師・看護師だけではなく、事務職員の協力が不可欠。
3年目	・リーフレット（P20参照）や脳卒中患者に対応可能な歯科医院リストの活用、診療情報提供に関する院内電子カルテのフォーマット化により脳卒中患者における医科歯科連携が拡大した。 ・口腔評価に応じた口腔ケア方法について歯科医師・歯科衛生士による院内研修を実施し、脳卒中患者における医科歯科連携の重要性を再確認した。	研修を継続することで、病院全体の意識を高めることができる。

第3章

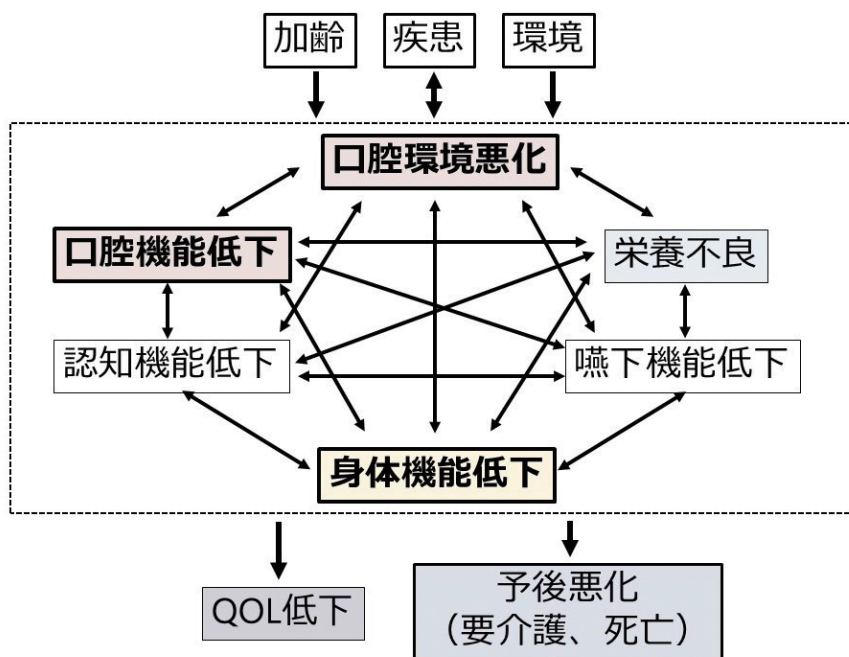
脳卒中患者に対する口腔管理の重要性

本事業の一環として実施した歯科医師・歯科衛生士向けの資質向上研修会において、院内での口腔ケアに力を入れている長崎大学病院リハビリテーション科教授の高畠英昭先生を講師にお招きし、脳卒中患者に対する口腔管理の重要性についてご講演いただきました。

そのご講演内容をもとに、病院での口腔ケア導入や医科歯科連携を進めるポイントをまとめていただきましたので、本章にてご紹介いたします。

はじめに

口腔衛生状態の悪化は、身体機能の低下、サルコペニア、フレイル、認知機能障害をはじめ、QOLの低下や医療ニーズの増加、医療費の増大、さらには死亡率の上昇など、多くの不良な転帰と深く関連しています（図1）。したがって、医科歯科連携は、患者の全身的健康を守り、予後を改善するために不可欠な取り組みです。特に、高齢者や脳卒中患者においては、口腔ケアを含む包括的なケアが栄養状態やリハビリテーションの効果を向上させることが示されています。2024年7月に開催された令和6年度口腔機能管理体制確保事業研修会において、「脳卒中患者に対する口腔管理の重要性」というテーマでお話をさせていただいた内容をもとに、医科歯科連携を円滑に進めるためのポイントを示します。



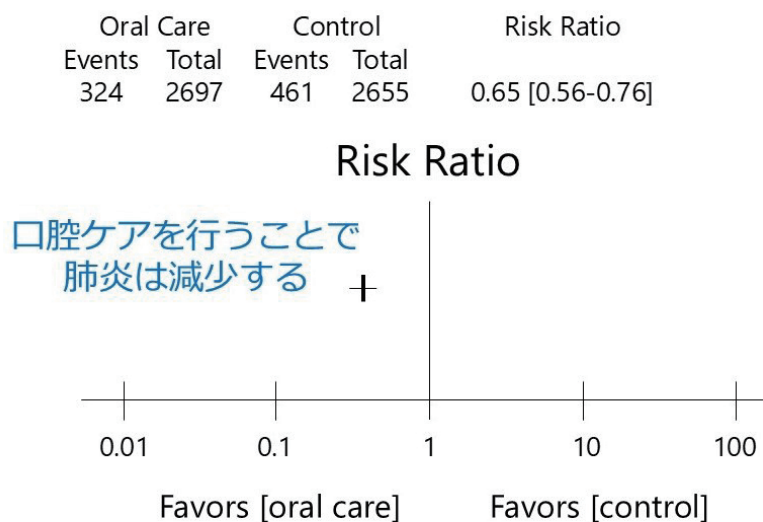
高畠英昭、リハビリテーション栄養 7(2): 214-219, 2023.

図1. 口腔環境・口腔機能と全身の関連

医科歯科連携を推進するためのポイント

1. 連携の意義を共有する

医科と歯科が協力することで、患者の全身状態を改善し、QOLを向上させることができます。口腔ケアが肺炎予防や栄養状態の改善に効果的であることを示す科学的根拠を共有し、連携の意義を医療者間で共有することが重要です(図2)。



International Journal of Nursing Studies 2015;52, 452-464

図2. 口腔ケアの肺炎予防効果

2. チームアプローチを強化する

医師、歯科医師、歯科衛生士、看護師、言語聴覚士をはじめとするリハビリセラピスト、管理栄養士など多職種が関与することで効果的なケアが可能になります。多職種間での役割分担を明確にし、患者の状態を総合的に評価する定期的なカンファレンスを開催することができれば理想です。

3. 早期介入を徹底する

急性期病院では、患者入院時に、口腔ケア、栄養管理、リハビリテーション計画を作成することが勧められます。改訂口腔アセスメントガイド (ROAG) (図3) や OHAT (図4) などを活用し、患者の口腔状態を早期に評価し、適切なケアを計画することが求められます(図5)。急性期からの口への働きかけは患者の予後改善に大いに寄与すると思われます(図6)。

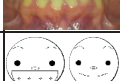
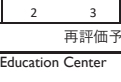
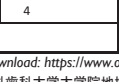
改訂口腔アセスメントガイド (ROAG : Revised Oral Assessment Guide)

項目	方法	状態とスコア		
		1	2	3
声	患者と会話	正常	低い or かすれた	会話しづらい or 痛い
嚥下	嚥下を促し観察	正常な嚥下	痛い or 嚥下しにくい	嚥下できない
口唇	組織を観察し触診	平滑でピンク	乾燥 or 亀裂 and/or 口角炎	潰瘍 or 出血
歯・義歯	ペンライトとミラーを用いて歯の状態、義歯の適合状態を観察	清潔で食物残渣なし	(1) 部分的に歯垢や食物残渣 (2) 齦歯や義歯の損傷	全体的に歯垢や食物残渣
粘膜	ペンライトとミラーを用いて粘膜の状態を観察	ピンクで潤いあり	乾燥 and/or 赤や紫、白色への変化	著しい発赤 or 厚い白苔、出血の有無にかかわらず 水疱や潰瘍
歯肉	ペンライトとミラーを用いた視診と指による触診	ピンクで引き締まっている	浮腫性 and/or 発赤	指圧迫で容易に出血
舌	ペンライトとミラーを用いた視診	ピンクで潤いがあり乳頭あり	乾燥、乳頭消失 or 赤や白色への変化	非常に厚い白苔水疱や潰瘍
唾液	ペンライトとミラーを用いた視診	ミラーと粘膜の間に抵抗なし	抵抗が少し増すがミラーは粘膜にくっつく傾向なし	抵抗が明らかに増し、ミラーが粘膜にくっつく or くっつきそうになる

Andersson P et al : Inter-rater reliability of an oral assessment guide for elderly patients residing in a rehabilitation ward. Spec Care Dentist 22 (5) : 181-186, 2002.

白石愛・他 : 高齢入院患者における口腔機能障害はサルコペニアや低栄養と関連する. 日静脈経腸栄養誌 31 (2) : 711-717, 2016.

図 3

ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL 日本語版 (OHAT-J)							
ID:		氏名:		評価日: / /			
項目	0 = 健 全	1 = やや不良	2 = 病 的	スコア			
口 唇	 正常, 湿潤, ピンク	 乾燥, ひび割れ, 口角の発赤	 腫脹や腫痛, 赤色斑, 白色斑, 潰瘍性出血, 口角からの出血, 潰瘍				
舌	 正常, 湿潤, ピンク	 不整, 亀裂, 発赤, 舌苔付着	 赤色斑, 白色斑, 潰瘍, 腫脹				
歯肉・粘膜	 正常, 湿潤, ピンク	 乾燥, 光沢, 粗造, 発赤 部分的な(1-6 歯分)腫脹 義歯下の一部潰瘍	 腫脹, 出血(7 歯分以上) 歯の動揺, 潰瘍 白色斑, 発赤, 圧痛				
唾 液	 湿潤, 漿液性	 乾燥, べたつく粘膜, 少量の唾液 口渇感若干あり	 赤く干からびた状態 唾液はほぼなし, 粘性の高い唾液 口渇感あり				
残存歯 ☐ 有 ☐ 無	 歯・歯根のう蝕または破折なし	 3本以下のう蝕, 歯の破折, 残根, 咬耗	 4本以上のう蝕, 歯の破折, 残根 非常に強い咬耗 義歯使用無しで3本以下の残存歯				
義 歯 ☐ 有 ☐ 無	 正常 義歯, 人工歯の破折なし 普通に装着できる状態	 一部位の義歯, 人工歯の破折 毎日1-2時間の装着のみ可能	 二部位以上の義歯, 人工歯の破折 義歯紛失, 義歯不適のため未装着 義歯接着剤が必要				
口腔清掃	 口腔清掃状態良好 食渣, 歯石, プラークなし	 1-2部位に 食渣, 歯石, プラークあり 若干口臭あり	 多くの部位に 食渣, 歯石, プラークあり 強い口臭あり				
歯 痛	 疼痛を示す 言動的, 身体的な兆候なし	 疼痛を示す言動的な兆候あり: 顔を引きつらせる, 口唇を噛む 食事しない, 攻撃的になる	 疼痛を示す身体的な兆候あり: 頬, 歯肉の腫脹, 歯の破折, 潰瘍 歯肉下膿瘍。言動的な徴候もあり				
歯科受診 (要 ・ 不要)				再評価予定日 / /	合計		

Japanese Translation: Koichiro Matsuo permitted by The Iowa Geriatric Education Center

available for download: <https://www.ohcw-tmd.com/research/> revised Sept 1, 2021

日本語版作成: 東京医科歯科大学大学院地域・福祉口腔機能管理学分野 教授 松尾 浩一郎

図 4

発症早期からの評価・訓練

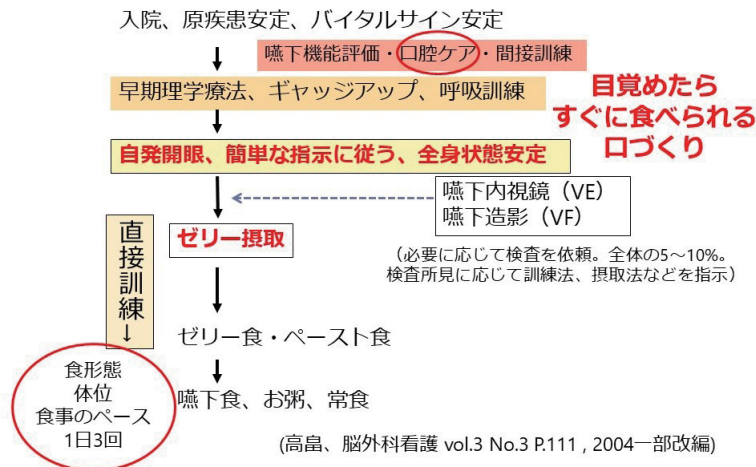


図 5

全脳出血患者における検討（脳出血そのものによる死亡を除く）
入院（発症）～3食経口摂取（補助栄養なし）になるまで

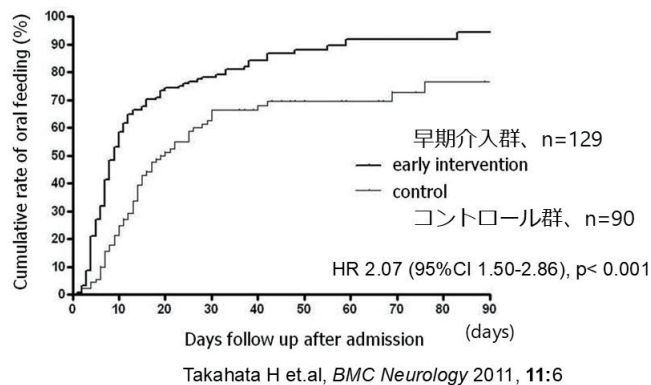


図 6. 脳出血患者における早期介入の効果（3食経口摂取になるまで）

4. 医科・歯科間の情報共有を円滑にする

患者の全身状態、口腔状態、栄養状態などの情報を医科歯科間で共有するための工夫が必要です。電子カルテ上に共通フォーマットを導入することで情報の円滑な共有ができるようになります（図 7）。さらに、医科と歯科で異なる用語や概念の調整を行い、共通言語を確立することも重要です。

<口腔ケアアセスメント>

患者ID		
患者氏名		
年齢		歳
性別	☐ 男 ・ ☐ 女	
入力日	年 月 日	
評価時期	☐ 入院時 ・ ☐ 病態変化時	
精神・身体機能の状態		
意識レベル JCS	☐ I-1 ☐ I-2 ☐ I-3	
	☐ II-10 ☐ II-20 ☐ II-30	
	☐ III-100 ☐ III-200 ☐ III-300	
身体機能 障害	【上肢】 ☐ 右 ・ ☐ 左	
	【下肢】 ☐ 右 ・ ☐ 左	
	その他()	
挿管	☐ あり ・ ☐ なし	
気管切開	☐ あり ・ ☐ なし	
酸素使用	☐ あり ・ ☐ なし	
胃管	☐ あり ・ ☐ なし	
栄養方法	☐ 経口 ☐ 胃管 ☐ 胃ろう ☐ 輸液	
口腔内の状態(OAG)		
声	1. 正常	スコア
	2. 低い/かすれている	
	3. 会話が困難/痛みがある	
嚥下	1. 正常な嚥下	スコア
	2. 嚥下しにくくムセがある/痛みがある	
	3. 嚥下不能	
歯 義歯	1. 清潔で残渣がない	スコア
	2. 部分的に歯垢や残渣がある	
	3. 全体に歯垢や残渣がある	
口唇	1. ピンク色/潤いがある	スコア
	2. 乾燥あり/ひび割れあり	
	3. 潰瘍あり/出血あり	
舌	1. ピンク色/潤いがある/乳頭が明瞭	スコア
	2. 舌苔あり/乾燥あり/発赤あり	
	乳頭の消失	
粘膜	1. ピンク色/潤いがある	スコア
	2. 舌苔あり/被膜あり/潰瘍なし	
	3. 潰瘍/出血	
唾液	1. 水っぽくさらさらしている	スコア
	2. 粘度が高くネバネバしている	
	3. 乾燥していて唾液がない	
歯肉	1. ピンク色で引き締まっている	スコア
	2. 浮腫あり/発赤あり	
計		

患者の自立・協力度		
歯磨き	☐ 自分で磨く(洗面台・ベッド上)	
	☐ 部分的には自分で磨く	
	☐ 自分で磨かない	
義歯着脱 洗浄	☐ 自分でできる	
	☐ 見守りがあればできる	
	☐ 自分では全くできない	
うがい	☐ 自分でできる	
	☐ 自分ではできない	
拒否	☐ ない ・ ☐ やや拒否 ・ ☐ 強い拒否	
歯の状態		
歯の異常	☐ 動揺歯あり	
	その他()	
	☐ なし	
義歯の使用	あり(☐ 全部 ・ ☐ 部分) ・ ☐ なし	
義歯の 適合性	☐ 適合 ・ ☐ 不適合	
口臭	☐ あり ・ ☐ なし	
開口障害	☐ あり ・ ☐ なし	
その他 		
評価方法: 動揺歯がある / う歯があり治療が必要 → 歯科受診		
スコア	A 8点	看護師のケア
	B 9～12点	看護師のケアで悪化または改善を認めない場合 歯科衛生士へコンサルテーション
	C 12点以上	歯科衛生士へコンサルテーション

図 7. 入院時口腔評価。電子カルテ上でどの職種もアクセス可能。

5. 教育と啓発を充実させる

医科と歯科双方の専門職が、連携の重要性を理解し、互いの専門分野に関する知識を持つことが必要です。そのために、連携に関する研修や勉強会を定期的に行うことが理想です。回復期リハビリテーション病棟から退院する患者の40%に口腔ケアの介助が必要であるという事実を認識しなければなりません(図8)。また、症例検討などで成功事例を共有することで、連携の意義を実感しやすくすることも有効と思われます。

脳卒中地域連携パス登録患者口腔ケア自立度

長崎県央版脳卒中地域連携パス

(2010年4月1日～2012年12月31日)

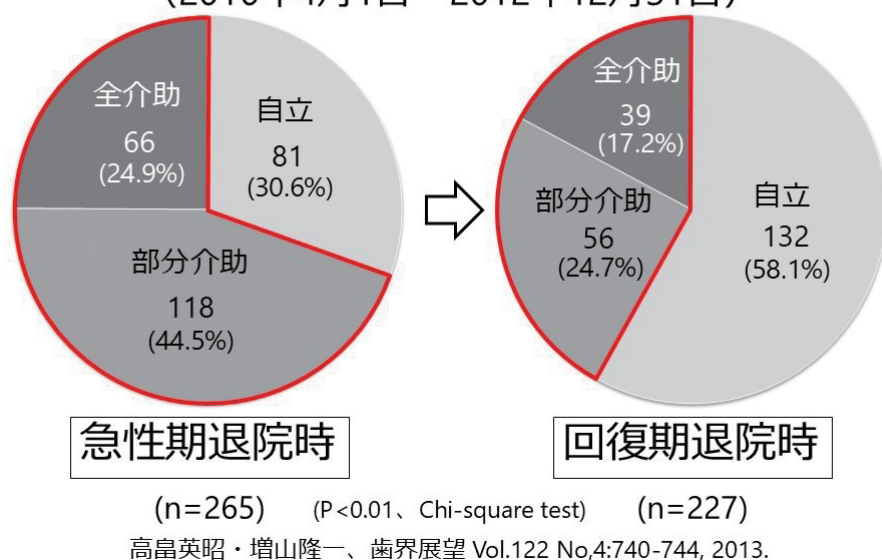


図8

6. 患者・家族への啓発を行う

口腔ケアが全身の健康に与える影響について、患者やその家族に説明し、理解を促すことが重要です。具体的な口腔ケア方法を指導し、家庭での実践を支援します。医科歯科連携の利点を分かりやすく伝え、患者や家族の協力を得ることも欠かせません。

まとめ

医科歯科連携を推進するには、多職種間のスムーズなコミュニケーションと、患者中心の包括的なアプローチが不可欠です。早期介入と評価を徹底し、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理を一体化した取り組みを行うことで、患者の予後改善とQOL向上に大きく寄与するものと思われます。

本章では、本事業にご協力いただいた病院に所属する医師・看護師・その他スタッフの方々よりいただきました感想・コメントを一部抜粋してご紹介します。

1. 医師からのコメント

- 1) 急性期には、脳卒中による仮性球麻痺、球麻痺症状など局所神経症状のみならず、認知症や、脱水、衰弱があり、まず誤嚥や誤嚥性肺炎の防止のため、口腔衛生、歯周病管理が重要。回復期には栄養摂取のため摂食リハビリテーションが重要だが、咀嚼・嚥下機能の評価、義歯の整合にも歯科スタッフとの連携は重要と考える。
- 2) 脳卒中患者は口腔内環境が悪い患者が多く、状態によってはマスクによる酸素投与や口呼吸等により口腔内が乾燥するため、歯科との連携が必要。嚥下が悪くなる方もおり、誤嚥性肺炎を引き起こすリスクを下げる意味でも歯科との連携は必要と考える。
- 3) 口腔内環境の改善によって誤嚥性肺炎のリスクを下げたり、患者の食べる楽しみの回復につながる。専門的な知識を持った歯科医師や歯科衛生士の介入は必須と考える。
- 4) 病棟配置の歯科医師・歯科衛生士がいなければ連携は難しいと思う。
- 5) 診療報酬を得る上で、様々な手続きについて理解する必要がある。
- 6) 患者や家族が歯科の介入に嫌がることもあり、説得するのに苦労した。
- 7) 入院前に口腔ケア不足で口臭が強くなった方が、入院後の歯科介入で口腔内の環境が改善し、家族が大変喜んでいた。
- 8) 義歯作製により食形態アップし、食事量が増加した。
- 9) 口腔内環境を改善しただけで、食欲が向上し栄養改善に至ったことが多々ある。

2. 看護師からのコメント

- 1) 脳卒中患者は舌運動障害や開口障害、また麻痺による咬合障害などにより、口腔内が汚染された状態となることが多い。歯周病菌の増殖により誤嚥性肺炎のリスクも高い状態であるため、発症初期から歯科、ST、看護師、他の職種と連携し介入すれば適切なケアが実施でき、口腔機能維持につながるのではないかと考える。
- 2) 脳卒中患者は意識レベル低下やセルフケア不足により、誤嚥のリスクが高まるため、口腔内の清潔は合併症予防に重要である。看護師では出来ない部分や歯石除去等、歯科医師や歯科衛生士の介入は効果大きいと思う。
- 3) 顔の筋肉の麻痺により食物が口からこぼれたり、よだれが出たり、噛み合わせに異常が生じたり、嚥下機能の低下があったり様々な症状が出現する。症状の進行や合併症の予防改善には歯科との連携は必要だと思う。
- 4) 脳卒中において意識不明の場合はもちろん、片麻痺や空間無視など様々な障害が残った場合に口腔の清潔を保つことは難しいため、歯科との連携があるとより理解しやすいのではないかと考える。

- 5) 疾患の影響で嚥下が難しい人や、歯磨きをさせてくれない人（指示動作が入らない人）、唾液をため込みやすい方、誤嚥するリスクが高い人、痰がこびりつく人等が多く、口腔ケアが難しいので専門的スタッフにアドバイスをもらうことは重要。
- 6) 脳卒中の患者で嚥下障害のある患者は、舌の動きが悪い患者もいるため、歯の状態だけでなく食べ物が送り込める状態なのか、そのためにどのようなリハビリ訓練が必要なのか検討していく必要がある。他の施設や病院でも歯科がラウンドして適切な指導を受けて食事形態がアップした事例が沢山あるので連携は必要。
- 7) 脳卒中後における患者は口腔内機能低下、嚥下障害など後遺症を残すことが多い。口腔内の清潔が保持できないと肺炎などの合併症を併発させADLや予後を悪化させる。そのためにも歯科の介入は急性期・回復期・在宅において連続したケアが必要。
- 8) 脳卒中により口腔内の感覚が鈍くなり、食べ残しや口腔内を咬んでしまったり、また麻痺により嚥下障害がおこるため、歯科と連携を取り口腔内の環境を整える必要がある。
- 9) 急性期は意識障害や嚥下障害が強く出ていることが多く、合併症を引き起こす可能性が高い。患者の状況を正しく把握し、早期に必要なケアを行い合併症を予防できれば早期に元の生活に戻れる可能性が高いが、知識が足りなかったり、医療面が優先されて後手になりがちであるため口腔ケアが作業の1つとして流されていることが多く、口腔内の問題を見過ごされることが多かった。歯科との連携が始まり、皆の意識が高まったので持続的な連携が必要だと思う。
- 10) どの部分に汚れが付着しているなど教えて頂けるので、日々の口腔ケアでどこに気を付けるべきかを知ることができ、それに応じて介入を工夫している。
- 11) 対象患者を選ぶ中で口腔内の観察機会が増え、歯科介入時に一緒にラウンドすることで口腔ケアの改善点などの助言をもらい、看護計画に入れて看護が統一できるようにした。
- 12) 指導された内容を部署全体へ共有したことで、統一したケアが行えるようになった。
- 13) 普段のケアの方法や使用している物品を準備しておくことで、実際の物品を使用してのケアのアドバイスを受けている。自立した患者であっても口腔内を観察するようにして、必要であれば連携の対象にしている。
- 14) 歯科介入後はカンファレンスで共有し、看護計画に反映させ、継続的ケアができるようにした。
- 15) 歯科との連携で患者の口腔ケアや口腔内の状態を気にするようになり、嚥下チームにも口腔内の状態について相談するようになった。
- 16) 現場で実際に困っていること、難しさを伝えることでスムーズな連携につなげた。実践しやすい方法をともに検討することができた。
- 17) 痛みなどがある場合は連携依頼しやすいが、それ以外は基準が難しく、アセスメントをしっかりできるようにして連携に繋げていければと思った。
- 18) 退院された患者が、退院後訪問歯科を利用することで経口摂取が可能になった。
- 19) 長期入院により義歯が合わなくなった患者に対し義歯を調整したことで、食事形態がアップし、退院時の家族の調理負担と不安軽減にもつながり、一時は施設入所も考えていたが、自宅に退院できた。
- 20) 日中頻回に吸引が必要な患者に口腔ケアを実施することで、硬くなった痰が吸引しやすくなり、毎日続けることで日中での吸引頻度が軽減した。
- 21) 口腔内の状況を常に関心を持つようになった結果、歯科医師と歯科衛生士に「ここの病院は口の中をキレイに保ってくれている」と言ってもらい、モチベーションが上がった。
- 22) 連携したことで、口腔ケアが上手く出来るようになり、保湿の重要性についてスタッフに浸透することができた。

- 23) 口腔内を清潔にすることで食用増進、肺炎予防、意欲の回復等に繋がった。
- 24) ミキサーの食事形態だった患者が、リハビリ方法の指導で、食事形態がキザミまでアップした。
- 25) 食いしぼりが強い患者の口の開け方、力任せでなくても開くことを学び、患者も医療者も不快・ストレスが軽減した。
- 26) 口腔ケアの助言や工夫を看護師だけではなく患者家族へ共有を行った事で、病棟だけでなく退院された後も口腔ケアを継続することができた。

3. その他の職種からのコメント

- 1) 脳卒中患者の多くが、入院時より口腔内にトラブルを抱えている。嚥下にも問題がある場合が多く、誤嚥性肺炎のリスクも高いので、口腔内のケアを初期から行うことが必要。(管理栄養士)
- 2) 口腔内が汚染されているとフレイルや栄養状態の低下につながるため、早めに歯科の介入が必要。(管理栄養士)
- 3) 経口食を安全に摂取するためにはまず口腔内が清潔に保たれていることが重要。また、絶食であっても口腔内が清潔でないと唾液により誤嚥性肺炎になるリスクもあるから歯科との連携が必要。(管理栄養士)
- 4) 脳卒中患者のほとんどが麻痺性の嚥下障害を発症しやすく、誤嚥のリスクが高いため、口腔内の汚染の状況や、義歯の有無、その適合状態を知ることにより、適切に口腔ケアを行えることで誤嚥を予防できると思う。また歯科との連携を行うことで患者の歯ブラシの種類や口腔ケアの方法、注意点についても学べる。(言語聴覚士)
- 5) 意識障害や麻痺以外の影響で経口摂取が進まない、本人の希望する食形態が食べられない患者がいます。歯牙欠損や歯肉の痛み、義歯不適合など当院だけでは対応できないため、歯科が介入する事で機能改善や患者の安心、QOL向上に繋がっていくと考えます。(言語聴覚士)
- 6) 連携が必要だと思うが、脳卒中は発症すれば入院するため、入院前に歯科に行っておいてくれたら良かったのに…と思うことが多い。脳卒中患者と歯科の連携というより「全国民と歯科の連携」と言った方がいい。(言語聴覚士)
- 7) 地域連携推進研修の案内を担当しました。介護系施設のリハビリを担当されているスタッフさん等より良い反応がありました。地域研修については、介護施設との連携が必要だと思います。脳卒中の患者については自宅退院できない事例も多くあり、介護施設へ入所するケースもありますので、今後の地域との連携において重要だと思います。(MSW)
- 8) 経口摂取ができることで、栄養をしっかり摂ることが出来る。歯科との連携は重要。(理学療法士)
- 9) 連携の際マンパワー不足に苦労したが、カルテに記入することで、意見を共有した。(管理栄養士)
- 10) 患者の特性やくせ、普段の様子を共有し、患者から拒否されることなく出来る方法を考えるのに苦労した。(管理栄養士)
- 11) 他施設で働く歯科医師・歯科衛生士に対して、どこまで介入依頼をして良いのか分からなかった。(管理栄養士)
- 12) 経鼻経管栄養で注入食の方は、歯科介入時に注入時間をずらしてもらう必要があり、病棟との連携が必要な点が大変だった。(言語聴覚士)
- 13) 義歯完成後に食形態アップを検討している患者においては、歯科医の介入時間に合わせて訪室し、状況や予定などを確認した。(言語聴覚士)
- 14) 歯科受診の対象者を入院時のスクリーニングで抽出し、連携を図りやすくするシステム作りに工夫が必要だった。(言語聴覚士)

- 15) 日頃より近隣歯科との連携を行っており、記録・相談歴の積み重ねで、近隣歯科の情報を蓄積している。(MSW)
- 16) 口腔内に問題があった際にはケアマネジャーと連携して歯科につなげている。連携の手段として、リハビリテーション会議を活用しているが、多職種で実施していることからチームでの共有方法、評価の判断に苦労している。(理学療法士)
- 17) 歯科医師・歯科衛生士のアドバイスにより、義歯の使用が可能になった患者の食事摂取量が増えた。(管理栄養士)
- 18) 入院時の患者の口腔状態を共有し、義歯の調整や作製を進めることで、食形態を上げて自宅退院できるケースがある。(管理栄養士)
- 19) 入院時に口腔内がすごく汚れている患者を歯科に繋ぎ、食事前に介入して頂けて安心した。(管理栄養士)
- 20) 歯の動揺があり、口腔ケアに拒否が強い方のケアをしていただき、とてもきれいになった。口腔ケアの指導により介入しやすくなった。(言語聴覚士)
- 21) 口腔乾燥が著明な患者の口腔ケアに、保湿ジェルや口腔ケア用品の使い方を教えていただきとても勉強になった。教わった方法で実施すると大変喜んでおられた。(言語聴覚士)
- 22) 早期に義歯を作製したことで、食事の開始、形態アップがスムーズに行えた。(言語聴覚士)
- 23) 口の中の状態が改善したことで食事量が増え、リハビリの効果があり患者のQOLが向上した。(MSW)

Q1.脳卒中患者に対する口腔ケアのポイントは？

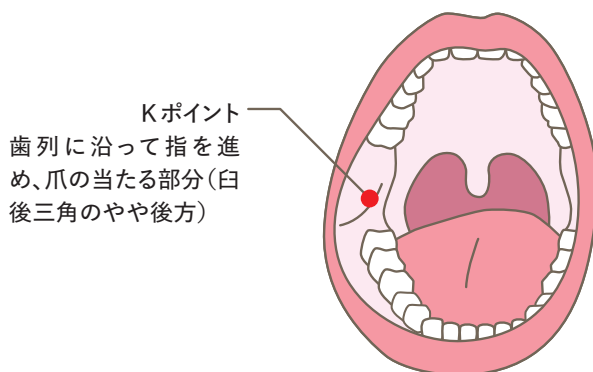
A1.口腔ケアは、毎日継続することが重要です。特に、食後や寝る前に行うと効果的です。麻痺がある場合は、麻痺側を上にして横向きに寝かせると良いです。これにより、誤嚥のリスクを減らせます。また、口腔機能が低下しないように、簡単な口腔体操や嚥下訓練を取り入れると良いでしょう。

Q2.口腔内汚染、乾燥が強い患者に適した口腔ケア方法や用品はありますか？

A2.口腔内に痂皮が多い患者に対しては、痂皮を柔らかくするために、保湿剤を使用することが効果的です。保湿剤を口腔内に塗布し、柔らかくなってからケアを行うと良いでしょう。柔らかいスポンジブラシや、口腔内用のウェットシートを使用することで、口腔内を傷つけずに痂皮を除去できます。

Q3.ケア時に口を開けてくれない患者への対応方法が知りたい。

A3.開口しない患者は、その原因として「開口したくない」と「開口できない」の二つに分けて考えることができます。「開口したくない」原因としては、まず一つの可能性として、高次脳機能障害や併存疾患による認知機能の低下や意思疎通困難が考えられます。簡単に表現するならば「見知らぬ人に、何をされるのか分からないため拒否してしまう」という状態です。この場合は、最初から口腔内にアプローチするのではなく、患者へのあいさつや声掛けをしっかりと、丁寧に行うことや、口より遠位（例：手や肩など）にやさしく触れることから始めることで徐々にケアや処置が可能となる場合があります。もう一つの可能性として、「痛いので触れられたくない」ため開口しない場合もあります。これは、失語などの意思疎通困難が背景にあることにくわえて、口腔衛生管理不良により口腔内の状態が悪い状態の時にしばしば生じます。ケアや処置は開口してもらえないと行えませんが、痛みが生じにくい、なるべく受け入れやすい方法や処置内容から徐々に始めることで、開口できるようになる可能性があります。一方で「開口できない」原因としては、脳卒中患者の場合、偽性球麻痺の症例でしばしば生じる開口障害（咬反射の亢進）が挙げられます。この際は、臼後三角後縁のやや後方、口蓋舌弓の側方と翼突下顎ヒダの中央付近の粘膜（いわゆるK-point）を刺激する方法で開口を促すことが可能です。



Q4.脳卒中で挿管中の患者の口臭が気になります。何故でしょうか。

A4.挿管中は口を閉じることが難しく、口腔内が乾燥しやすくなります。これにより唾液の分泌が減少し、口臭が強くなることがあります。

Q5.患者が在宅復帰される際の歯科治療や口腔機能の低下に対して、どこに連絡したり相談すればよいのでしょうか。

A5.まずは患者にかかりつけ歯科医院があれば、そこにご相談ください。もしかかりつけ歯科医院が無い場合は、大阪府下56地区にそれぞれ在宅歯科ケアステーション（P18,19参照）がありますので、そちらにご相談ください。

1. 歯科との連携窓口

各地区在宅歯科ケアステーション一覧

(大阪府歯科医師会ホームページにも掲載しています。 URL : <https://www.oda.or.jp/visit/>)

大阪府下 在宅歯科ケアステーション 一覧

令和7年3月1日現在

市区町村名	相談窓口	電話番号	窓口開設日時
北区	北地区在宅歯科ケアステーション	06-6363-0016	火・水・木 午前11時から午後3時
	大淀地区在宅歯科ケアステーション (重松歯科医院内)	06-4798-1888	月、水、金 午前10時から午後2時
都島区	都島地区在宅歯科ケアステーション (ゆう歯科クリニック内)	090-1591-8020	月、火、木 午前9時から11時、午後1時から3時
福島区	福島地区在宅歯科ケアステーション (なかむら歯科内)	06-6440-1888	月、水、金 午前10時から午後2時
此花区	此花地区在宅歯科ケアステーション (やすだ歯科医院内)	06-6463-8249	月、水、金 午前10時から午後2時
中央区	東地区在宅歯科ケアステーション	06-6227-1332	水、木 午前9時から午後1時
	南地区在宅歯科ケアステーション	06-6241-3501	月、水、金 午前10時から午後3時
西区	西地区在宅歯科ケアステーション (マキタ歯科医院内)	06-6533-0520	月～金 午前10時から午後1時、午後3時から午後7時 土 午前10時から正午
港区	港地区在宅歯科ケアステーション (ひらお歯科医院内)	06-6599-0525	月、火、木、金 午前10時から午後5時
大正区	大正地区在宅歯科ケアステーション (あさの歯科医院内)	080-9475-8727	月、火、木 午前9時から午後3時
天王寺区	天王寺地区在宅歯科ケアステーション	080-2511-8323	月、水、金 午前10時から午後2時
浪速区	浪速地区在宅歯科ケアステーション (新開歯科内)	06-6634-1648	月、水、金 午前10時から午前11時30分 午後1時30分から午後4時
西淀川区	西淀川地区在宅歯科ケアステーション (たなか歯科医院内)	06-6478-9280	月、水、金 午前10時から午後2時
淀川区	淀川地区在宅歯科ケアステーション	06-6304-5542	月、水、金 午前10時から午後2時
東淀川区	東淀川地区在宅歯科ケアステーション	06-6328-9593	月、水、金 午前10時から午後2時
東成区	東成地区在宅歯科ケアステーション	06-6974-0966	月、水、金 午前10時から午後2時
生野区	生野地区在宅歯科ケアステーション	06-6715-2767	月、水、金 午前8時40分から午後0時40分
旭区	旭地区在宅歯科ケアステーション	06-6951-5906	火、木、金 午前10時から正午、午後1時から午後3時
城東区	城東地区在宅歯科ケアステーション (きたがき歯科医院内)	06-6962-1400	月、火、木、金 午前9時30分から正午
鶴見区	鶴見地区在宅歯科ケアステーション	06-6911-8857	火・木 午前9時30分から午後0時30分、午後2時から午後5時
阿倍野区	阿倍野地区在宅歯科ケアステーション	06-6624-1815	月～金 午前10時から午後0時30分
住之江区	住之江地区在宅歯科ケアステーション	06-6682-1801	月、水、金 午前10時から午後2時30分
住吉区	住吉地区在宅歯科ケアステーション	06-6695-0919	月、水、金 午前10時から午後2時
東住吉区	東住吉地区在宅歯科ケアステーション	06-6797-2511	月～金 午前10時から午後3時
平野区	平野地区在宅歯科ケアステーション	06-6701-5883	月、水、金 午前10時から午後2時
西成区	西成地区在宅歯科ケアステーション (原田歯科内)	0120-8686-99	火、水、木 午前10時から正午、午後3時から午後5時

大阪府下 在宅歯科ケアステーション 一覧

令和7年3月1日現在

市区町村名	相談窓口	電話番号	窓口開設日時
箕面市 能勢町	箕面地区在宅歯科ケアステーション	072-728-0118	月～金 午後1時から午後3時
池田市 豊能町	池田地区在宅歯科ケアステーション	072-751-1114	月、火、金 午前10時から午後2時
豊中市	豊中地区在宅歯科ケアステーション	06-6848-1681	月～金 土 午前10時から午後5時 午前10時から正午
吹田市	吹田地区在宅歯科ケアステーション	06-6389-6881	月、水、金 午前10時から午後2時
茨木市	茨木地区在宅歯科ケアステーション	072-624-5601	月～金 午前10時から午後4時
摂津市	摂津地区在宅歯科ケアステーション	072-634-8589	火・水・金 午前10時から午後2時
高槻市 島本町	高槻地区在宅歯科ケアステーション	072-676-0235	月、水、金 午前10時から午後2時
枚方市	枚方地区在宅歯科ケアステーション	072-848-1108	月～金 午前9時から午後4時
交野市	交野地区在宅歯科ケアステーション	072-895-2558	月～金 午前10時から午後3時
寝屋川市	寝屋川地区在宅歯科ケアステーション	072-828-3930	月、水、金 午前10時から午後2時
守口市	守口地区在宅歯科ケアステーション	06-6995-2888	月、水、金 午前10時から午後2時
門真市	門真地区在宅歯科ケアステーション	06-6904-0670	月、水、金 午前10時から午後2時
大東市 四條畷市	大東・四條畷地区在宅歯科ケアステーション	072-812-2553	月、水、金 午前9時から正午、午後3時から午後5時
東大阪市	東大阪東地区在宅歯科ケアステーション	072-965-1020	月～金 午後1時から午後4時
	東大阪西地区在宅歯科ケアステーション	06-6753-8808	月・火・木・金 午前11時から午後2時
八尾市	八尾地区在宅歯科ケアステーション	072-993-9013	月、水、金 午前10時から正午 午後1時から午後3時
柏原市	柏原地区在宅歯科ケアステーション (太田歯科医院内)	072-978-4618	月、水、金 午前9時から午後1時
藤井寺市	藤井寺地区在宅歯科ケアステーション	0729-52-0960	月、水、金 午前10時から午後2時
松原市	松原地区在宅歯科ケアステーション	072-294-6612	月、水、金 午後1時から午後5時
羽曳野市	羽曳野地区在宅歯科ケアステーション	072-956-8111	火、木、金 午後0時30分から午後4時30分
富田林市 河南町 太子町 千早赤阪村	富田林地区在宅歯科ケアステーション	0721-21-3567	月、火、木、金 午前10時から正午
大阪狭山市 堺市美原区	狭山美原地区在宅歯科ケアステーション	072-368-6650	月、水、金 午前10時から午後2時
河内長野市	河内長野地区在宅歯科ケアステーション	0721-54-2002	月、水、金 午前11時から午後3時
堺市堺区 堺市中区 堺市東区 堺市西区 堺市南区 堺市北区	堺地区在宅歯科ケアステーション	072-243-1902	月～金 午前10時から午後4時
高石市 忠岡町	高石忠岡地区在宅歯科ケアステーション (仲西歯科医院内)	072-261-1321	月、水、金 午後1時から午後2時
泉大津市	泉大津地区在宅歯科ケアステーション	0725-33-6480	月、水、金 午後1時から午後5時
和泉市	和泉地区在宅歯科ケアステーション	0725-45-1180	月～金 午前10時から午後4時
岸和田市	岸和田地区在宅歯科ケアステーション	072-439-3075	水、金 午前9時から正午、午後1時から午後4時
貝塚市	貝塚地区在宅歯科ケアステーション (いまい歯科クリニック内)	090-4273-8020	月、水、木 午前9時から正午
泉佐野市 泉南市 阪南市 熊取町 田尻町 岬町	泉佐野泉南地区在宅歯科ケアステーション	072-469-0802	月、水、金 午前10時30分から午後2時30分

2. 各種啓発媒体等

患者向け啓発媒体

○患者向けリーフレット「脳卒中の方のお口の健康管理」

表

裏



令和5年10月作成 大阪府歯科医師会作成リーフレット (A4表裏)
※口腔機能管理体制確保事業にご協力いただいた各病院へ配布しました。
(大阪府歯科医師会ホームページよりダウンロードが可能です)
URL : <https://www.oda.or.jp/publish/>

口腔アセスメントツール (OHAT)

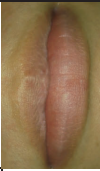
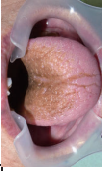
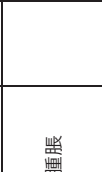
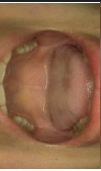
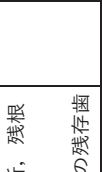
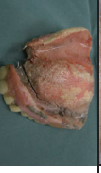
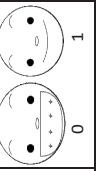
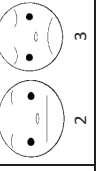
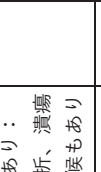
入院中の患者は、その治療や経過に伴って口腔粘膜炎などの口腔内に関するトラブルが出現することがあり、アセスメント表等を用いて口腔内を評価することが大切です。

OHATは、自分自身で口腔内の痛みや異常の訴えを表出することができない、要介護者の口腔問題を適切に発見することを目的として、オーストラリアの歯科医師 Chalmers らによって作成された口腔アセスメントツールであり、日本では東京科学大学の松尾 浩一郎によって翻訳されています。

8つの評価項目があり、それらを健全(0)から病的(2)までの3段階に分類し、各項目のスコアを合計して評価します。「どこが」「どの程度」を数値化・客観化することで、口腔状態を適切に評価し、評価に基づいたケアを行っていくことができます。また、適切なタイミングでの歯科依頼などが期待できます。

【参考資料】

Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, Wright FA, Carter KD: The oral health assessment tool-validity and reliability. Australian dental journal. 50: 191-199. 2005.
松尾浩一郎, 中川量晴. 口腔アセスメントシート Oral Health Assessment Tool 日本語版 (OHAT-J) の作成と信頼性, 妥当性の検討. 障害者歯科. 37: 1-7. 2016.
Oral Health Assessment Tool (OAHT) 日本語版. Available from : <https://www.ohcw-tmd.com/research>

ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL 日本語版 (OHAT-J)									
(Chalmers JM, 2005; 松尾, 2016)									
ID:	氏名: 評価日: / /								
項目	0 = 健全	1 = やや不良	2 = 病的				スコア		
口唇			乾燥, ひび割れ, 口角の発赤			腫脹や腫瘍, 赤色斑, 白色斑, 潰瘍性出血, 口角からの出血, 潰瘍			
舌			正常, 湿润, ピンク			赤色斑, 白色斑, 潰瘍, 腫脹			
歯肉・粘膜			正常, 湿润, ピンク			腫脹, 出血(7歯分以上) 歯の動揺, 潰瘍 白色斑, 発赤, 圧痛			
唾液			湿润, 漿液性			赤く干からびた状態 唾液はほぼなし, 粘性の高い唾液 口渇感あり			
残存歯 ☐ 有 ☐ 無			歯・歯根のう蝕または破折なし			4本以上のう蝕, 歯の破折, 残根 非常に強い咬耗 義歯使用無しで3本以下の残存歯			
義歯 ☐ 有 ☐ 無			正常 義歯, 人工歯の破折なし 普通に装着できる状態			二部位以上の義歯, 人工歯の破折 義歯紛失, 義歯不適のため未装着 義歯接着剤が必要			
口腔清掃			口腔清掃状態良好 食渣, 歯石, プラークなし			多くの部位に 食渣, 歯石, プラークあり 強い口臭あり			
歯痛			疼痛を示す 言動的, 身体的な兆候なし			疼痛を示す身体的な兆候あり: 頬, 歯肉の腫脹, 歯の破折, 潰瘍 歯肉下膿瘍. 言動的な徴候もあり			
歯科受診 (要・不要)	再評価予定日 / /			合計					

令和6年度 口腔機能管理体制確保事業
プログラム作成ワーキング委員 名簿（順不同、敬称略）

委員長	竹信 俊彦	大阪歯科大学 口腔外科学第二講座 主任教授
委 員	宮川 松剛	大阪府医師会 副会長
〃	丸尾 明代	大阪府看護協会 常務理事
〃	田中 信和	大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部 医長
〃	若杉 葉子	医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック歯科診療部 歯科部長
〃	橋場 佳子	大阪府歯科衛生士会 監事
〃	山本 道也	大阪府歯科医師会 常務理事
〃	北垣 英俊	大阪府歯科医師会 常務理事
〃	柚木 求見	大阪府歯科医師会 理事
〃	西浦 勲	大阪府歯科医師会 理事



編 集 一般社団法人 大阪府歯科医師会
〒543-0033 大阪市天王寺区堂ヶ芝 1-3-27

発 行 大阪府
〒540-8570 大阪市中央区大手前 2-1-22

発行日 令和7年3月(地域医療介護総合確保基金を活用)