

表1 周術期等口腔機能管理料の内訳

| 算定項目                                       | 回数                             | 点数   |
|--|--------------------------------|------|
| ①周術期等口腔機能管理計画策定料                           | 1回限り                           | 300点 |
| ②周術期等口腔機能管理料（Ⅰ-1）<br>（手術前）                 | 外来（入院前）または他院入院中<br>1回限り        | 280点 |
| ③周術期等口腔機能管理料（Ⅰ-2）<br>（手術後）                 | 外来（退院後）または他院入院中<br>3カ月以内3回限り   | 190点 |
| ④周術期等口腔機能管理料（Ⅱ-1）<br>（手術前）                 | 入院中<br>1回限り                    | 500点 |
| ⑤周術期等口腔機能管理料（Ⅱ-2）<br>（手術後）                 | 入院中 術後 3カ月以内月2回                | 300点 |
| ⑥周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）<br>（放射線治療または化学療法、<br>緩和ケア） | 治療開始前（予定）から治療後の<br>緩和ケア中まで 月1回 | 190点 |
| 診療情報提供料                                    | 月1回                            | 250点 |

表2 医科点数表での評価

| 算定項目                   | 点数   |
|------------------------|------|
| Ⓐ診療情報提供料（Ⅰ） 歯科医療機関連携加算 | 100点 |
| Ⓑ周術期口腔機能管理後手術加算        | 200点 |

歯科口腔外科のある病院で院内歯科口腔外科のみが行う場合

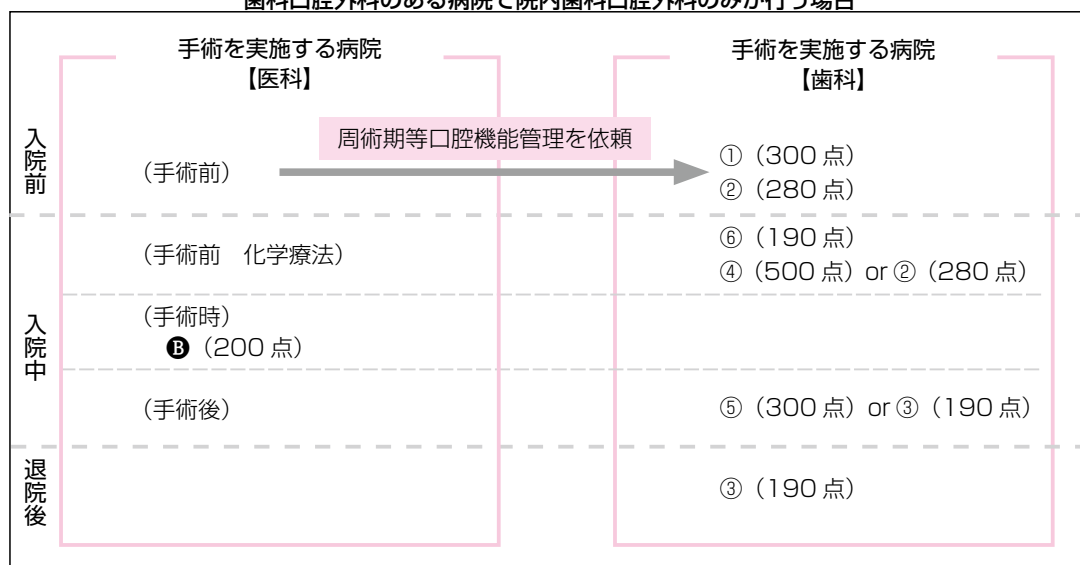


図2 手術前に化学療法を実施する場合の周術期等管理のイメージ（歯科標榜がある病院）

#### 4）算定は病院・歯科診療所のどちらでも可能

平成24年度診療報酬改定で、新しく周術期口腔機能管理料が設定され、2年ごとの診療報酬改定でさらに拡充されてきました。これは歯科口腔外科を併設している病院にのみ適応されるわけではなく、医科診療を行っていない歯科診療所でも算定は可能な制度となっています。

手術等を行う医療機関の依頼を受け、患者またはその家族の同意を得たうえで、歯科診療のみを実施している保険医療機関も表1内の該当点数を算定することができます。

全国の病院に「歯科口腔外科」があるわけではありませんし、病院内の歯科口腔外科だけでは重要性が増している必要な口腔機能管理のすべてを担いきれるわけでもありません。途切れない口腔機能管理を提供するために、入院前や退院後における歯科医療機関の口腔機能管理、入院中における病院での口腔機能管理や病院と歯科医療機関との連携がますます重要となってきます。

入院中の口腔機能管理を担当していた院内歯科口腔外科から診療情報提供書に周術期等口腔機能管理計画書も同封していただき、紹介先の歯科診療所などでその計画に基づいた口腔機能管理を実践してもらうことも求められている姿かと思われます。

がん診療を中心的に行う医療機関内に歯科口腔外科がある場合、医療機関内に歯科口腔外科がない場合、歯科口腔外科はあっても現実的に関連診療をすべてカバーできない場合など、医療機関それぞれに事情を抱えてはいることと思いますが、いずれのケースにおいても何らかの周術期等口腔機能管理診療を担い、国民の健康増進に寄与することに見合った診療報酬を算定することが期待されています。次ページの図3を参考に読者のみなさんが貢献できる役割について確認していただければと思います。

図3内の記号は、必要となる書類などを示しています。下記を参考にしてください。

- Ⓐ診療情報提供書 術前（資料編Ⓐ）
- Ⓐ' 診療情報提供書 術後（資料編Ⓐ'）
- Ⓑ周術期等口腔機能管理計画書（資料編Ⓑ）
- Ⓒ周術期等口腔機能管理報告書 術前、Ⓒ' 周術期等口腔機能管理報告書 術後（資料編Ⓒ・Ⓒ'）
- Ⓓ返書（資料編Ⓓ）
- Ⓔ同意書（資料編Ⓔ）
- Ⓕ患者への報告（初回・資料編Ⓕ）
- Ⓖ患者への報告（2回目・資料編Ⓖ）
- Ⓖ'看護師用の口腔内アセスメント表（資料編Ⓖ'）
- Ⓖ''患者説明用資料（主治医よりの説明時に使用、資料編Ⓖ''）
- Ⓖ'''周術期等患者への説明用資料（資料編Ⓖ'''）
- Ⓖ''''化学療法・放射線治療患者への説明用資料（資料編Ⓖ''''）

**b. 口腔機能管理の内容の説明**

次に、口腔機能管理の内容を簡単に説明します。

- ・口腔機能管理のためのアセスメント
- ・アセスメントに基づいた歯科保健指導
- ・アセスメントに基づいた歯科治療や予防処置（歯石除去・クリーニング）は、外来または連携歯科診療所で実施

**c. 留意点**

手術が決まったら、入院後よりも入院前から歯科口腔外科受診を勧めることにより、歯科口腔外科における徹底管理が可能となります。近年では、入院期間を短縮するために、手術に必要な検査は外来にて行い、手術直前に入院されるケースが増えています。このため、特に歯科口腔外科がない病院は、連携歯科診療所と術前からの十分な連携が必要となります。入院前から歯科口腔外科への受診を勧めることが大切です。

**3) 周術期等患者への説明**

主治医より周術期等の口腔機能管理の必要性の説明はされていますが、再度、歯科口腔外科または連携歯科診療所の歯科医師の立場から小冊子を活用し、口腔機能管理の必要性や内容についてより詳しく説明します。

**(1) ③周術期等患者への説明用資料の使い方****a. 口腔機能管理の目的と内容のアウトラインの説明**

資料を活用して、「本来の治療を円滑に行うためには、手術前からお口のトラブルを予防することが大切であること」を伝えます。そのために、『お口の健康管理』として口腔全体の検査を行い、口腔のトラブルを予防する方法を説明し、必要に応じて治療や予防を行うことに同意を得ます。説明の最後に、書面にて同意を得ます。

**b. 口腔機能管理の必要性の説明**

手術前から口腔の健康管理が必要であることを、資料を用いて説明します。患者の状況や会話から口腔状態を観察し、すべての項目ではなく患者に必要な情報を提供します。

「歯周病が全身に及ぼす影響」「手術とお口の健康」「手術前後に注意すること」「手術前後に歯科口腔外科で行うこと」について、すべての患者に情報提供が必要ですが、特に歯周病の進行が疑われる患者、口腔清掃がもう一歩と判断した患者に対しては、丁寧に説明します。全身麻酔前には口腔の検査が必要なこと、口腔を清潔に保つことが大切であることを強調します。

**c. 口腔機能管理の内容の説明**

資料を用いて、口腔機能管理の内容も具体的に説明します。最初に、口腔全体の検査（口腔機能管理のためのアセスメント）を行い、その結果に基づき、必要な治療や予防処置やセルフ

ケアの支援を行うことを伝えます（詳細は後述）。この説明後に、書面にて同意書へのサインを依頼します（@同意書：資料編③）。

**d. 口腔機能管理のためのアセスメントと結果の説明**

引き続き、口腔機能管理のためのアセスメントを行い（詳細は後述）、結果の説明をします。手術までに必要な歯科治療や予防について、いつ、どこで可能かも含めて説明します。すぐに説明できないときは、いつ連絡をするかを伝えます。さらに当日、病棟にて口腔を清潔に保つ方法について説明します。

**(2) 留意点**

- ・手術前の患者は大きな不安を抱えています。口腔機能管理が大切であることを伝えようとするばかりに、患者の不安を助長しないように注意が必要です。口腔機能管理が大切であることを伝える場合でも、患者本人や家族の立場に立って、患者が前向きに行ってみようと思えるような説明を心がけましょう。
- ・口腔機能管理のためのアセスメント結果から、至急、治療が必要な場合は、手術の予定に合わせて最良の時期に対応ができるように努力します。
- ・手術までに病棟で実践できる口腔清掃は、具体的で実践しやすい方法を紹介します。

**4) 口腔機能管理のためのアセスメント**

口腔機能管理評価においては、①出血や潰瘍の有無といった客観的に評価が可能な項目、②セルフケアができるか否かといった患者の状態・能力を反映させた項目があります。各アセスメント項目を3段階程度に分け、病態の変化を把握しやすくすることがPDCAサイクルを回すうえで大切です。最初の評価に加えて継続評価を行い、改善、不変、悪化といった変化を記録・評価することにより、患者の病態の変化が把握・確認でき、ケアプランが正しかったかどうかの判断にも役に立ちます。

**(1) 歯の状態**

ケアに注意を要する歯の状態を確認します。補綴装置の状態（義歯やブリッジやインプラントなど）、残根や歯の破折、鋭縁の有無などを確認します。脱落して誤嚥する可能性のある歯を確認するために、動揺度もチェックします。根尖病巣の有無といった「感染源になるのでは？」という観点からも問題の抽出に努めましょう。

**(2) 歯周の状態**

歯周ポケットの深さ、歯肉の色、腫脹・歯肉からの出血・ステッピング（図1）の有無などにより、歯周病の状態を評価します。歯周病が進行している場合や歯石が付着している場合は、歯磨きのみでは改善できません。歯周病の評価を行ったうえで、歯科口腔外科・連携歯科診療所での歯石除去やクリーニングなどが必要となります。

重篤な骨髄抑制が予測される場合、また、ビスフォスフォネート製剤などの骨代謝回転抑制剤の使用や頭頸部への放射線照射による顎骨骨髄炎・顎骨壊死などの予防のために、問題となりそうな歯は抜歯する場合があります。抜歯となった場合はその部位の歯が欠損するため、義歯などの製作も必要になります。

## 6) 周術期等の器質的オーラルケア

患者により、口腔内の状態ばかりでなく、基礎疾患、全身状態などにより個人差があるため、以下に示す標準的なオーラルケアは前述のアセスメントから個別のオーラルケアとして変更・加除の必要があります。

### (1) 予防処置

歯石除去や歯のクリーニング(図4)は、プラークや歯石を除去し、専門の器具を使用して歯の表面を滑沢にします。これらにより、日常の口腔清掃が行いやすくなり、歯周病やう蝕の予防ができます。



図4 歯のクリーニング

### (2) 口腔清掃指導

口腔清掃・義歯清掃の支援として、患者ごとの口腔に合わせた用具の選択や歯磨きの方法だけではなく、歯が1本もなくとも粘膜を清掃するブラシでの口腔清掃や義歯清掃法、保湿法をアドバイスします(図5)。



図5 口腔清掃指導

### (3) 周術期等の口腔清掃法

口腔状態に合わせた用具の選択方法とその使用方法を紹介します(図6~19)。

#### a. 多数歯の場合



図6 一般的な清掃法  
歯ブラシを歯面に対して直角に当てる。軽い力で小刻みに動かす。

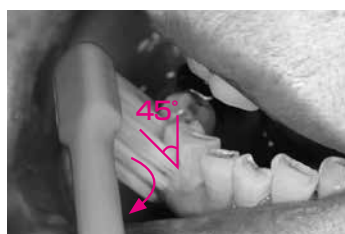


図7 歯周治療中の清掃法  
歯ブラシを歯面に対して歯根方向に45°傾け当てる。軽い力で小刻みに動かす。



図8 歯列不正など凸凹部分の清掃  
歯ブラシを縦に当てて清掃する。



図9 電動ブラシによる清掃  
手が不自由な場合などは電動ブラシの使用を検討する。できない場合は、口腔全体もしくは部分的な介助を考慮する。

#### b. 少数歯の場合



図10 ブリッジの清掃  
多数歯と同様に、歯ブラシの毛先をブリッジに沿わせ、1本1本丁寧にブラッシングする。小さめの歯ブラシを用いると、小回りが効いて清掃しやすい。



図11 歯間部の清掃  
歯ブラシでの清掃が基本であるが、歯ブラシが届かない歯と歯の間の清掃は歯間ブラシの使用も考慮する。この場合、外側だけでなく、内側からも清掃する。



図12 義歯の鉤歯の清掃  
義歯を使用するようになると、義歯と鉤歯周囲に食渣がたまりやすくなる。歯ブラシを小刻みに動かして清掃する。この際に、義歯も口腔外で清掃する。



1) 誤嚥性肺炎の病態

(1) 誤嚥性肺炎の概念

誤嚥性肺炎（嚥下性肺炎ともいう）という用語は古くから使われていますが、定義や診断基準については明確ではありません。この問題点を考慮して、わが国では嚥下性肺疾患研究会が発足し、そこで嚥下性肺疾患が分類・定義されました（図1）。これによると、嚥下性肺疾患として、人工呼吸器関連肺炎、メンデルソン症候群（Menderson syndrome）、誤嚥性肺炎（通常型）、びまん性嚥下性細気管支炎の4つの疾患を取り上げ、3つに分類しています。最も頻度の高い誤嚥性肺炎は、明らかな誤嚥（顕性誤嚥）の確認、または嚥下機能障害の存在と肺の炎症所見の確認によって診断されます。つまり、嚥下機能障害を確認した患者に発症する肺炎で、明らかな他の原因が考えられない場合は誤嚥性肺炎と考えてよいということです。したがって、一般的に肺炎患者をみた場合は嚥下機能障害の有無の評価が重要となります。

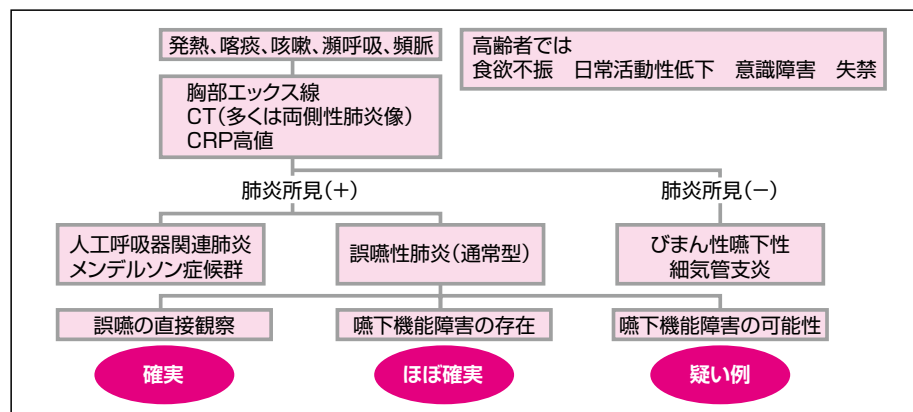


図1 誤嚥性肺炎診断フローチャート<sup>1)</sup>一部改変

(2) 誤嚥と誤嚥性肺炎の関係

嚥下機能障害という病態では誤嚥を生じますが、誤嚥が生じることと肺炎が発症することとはイコールではありません。誤嚥には、食事や飲水でむせるような「顕性誤嚥」と、主に夜間に気づかれないうちに鼻腔、口腔、咽喉頭分泌物を誤嚥する「不顕性誤嚥」とがあります。通常、誤嚥性肺炎は、顕性誤嚥から発症することよりも、頻回に起こる不顕性誤嚥の結果として多く発症します（図2）。したがって、絶食措置や経鼻胃管、胃瘻

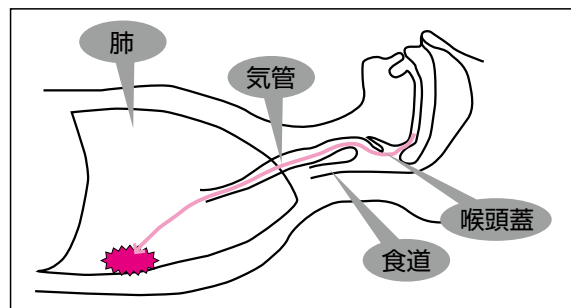


図2 不顕性誤嚥肺炎の経路  
口腔内・鼻腔内の微生物を含んだ唾液が夜間に気付かれない間に誤嚥され、肺に吸い込まれることで肺炎を起こす。肺の背中側に肺炎が起こりやすい。

留置も絶対的な誤嚥性肺炎の予防策とはなりません。

誤嚥性肺炎発症のリスクとなる状態・疾患を表1にまとめました。ここでは、主に嚥下機能に関係する因子が、脳神経疾患から器質的な異常まで幅広く含まれています。一方、患者の全身状態・防御能も無視できない因子ではありますが、これを客観的に評価することは困難です。

表1 誤嚥の危険因子

|                 |  |
|-----------------|--|
| 神経疾患            | 脳血管障害<br>パーキンソン病<br>認知症（脳血管性、アルツハイマー型）   |
| 寝たきり状態          |  |
| 口腔・咽喉頭の異常       |  |
| 胃食道疾患           | 食道憩室、食道運動障害（アカラシア、強皮症）<br>嚥下に影響しうる悪性腫瘍<br>胃-食道逆流（食道裂孔ヘルニア、逆流性食道炎）<br>胃切除（全摘、亜全摘） |
| 医原性             | 鎮静薬、睡眠薬<br>経管栄養  |
| むせをしばしば自覚、または目撃 |  |

これらを踏まえて、図3に誤嚥性肺炎発症のメカニズムを示しました。誤嚥性肺炎の発症の過程は、①鼻腔・口腔内の微生物が、②気道へ吸引・誤嚥され、③肺炎を引き起こすというものです。①の鼻腔・口腔内の微生物の種類や量に関しては、鼻腔・口腔内衛生状態の問題です。②の肺へ吸引・誤嚥される過程は嚥下反射（すなわち嚥下能）の障害や、口腔、咽喉頭、食道（逆流）、体位などの問題です。③の肺炎に至る過程では、局所や全身の防御能が重要であり、咳反射の障害や、全身免疫力の低下が問題となります。したがって、これらの過程が複雑に障害されることで誤嚥性肺炎が成立します。

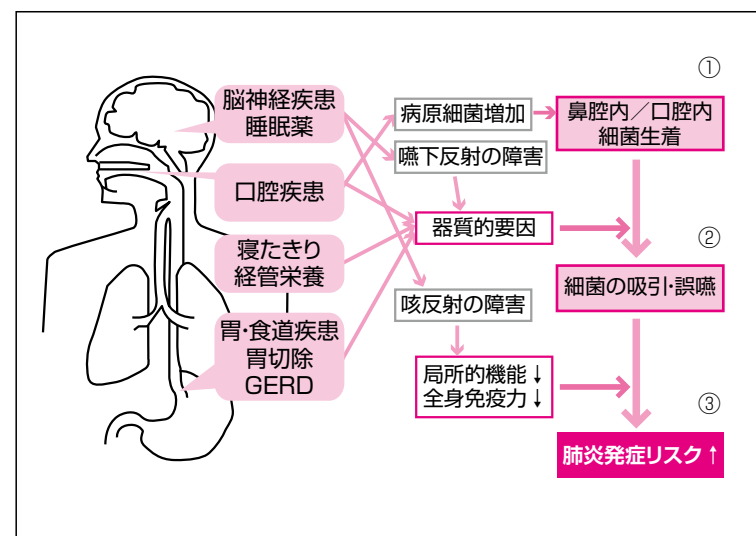


図3 誤嚥性肺炎発症のメカニズム