

要 保 管

山形県における がん患者診療に関わる 医科歯科医療連携マニュアル

平成25年8月

山形県がん診療連携協議会・一般社団法人山形県歯科医師会

山形県がん診療連携協議会

都道府県がん診療連携拠点病院	山形県立中央病院
地域がん診療連携拠点病院【特定機能病院】	山形大学医学部附属病院
地域がん診療連携拠点病院	山形市立病院済生館
地域がん診療連携拠点病院	山形県立新庄病院
地域がん診療連携拠点病院	公立置賜総合病院
地域がん診療連携拠点病院	日本海総合病院
山形県がん診療連携指定病院	鶴岡市立荘内病院

山形県がん診療連携協議会と山形県歯科医師会が主催する講習会を受講した山形県歯科医師会会員を連携歯科医師として登録し、連携してがん患者の治療にあたります。

本マニュアルは、山形県がん診療連携協議会と山形県歯科医師会の医科歯科医療連携事業に基づき、山形県歯科医師会が山形県がん診療連携協議会に連携登録会員名簿を提供し、山形県内のがん診療連携拠点病院等においてがん治療を受ける患者における医科歯科医療連携体制の構築を図るものです。

目 次

I. 山形県がん診療連携協議会と山形県歯科医師会による医科歯科医療連携事業要項	P 3
II. 連携の流れ図	P 4
III. 資 料	
1. 病院→連携歯科医療機関 診療情報提供書（手術前）	P 5
2. 病院→連携歯科医療機関 診療情報提供書（手術後 退院時）	P 6
3. 連携歯科医療機関→患者 周術期口腔機能管理計画書	P 7
4. 連携歯科医療機関→患者 周術期口腔機能管理報告書	P 8
5. 連携歯科医療機関→病院 診療情報提供書（口腔処置終了時）	P 9
IV. 付 録	
1. 患者向け文書「全身麻酔手術前の歯科受診のお勧め」	P 1 0
2. 患者向け文書「がん医療連携歯科医院について」	P 1 1
3. 歯科受診勧奨説明文書（ポスター）「手術を予定されている方へ」	P 1 2

山形県がん診療連携協議会と山形県歯科医師会による 医科歯科医療連携事業 要項

I. 本事業の背景及び目的

現在日本では死亡原因のトップをがんが占めるようになり、2人に1人が一生のうちに一度はがんに罹患すると推定されている。このように多くの人を受けるがん治療においては、口腔の衛生状態や健康度ががん治療の経過や予後に大きく関わることが種々の研究から明らかになり、がん治療の支持療法のひとつとして歯科治療、口腔ケアが位置づけられるようになってきた。

このような背景から、山形県がん診療連携協議会と山形県歯科医師会においては県内のがん治療に関わる医科歯科連携を県域レベルで展開し、山形県民のがん治療に貢献することを目的として本事業を実施する。

II. 事業内容

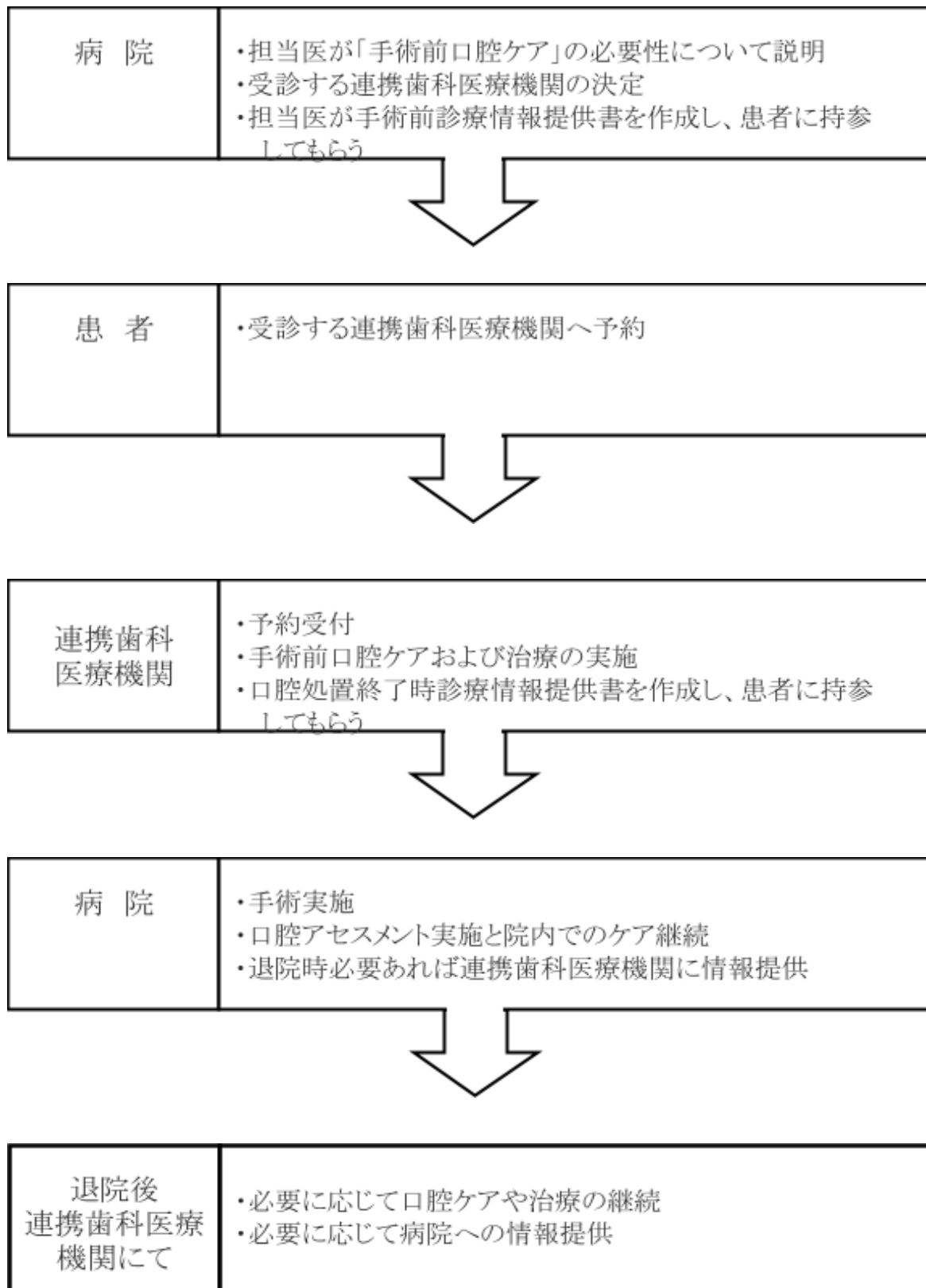
- (1) 山形県がん診療連携協議会と山形県歯科医師会による連携の構築と運営
- (2) 「山形県におけるがん患者診療に関わる医科歯科医療連携マニュアル」の作成
- (3) がん診療連携拠点病院等の担当医と山形県歯科医師会会員が連携した、がん治療の術前・術中・術後の合併症の軽減や予後改善に貢献する口腔内処置の実施
- (4) その他山形県におけるがん治療連携推進に資する事項

III. 運 営

山形県がん診療連携協議会と山形県歯科医師会とが協同で運営にあたる。

運営に要する費用については、山形県がん診療連携協議会と山形県歯科医師会の協議により定めるものとする。

流れ図：一般的な例を示します。病院により、「流れ」は変わります。



連携歯科医療機関 住所	
名称	
担当医	先生御侍史

〒 - 病院
山形県
TEL - - (代表) FAX - -
科
医師

メールアドレス 担当医先生御侍史

フリガナ 患者氏名	様 (ID
生年月日 年 月 日	(歳 か月) 男・女)

診療情報提供書 手術前

年 月 日 ☐郵送 ☐持参

【診断名】

【紹介目的】

上記診断に対し、年 月 日 の予定です。

そのための入院は 月 日の予定です。

つきましては、治療に伴う合併症の軽減のために、入院前日までに口腔ケアを含めた歯科の処置をお願いいたします。

【特記すべき現在の状態と治療経過】

【その他】

連携歯科医療機関 住所	
名称	
担当医	先生御侍史

〒 - 山形県
 TEL - - (代表) FAX - -
 科
 医師

〒 - 山形県

フリガナ 患者氏名	様 (ID
生年月日 年 月 日	(歳 か月) 男・女)

診療情報提供書 手術後 退院時

年 月 日 □郵送 □持参

【診断名】

【紹介目的】

上記診断に対し、 年 月 日 を行いました。
 今後も引き続き、口腔ケアを含めた歯科の処置をお願いいたします。

【治療経過および治療結果】

現在の状態

今後の治療予定

【その他】

周術期口腔機能管理計画書

平成 年 月 日

患者氏名 _____ 様

歯科診療所の名称

所在地

電話番号

担当歯科医師氏名

印

治療・手術等を予定又は治療を行っている医療機関名	
基礎疾患の状態(現病歴・既往症・合併症など)	
生活習慣 ☐ 1日の歯磨き回数 ()回 ☐ 歯磨き時間 分 ☐ 起床後 ☐ 朝食後 ☐ 昼食後 ☐ 夕食後 ☐ 就寝前 ☐ 歯口清掃器具の使用 ☐ 歯ブラシ ☐ 歯間ブラシ ☐ フロス その他() ☐ 習慣的飲食物等 ☐ ジュース類 ☐ お茶 ☐ 飲酒 ☐ なし ☐ 喫煙 ☐ 有 本/日 ☐ 無 ☐ 過去に経験あり ☐ 睡眠時間 ☐ 時間/日 ☐ 睡眠障害がある ☐ 歯磨き方法 ☐ 指導を受けたことがない ☐ 指導を受けたことがある その他 ()	
主病の手術等の予定 ☐ 手術予定日 (月 日) ☐ 手術後 ☐ 化学療法開始予定日 (月 日) ☐ 化学療法中 ☐ 放射線療法開始予定日 (月 日) ☐ 放射線療法中	
口腔内の状態等(現在の状態及び治療によって予測される変化) ☐ 口腔乾燥 ☐ 口内炎 ☐ 歯周病 ☐ 舌炎 ☐ 歯肉出血 ☐ むし歯 ☐ 口内炎の悪化 ☐ 歯周病の悪化 ☐ むし歯の悪化 ☐ 義歯不適合 ☐ 咀嚼障害 ☐ 嚥下障害 ☐ その他	
周術期の口腔機能の管理において実施する内容 ☐ 口腔の保湿 ☐ 含嗽 ☐ 主病治療中の清掃指導 ☐ 専門的口腔ケア ☐ むし歯の治療 ☐ 歯周病の治療 ☐ 義歯新製 ☐ ブリッジ製作 ☐ 義歯調整・指導 ☐ 食事指導 ☐ 咀嚼訓練 ☐ 嚥下訓練 ☐ 薬剤の投与 ☐ その他 ()	
主病の手術等に係る日常的なセルフケアに関する指導方針 ☐ 歯磨き習慣 ☐ 歯磨き指導 ☐ 歯口清掃器具の使用 ☐ 禁煙指導 ☐ その他 ()	
その他	

一般社団法人 山形県歯科医師会

山形県における、がん患者診療に関わる
医科歯科医療連携マニュアル

発行日:平成25年8月1日

周術期口腔機能管理報告書

平成 年 月 日

患者氏名 _____ 様

歯科診療所の所在地及び名称

電話番号

担当歯科医師氏名

印

治療・手術等を実施又は治療を行っている医療機関名	
--------------------------	--

口腔内の状態 (平成 年 月 日)	前回 (平成 年 月 日) からの改善傾向
清掃状態 ☐ 良好 ☐ やや不良 ☐ 不良	☐ 有 ☐ 無
口腔乾燥 ☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度	☐ 有 ☐ 無
口内炎 ☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度	☐ 有 ☐ 無
プラーク ☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 多い	☐ 有 ☐ 無
歯肉出血 ☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度	☐ 有 ☐ 無
舌炎 ☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度	☐ 有 ☐ 無
むし歯 ☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度	☐ 有 ☐ 無
歯周病 ☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度	☐ 有 ☐ 無
義歯不適合 ☐ 無 ☐ 要治療	☐ 有 ☐ 無
咀嚼障害 ☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度	☐ 有 ☐ 無
嚥下障害 ☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度	☐ 有 ☐ 無
その他 ()	
実施内容・指導内容 ☐ 口腔の保湿 ☐ 含嗽指導 ☐ 家庭療法 ☐ 歯及び口腔の清掃指導 () ☐ 専門的口腔ケア ☐ むし歯の治療 ☐ 歯周病の治療 ☐ 義歯の調整等 ☐ 義歯の新製 ☐ ブリッジの製作 ☐ 薬剤の投与 () その他 () その他 ()	

一般社団法人 山形県歯科医師会

【連携歯科医療機関→病院】 診療情報提供書(口腔処置終了時)

平成 年 月 日

医療機関名

病院
科
先生御待史

歯科医療機関の名称

所在地

TEL

FAX

歯科医院名

ご多用中恐縮に存じますが、何卒ご高診の程、よろしくお願い申し上げます。

(フリガナ) 患者氏名	様 男・女			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生()歳
歯科 傷病名					
紹介目的	(がん)治療術前口腔ケアの経過・結果報告				
症状経過 検査結果 治療経過	実施 事項	検 査	☐ X線検査 ☐ むし歯の検査 ☐ 歯周組織の検査 ☐ その他()		
		指導管理	☐ ブラッシング指導 ☐ 舌・軟組織衛生の指導 ☐ 義歯取扱の指導 ☐ その他()		
		処 置	☐ むし歯の処置 ☐ 歯周治療 ☐ 動揺歯の固定 ☐ 抜歯 ☐ 軟組織の処置 ☐ その他()		
		歯の修復と 欠損部の処置	☐ 充填・被覆冠処置 ☐ 義歯の新製・修理・調整 ☐ その他()		
		その他	内 容 ()		
現在の 処 方					
備 考	終了時 口腔 状況	口腔衛生状態	☐ 良好 ☐ やや不良 ☐ 不良		
		歯 肉	☐ 良好 ☐ 炎症有り ☐ 急性症状を呈する感染あり		
		歯	☐ 良好(無歯顎も含む) ☐ う蝕(C2以上)・残根有り ☐ 固定を要する動揺有り		
		義 歯	☐ 有: ☐ 適合良好 ☐ 適合不良 ☐ 使用せず ☐ 無		
		その他			
その他 申し送り 事項など					

山形県における、がん患者診療に関わる
医科歯科医療連携マニュアル

発行日：平成25年8月1日

発行者：山形県がん診療連携協議会

〒990-2292 山形県大字青柳1800番地

TEL 023-685-2616 FAX 023-685-2605

一般社団法人 山形県歯科医師会

〒990-0031 山形市十日町2-4-35

TEL 0023-632-8020 FAX 023-631-7477

