

# 東京都歯科保健推進計画検討評価部会報告

平成30年度第1回 東京都歯科保健推進計画検討評価部会  
次第

日時：平成30年12月19日（水曜日）15時00分から16時30分まで  
場所：東京都庁第一本庁舎 42階 特別会議室D

1 開 会

2 議 事

(1) 報告事項

- ア 東京都歯科保健対策推進協議会の報告について
- イ 障害者歯科保健医療推進ワーキンググループについて
- ウ 計画期間中のスケジュールについて
- エ 周術期口腔ケアに関する病院側への調査実施について

(2) 協議事項

学齢期における歯科保健意識や行動に関する実態調査の実施について

(3) その他

歯科診療所患者調査について

3 閉 会

資 料

東京都歯科保健推進計画検討評価部会委員名簿

- 資料 1 東京都歯科保健推進計画に基づく事業推進について（協議会資料）
- 資料 2 - 1 障害者歯科保健医療推進ワーキンググループの設置及び各会議体の検討事項等について（協議会資料）
- 資料 2 - 2 障害福祉サービス事業所及び利用者に対する調査について（ワーキンググループ資料）
- 資料 3 計画期間（2018年度～2023年度）のスケジュールについて
- 資料 4 周術期口腔ケアに関する病院側への調査実施について
- 資料 5 学齢期における歯科保健意識・行動に関する実態調査の実施について

参考資料

- 参考資料 1 東京都歯科保健対策推進協議会 委員名簿
- 参考資料 2 障害者歯科保健医療推進ワーキンググループ 委員名簿
- 参考資料 3 東京都歯科保健推進計画検討評価部会設置要綱
- 参考資料 4 障害福祉サービス事業所及び利用者に対する調査用紙

# 周術期口腔ケアに関する病院側への調査実施について

## 課題・目的

周術期口腔ケアにおける医科歯科連携を行っている歯科診療所数は21.8%である  
(東京都歯科保健推進計画において、今後この割合を増加)

周術期口腔ケアにおいては、医科側から歯科側へアプローチしてもらう必要があるが、各病院でどのように対応しているかが不明確  
がん診療連携拠点病院等に対して、実態把握のための調査を実施

## 調査概要

### 【調査対象】

東京都のがん施策に協力していただいている57病院(以下の病院)

都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、東京都がん診療連携拠点病院、東京都がん診療連携協力病院

### 【調査内容】

別紙調査票のとおり

### 【スケジュール】

- |                  |              |          |                           |
|------------------|--------------|----------|---------------------------|
| < 30年 12月 >      | < 31年 3月上旬 > | < 3月末 >  | < 5月 >                    |
| ・部会<br>(調査概要ご説明) | ・調査依頼        | ・調査回収、分析 | ・部会(31年度第1回)<br>調査結果を受け検討 |

順次、  
都の取組へ  
反映

## ～「周術期等口腔機能管理」に関するアンケート調査にご協力ください～

東京都福祉保健局及び（公社）東京都歯科医師会では、周術期等口腔機能管理に関する医科歯科連携の推進のため、東京都のがん対策にご協力いただいている病院に対して、調査を実施いたします。

お手順をおかけしますが、調査にご協力くださいますよう、よろしく願いいたします。

### 【周術期等口腔機能管理について】

がん治療を始め、チーム医療推進の一環として医科歯科連携の重要性は増しています。また、放射線療法や薬物療法に起因する口腔粘膜炎など口腔領域の合併症の予防・軽減、外科手術前後の肺炎などの術後合併症の予防などに口腔健康管理は効果をあげていることから、周術期口腔機能管理料が保険診療報酬に位置づけられました。

平成30年の診療報酬改定では、地域包括ケアシステムを構築するうえで、さらに医科歯科連携を推進し、周術期等の口腔機能管理を充実する観点から、周術期等口腔機能管理とし、対象手術を従来の全身麻酔下で実施される、頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植手術又は心臓血管外科手術等と骨髄移植の手術のみから、例えば頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、心臓血管外科手術、人工股関節置換術等の整形外科手術、臓器移植手術、造血幹細胞移植、脳卒中に対する手術 等へと拡大しています。

手術を実施する病院に歯科標榜がない場合でも、医科点数表で診療情報提供料(I)と歯科医療機関連携加算、周術期口腔機能管理後手術加算などが算定できます。歯科の標榜がある病院の歯科診療科、連携する歯科では周術期等口腔機能管理計画策定料、手術前後の周術期等口腔機能管理料(I)～(III)、周術期専門的口腔衛生処置(平成30年度改定)などが算定可能です。

東京都では、東京都歯科医師会と協力し、研修事業を通じて周術期等の口腔機能管理に取り組む歯科医療機関を増やすことに努めています。平成30年4月現在、658件の歯科医院が、がん医療連携登録歯科医院に登録され東京都歯科医師会のホームページで公開しています。

※ 以下の回答欄の該当か所に、○もしくは記載をお願いいたします。

回答者氏名		電話番号	
病院名		所属(診療科)	

1. 周術期等口腔機能管理に関する診療報酬についてご存じですか。

知っている  ⇒設問2-1. へ  
知らない  ⇒設問3-1. へ

2-1. 周術期等口腔機能管理をどのように知りましたか。(複数回答可)

医師会の講演会

病院内の講演会

学会誌や学術雑誌

その他(自由記載)

⇒設問2-2. へ

2-2. 周術期等口腔機能管理に関する診療報酬を貴診療科において算定していますか。  
(他院(歯科・歯科口腔外科)に対する診療情報提供料含む。)

算定してる  ⇒設問2-3. へ  
算定していない  ⇒設問2-5. へ

2-3. 周術期等口腔機能管理について、どこにつながっていますか。

自院の歯科・歯科口腔外科  ⇒設問4. へ  
自院外の歯科・歯科口腔外科  ⇒設問2-4. へ

2-4. 周術期等口腔機能管理の連携先はどこですか。

他の病院の歯科  } ⇒設問4. へ  
歯科診療所  }

2-5. 周術期等口腔機能管理に関する診療報酬を算定しない理由は何ですか。(複数回答可)

病棟内で対応(※)  ※院内で対応(病棟内の看護師等が口腔ケアを実施)  
歯科の連携先がない   
算定の方法が分からない   
手がまわらない   
その他(自由記載)

⇒設問2-6. へ

2-6. 周術期等口腔機能管理は冒頭のような趣旨がありますが、今後、診療報酬算定しようと考えますか。

算定する予定  ⇒設問3-2. へ  
算定する予定はない  ⇒設問4. へ

3-1. 周術期等口腔機能管理をご存じなかった診療科の方へ、  
周術期等口腔機能管理は冒頭のような趣旨がありますが、周術期口腔機能管理に取り組んでいこうと考えますか。

取り組んでいきたい  ⇒設問3-2. へ  
取り組んでいく予定はない  ⇒設問3-3. へ

3-2. 周術期口腔機能管理の取組に当たり必要な支援は何ですか。(複数回答可)

連携先歯科医療機関の情報提供   
研修等の実施   
その他(自由記載)

⇒設問4. へ

3-3. 周術期口腔機能管理に取り組めない理由は何ですか。(複数回答可)

連携先の情報がない   
煩雑で手間がかかる   
患者の希望がない   
その他(自由記載)

⇒設問4. へ

4. その他、周術期等口腔ケアに関するご意見・ご希望などがあれば、お知らせください。(自由記載)

# 児童・生徒の歯科保健行動に関する調査の実施について

## 課題・目的

歯周疾患及び歯周疾患要観察者について、小学校から中学校、高等学校へと進学するごとに割合が高くなる

学齢期（特に中学生・高校生）は、成人期につながる大切な時期だが、この時期の歯科保健意識や行動などの実態については、十分に把握できていない

学齢期（特に中学生・高校生）における口腔内の状況改善に向けた支援策を検討するため、実態調査を実施

## 調査概要

### 【調査対象】

学年

小学校5年生から高等学校3年生まで

調査全体のサンプル数

1学年あたり1,000人程度 × 8学年 = 合計8,000人程度

都内の国公立の小中高等学校から、協力可能な学校を関係組織と調整の上で選定

### 【調査方法】（予定）

学齢期の歯科保健行動調査 質問票（別添のとおり）を学校から生徒へ配布し、児童・生徒、保護者が回答

学校側が児童・生徒、保護者から回答用紙を回収し、口腔内所見（質問票裏面）については、定期健康診断結果の集計作業の際などに、養護教諭等がその結果を転記

### 【スケジュール】（予定）

< 31年5月頃 >	< 5月	~ 8月	>	< 9月 >	< 9月以降 >	< 12月頃 >
・各学校へ調査依頼	・学校側から生徒へ 調査票配布、回収	・養護教諭等が質問票 (裏面)を転記		・回答用紙提出 (学校 東京都)	・調査集計、分析 (東京都が実施)	・部会(調査結果 を受けて検討)

順次、都の取組  
へ反映

## 児童・生徒の歯科保健行動調査 質問票

キリトリセン

本質問票に回答すること及び裏面の口腔内所見について、情報提供することに同意します。

同意する  ※保護者にも確認したうえで、左の四角の中にチェック(レ点)を付けてください。

【次の質問のあてはまる番号に○、また、( )の中に必要なことを書いてください。】

1 あなたの学年・性別・住所地をお答えください。

(1)学年 ①小学5年 ②小学6年 ③中学1年 ④中学2年 ⑤中学3年 ⑥高校1年 ⑦高校2年 ⑧高校3年

(2)性別 ①男性 ②女性 (3)住所地 ①東京都内 ②東京都以外

2 通学にどれくらい時間がかかりますか(片道)。

(1)30分以内 (2)1時間以内 (3)1時間30分以内 (4)2時間以内 (5)2時間以上

3 放課後や土日などに、していることはありますか。また、その回数(時間)をお答えください。

(1)部活 ①ほぼ毎日 ②週に3~4日 ③週に1~2日以下 ④やっていない

(2)塾 ①ほぼ毎日 ②週に3~4日 ③週に1~2日以下 ④やっていない

(3)アルバイト(※) ①ほぼ毎日 ②週に3~4日 ③週に1~2日以下 ④やっていない ※高校生のみ対象

(4)ゲーム ①ほぼ毎日 ②週に3~4日 ③週に1~2日以下 ④やっていない ⇒1週間に行う時間数は、( )時間

(5)SNS ①ほぼ毎日 ②週に3~4日 ③週に1~2日以下 ④やっていない ⇒1週間に行う時間数は、( )時間

4 普段、何時頃寝ていますか。

(1)午後10時頃まで (2)午後11時頃 (3)午前0時頃 (4)午前1時頃 (5)午前2時過ぎ

5 睡眠時間は、1日何時間くらいですか。

(1)8時間以上 (2)6~7時間程度 (3)5時間程度 (4)4時間程度 (5)3時間以下

6 朝ごはんを毎日食べますか。

(1)毎日食べる (2)週に3~4日は食べる (3)週に1~2日は食べる (4)ほとんど食べない

7 1週間のうちに、どのくらい間食(朝・昼・夕飯以外の食事)をしますか。

(1)ほぼ毎日 (2)週に3~4日 (3)週に1~2日 (4)ほとんどしない

8 ジュース、乳酸飲料、スポーツドリンク・エナジードリンクなど甘い飲み物を、1週間でどのくらい飲みますか(頻度)

(1)ほぼ毎日 (2)週に3~4日 (3)週に1~2日 (4)ほとんど飲まない

9 ジュース、乳酸飲料、スポーツドリンク・エナジードリンクなど甘い飲み物を、1日でどのくらい飲みますか(量)

(1)ほとんど飲まない (2)500ml(ペットボトル1本)程度 (3)1ℓ (4)2ℓ以上

10 1日に何回、歯をみがきますか。

(1)1回 (2)2回 (3)3回 (4)4回以上 (5)ほとんどみがかない

11 その日最後に食べた後から、寝るまでの間に必ず歯をみがきますか。

(1)必ずみがく (2)たまにみがき忘れることがある (3)みがかないことが多い (4)ほとんどみがかない

12 歯をみがく時、どれくらい時間をかけてみがきますか。

(1)3分以内 (2)3分~5分程度 (3)5分~10分程度 (4)10分以上

13 歯をみがく時、フッ化物配合の歯みがき剤を使っていますか。

(1)フッ化物配合の歯みがき剤を使っている (2)歯みがき剤は使っているが、フッ化物配合かどうかはわからない

(3)歯みがき剤は使っているが、フッ化物配合ではない (4)歯みがき剤は使っていない

14 歯をみがく時、デンタルフロス(糸ようじなど)を使いますか。

(1)ほぼ毎日使う (2)週に3~4日程度使う (3)週に1~2日程度使う (4)使わない

15 かかりつけの歯科医院は、ありますか。

(1)ある (2)ない

16 歯が痛むなどの症状がなくても、定期的に歯科医院に通っていますか。

(1)3か月に1回程度 (2)半年に1回程度 (3)1年に1回程度 (4)症状がないと通わない

17 歯科医院で、どんなことをしてもらっていますか。(複数回答可)

(1)むし歯の治療 (2)歯のみがき方の指導 (3)歯のクリーニング(歯石取り含む) (4)矯正

(5)その他( )

18 お口の中で、気になることはありますか。(複数回答可)

(1)むし歯 (2)プラーク(歯垢) (3)口臭 (4)歯の色 (5)歯ぐきの腫れや出血 (6)歯並び・噛み合わせ

(7)口が開けにくい (8)口内炎 (9)食べ物が歯にはさまる (10)鼻で呼吸せず口呼吸になってしまう

(11)その他( )

※ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

問い合わせ先:東京都福祉保健局医療政策部医療政策課(電話 03-5320-4433)

## 学齡期の歯科保健行動調査 質問票(裏面)

※こちらは、養護教諭等にご記入いただくものです。  
(生徒の方は記入しないでください。)

### 【生徒の口腔内所見】

太枠の部分について、ご記載ください。

歯肉の状態		歯の状態			
歯周疾患要観察者 (GO)	歯周疾患 (G)	要観察歯 (CO)	未処置歯数	喪失歯数	処置歯数
		本	本	本	本

※該当するものに○を付けてください  
(該当しない場合は、○なし)

※ご協力ありがとうございました。この調査に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

問い合わせ先: 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課(電話 03-5320-4433)