

看護師向け

オーラルケアの基本知識

歯科医師 長縄拓哉

目次

1. オーラルケアの沿革
2. 歯式、プラークについて
3. 観察方法
4. 実際のケア
5. 洗口剤について



オーラルケアの沿革

歯を磨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、意識を失っている人の口腔内を清潔に保つのは非常に難しくまた危険な仕事であり、よほど熟練した看護師でないと有効にしかも安全に実施できない。実際、**患者の口腔内の状態は看護ケアの質をもっともよく表すもののひとつである。**



「オーラルケアは大切」といってもエビデンスに乏しかった。

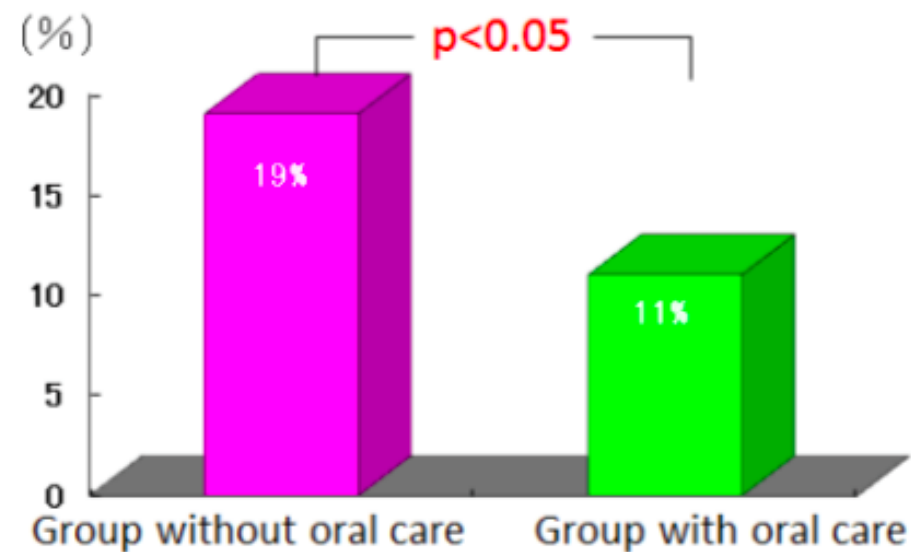
オーラルケアが

肺炎発症を約 **4割減少** させた！

看護師、介護士に
歯科医師、歯科衛生士が加わっ
た連携チーム

VS

看護師、介護士チーム



CORRESPONDENCE | VOLUME 354, ISSUE 9177, P515, AUGUST 07, 1999

Oral care and pneumonia

Takeyoshi Yoneyama • Mitsuyoshi Yoshida • Toshifumi Matsui •

Published: August 07, 1999 • DOI: <https://doi.org/10.1016/S0140>

これをきっかけに、医療、介護分野でオーラルケアが注目されるようになった。

- 1 Sabherwal U, Chaudhary U. Multidrug resistance *S typhi* in Harayana 1989-1990. *Ind J Med Res* 1992; **95**: 12-13.
- 2 Sudharshana J, Nair L, Indira Devi K. Multidrug resistant *Salmonella typhi* in Calicut, south India. *Ind J Med Res* 1992; **95**: 68-70.
- 3 Rowe B, Ward LR, Threlfall EJ. Spread of multi resistant *Salmonella typhi*. *Lancet* 1990; **334**: 1065.
- 4 Threlfall EJ, Ward LR, Skinner JA, Smith HR, Lacey S. Ciprofloxacin-resistant *Salmonella typhi* and treatment failure. *Lancet* 1999; **353**: 1590-91.
- 5 Jesudasan M, Malathy B, Jacob T. Trend of increasing levels of minimum inhibitory concentration of ciprofloxacin to *Salmonella typhi*. *Ind J Med Res* 1996; **103**: 247-49.

on no active oral care compared with oral care was 1.67 (95% CI 1.01-2.75, $p=0.04$).

Oral care lowered the risk of pneumonia in institutionalised elderly. This finding underscores the necessity for the monitoring of specific oral hygiene courses for nurses and care-givers.

Takeyoshi Yoneyama, Mitsuyoshi Yoshida, Toshifumi Matsui, *Hidetada Sasaki, and the Oral Care Working Group
Department of Geriatric and Respiratory Medicine, Tohoku University School of Medicine, Sendai, 980-8574 Japan

- 1 Simons S, Kidd EAM, Beighton D. Oral health of elderly occupants in residential homes. *Lancet* 1999; **353**: 1761.
- 2 Johanson WG, Pierce AK, Sanford JP, Thomas GD. Nosocomial infections with gram-negative bacilli: the significance of colonization of the respiratory tract. *Ann Intern Med* 1972; **77**: 701-06.

Oral care and pneumonia

Sir—D Simons and colleagues (May 22, p 1761)¹ report poor oral status of the institutionalised elderly in the UK, which may contribute to the eating disorders and low nutrient and vitamin C concentration in this group. Since aspiration of bacteria in oropharyngeal secretions is an important risk factor for nosocomial pneumonia in the elderly,² poor oral health may also contribute to the development of pneumonia. We investigated whether oral care lowers the frequency of pneumonia in the institutionalised elderly.

We prospectively assessed the rate of pneumonia in elderly people receiving oral care and in those who did not receive oral care. Participants were selected from 11 nursing homes. Nurses or care-givers cleaned their teeth by toothbrush after each meal, and scrubbed the pharynx with an applicator with povidone iodine (1%) every day. Dentists assessed oral status once a week for the oral-care group.

Before the study, all participants underwent physical examination and chest radiography. Participants were randomly (by random numbers table) assigned oral care or no active treatment in September, 1996, and were followed up for 2 years. Criteria for diagnosis of pneumonia were new pulmonary infiltrate seen on chest radiograph, and cough, temperature higher than 37.8°C, or subjective dyspnoea. Two radiologists not involved in the study diagnosed pneumonia. 51 people were excluded from analysis because they died from causes other than pneumonia during follow-up. Of the remaining 366 people, 184 (mean age 82 years [SD 7]) received oral care at study entry and 182 (mean age 82 years [7]) received no active oral care.

During follow-up, pneumonia was diagnosed in 34 (19%) participants who did not receive oral care and 21 (11%) of those who received oral care. Relative risk of developing pneumonia

Asthma and diabetes

Sir—Isabelle Douek and colleagues (May 29, p 1850)¹ and the EURODIAB ACE substudy group² suggest that low incidence of asthma among patients with type-1 diabetes mellitus is more than coincidental. The T-helper (Th)1/Th2 model suggests that the two diseases are unlikely to co-exist in the same individual because they are dominant immune response driven by interleukin 2, interferon gamma, and cell-mediated immunity. By contrast, allergic asthma is a Th2 disease in which interleukin 4, interleukin 5, and IgE dominate the immune response. The distinct polarisation of type-1 diabetes and allergic asthma, however, provide a unique opportunity to re-examine the underlying pathogenesis of both diseases and to offer new approaches in the prevention of these diseases.

Since the progression of the Th1 or Th2 immune response is closely linked to HLA markers of the host, the susceptible gene for one disease might be a resistant gene for the other disease. Thus, molecular engineering may be possible to alter the susceptibility of individuals who are prone to autoimmune disease such as type 1 diabetes.

In an independent metabolic study,³ Szczeklik and colleagues showed that glycaemic responses to tolbutamide or insulin were significantly different between children with atopic asthma and controls. They conclude that more economic use of insulin and reduction in hypoglycaemic effects of catecholamines in bronchial asthma might explain why asthmatics rarely develop

diabetes. It is tempting to speculate that there is a hidden link between a genetic marker for neurohormonal control and immunological markers that together drive the host to develop either Th1 or Th2 disease.

In the Th1/Th2 model, cross-regulation of the Th1 immune response to suppress Th2 disease, or vice versa, is now possible. For instance, bacille Calmette-Guérin infection can suppress allergic sensitisation.⁴ Likewise, treatment with interleukin 4 suppresses the onset of type-1 diabetes.⁵ The question now is, how long we need to maintain such immunotherapy in patients and what are its long-term consequences?

Whatever the answers turn out to be, any immunological intervention has to start early, at the onset or even before the onset of the disease. This early intervention is particularly important for type-1 diabetes, because the effect of therapy will not be felt once the β -cell mass in the diseased pancreas is substantially diminished.

Shih-Wen Huang

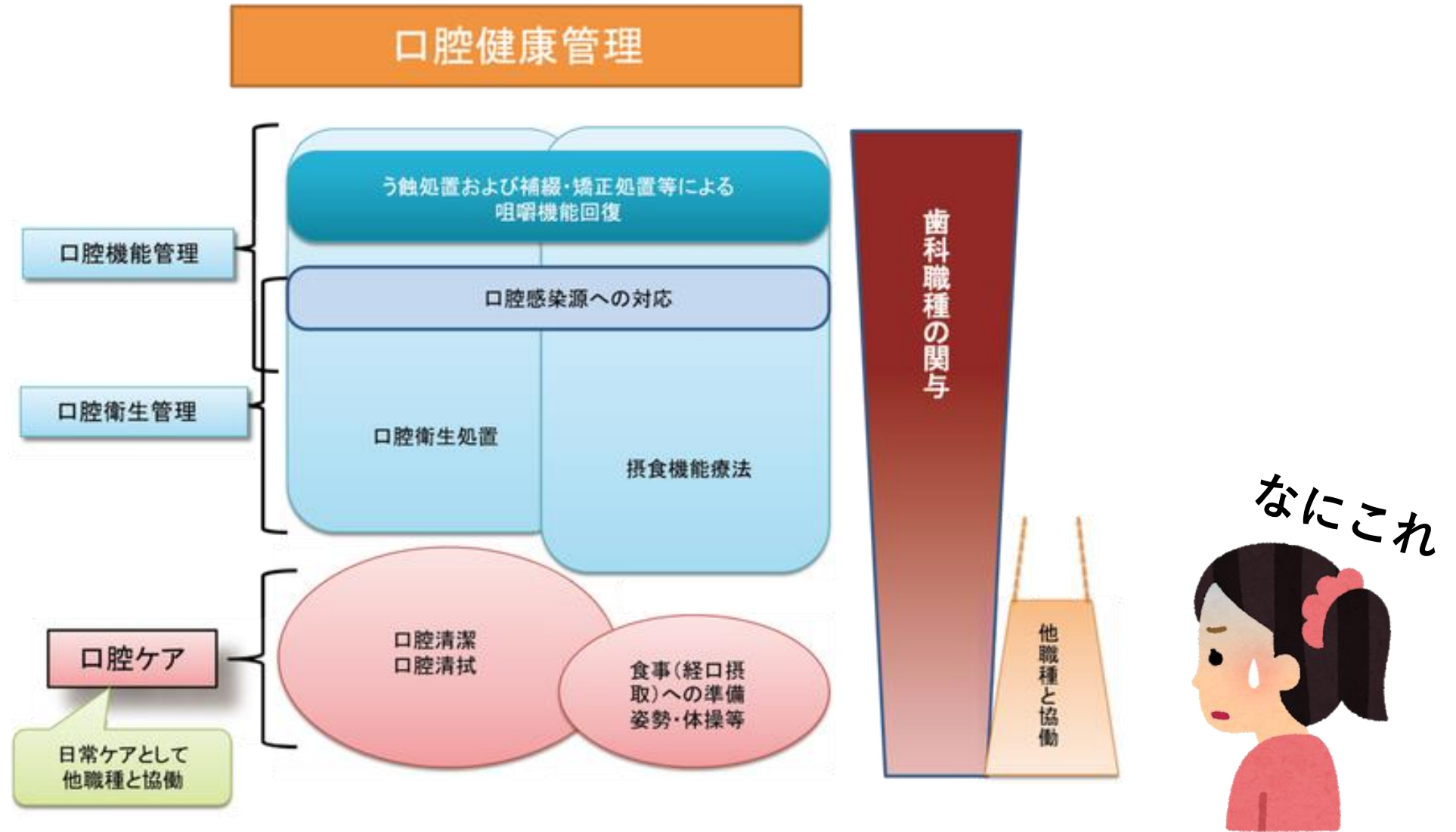
Department of Pediatrics, Box 100296, University of Florida College of Medicine, Gainesville, FL 32610, USA (e-mail: huangsw@peds.ufl.edu)

- 1 Douek IF, Leech NJ, Gillmor HA, Bingley PJ, Gale EAM. Children with type-1 diabetes and their unaffected siblings have fewer symptoms of asthma. *Lancet* 1999; **353**: 1850.
- 2 EURODIAB ACE Substudy 2 Study Group. Decreased prevalence of atopy in diabetic children. *Diabetologia* 1998; **41** (suppl 1): A22 (abstr).
- 3 Szczeklik A, Pieton R, Sieradzki J. Alteration in both insulin release and its hypoglycaemic effects in atopic bronchial asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1980; **66**: 424-27.
- 4 Herz U, Gerhold K, Gruber C, et al. BCG infection suppresses allergic sensitization and development of increased airway reactivity in an animal model. *J Allergy Clin Immunol* 1998; **102**: 867-74.
- 5 Cameron MJ, Arreaza GA, Zucker P, et al. IL-4 prevents insulinitis and insulin-dependent diabetes mellitus in nonobese diabetic mice by potentiating of regulatory T helper-2 cell function. *J Immunol* 1997; **159**: 4686-92.

Sir—A positive association of haptoglobin (*Hp*^{1/1}) genotype has been reported with human fertility¹ and atopic asthma in children.² Since atopic asthma is characterised by a preponderant Th2 response, and the maintenance of normal pregnancy seems to be dependent on Th2 immune response,³ our data suggest that *Hp*^{1/1} genotype may favour the development of a Th2 immune response.

Isabelle Douek and colleagues⁴ suggest that the same genetic factors predisposing to a Th1-mediated

オーラルケアを取り巻く言葉まとめ



日本歯科医師会と日本歯科医学学会が定義した

図 口腔健康管理の概念 (住友雅人:日本歯科医学学会が提案する新しい「口腔ケア」の概念. 日本歯科評論, 75(11): 11, 2015. より).

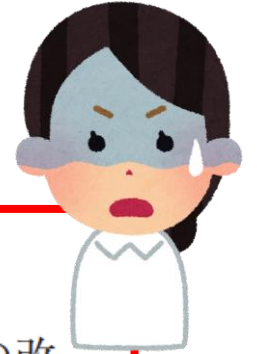
これまで言われていたやつどこいった？

専門的口腔ケア
普及的口腔ケア
機能的口腔ケア
器質的口腔ケアとか、はて？



「口腔ケア」は謎の会社が商標持っていて使わずらい

ナゾの会社で



—— 総 説 ——

「口腔ケア」って何ですか？

What Is “Oral Health Care”?

眞木 吉信

Yoshinobu Maki

語辞典へ

か、高齢化社会か
乾燥症か口腔乾燥感
で発表された由

な対応策が取られているとこ
て、この分野では日々新たな専
保健・医療・福祉（介護）の現
題のコミュニケーションを回す

「口腔ケア」と「口腔健康管理」

「口腔ケア」は口腔清掃を主とした口腔環境の改善を表す用語として一般によく用いられてきたが、医療職のなかでは、これに摂食嚥下などの口腔機能の回復や維持・増進をめざした行為すべてを含むものとして使用することもあり、定義づけることは容易ではなかった。一方で、「口腔ケア」の用語は日本口腔ケア協会譲渡制限株式会社が権利者として商標登録（商標登録番号：4568672）していることも事実で、学術用語として位置づけることに疑問があった。

「口腔のケア」と言っている。
闇が深い。

口腔衛生関連用語に関する提言

日本口腔衛生学会用語委員会

小関 健由¹⁾ 加藤 一夫²⁾ 佐藤 勉³⁾ 千葉 逸朗⁴⁾

日本口腔衛生学会口腔ケア委員会

川口 陽子⁵⁾

第5回 高齢者関連用語について

第4回に引き続き、第5回の口腔衛生関連用語に関する提言では、日本口腔衛生学会口腔ケア委員会とともに、代表的な高齢者関連用語について解説を加える。今回は保険用語がそのまま学術的に活用されているケースが多く、制度の改変とともに内容が変わる可能性があり、学術用語としての確立の必要性を感じる。

口腔ケア（歯科医学教授要項・歯科医師国家試験出題基準・歯科衛生士国家試験出題基準・日本歯科医学会学術用語・老年歯科医学用語辞典）

口腔のケア（歯科医師国家試験出題基準）

口腔ケアは、口腔清掃（器質的ケア）やリハビリテーション（機能的ケア）を含む口腔に関わるケア全般であ

用語のみを掲載しているが、平成26年版歯科医師国家試験出題基準では、口腔のケアと口腔ケアの両方が用語として採用されている。必修の基本事項では、口腔のケアが口腔清掃とは区別されていることから、本人の行うセルフケアとしてではなく、医療従事者が本人またはその家族に行うケアとして捉えられている。一方、歯科医学各論では、がん治療患者の管理の中で、口腔衛生管理と口腔ケアという用語が使われている。平成24年度からがん対策基本法により推進が加速された周術期口腔機能管理（保険用語）では、ケアではなく機能管理の用語を使用しているが、これに近い使い方である。なお、口腔ケアの用語は商標として登録されているので、老年歯科医学会等では「口腔のケア」の用語を選択する動きが加速している。

ぐちゃぐちゃじゃん



ではなんて言ったらいいの？

がんセンターなどの研究指針を見てみると、

国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）

革新的がん医療実用化研究事業

支持/緩和治療領域臨床試験に関する各分野における方法論確立に関する研究

支持療法・緩和治療領域研究ポリシー

（各論）

粘膜炎（口腔粘膜炎）

各論「粘膜炎（口腔粘膜炎）」作成委員

作成責任者

静岡県立静岡がんセンター 消化器内科 横田知哉

作成委員

静岡県立静岡がんセンター 消化器内科 横田知哉

国立がん研究センター中央病院 歯科 上野尚雄

東京医科歯科大学 血液内科 森 毅彦

国立研究開発法人 国立がん研究センター 研究所 上園保仁

岡山大学病院 医療支援歯科治療部 曾我賢彦

国立がん研究センター中央病院 緩和医療科 石木寛人

BOCと統一する。

(1) 口腔衛生管理（口腔ケア、Basic Oral Care）

口腔内の衛生状態を保持する用語として、口腔衛生管理、口腔ケア、Basic Oral care(BOC)など様々な呼称があるが、本指針では BOC と統一する。

MASCC/ISOO での BOC のエビデンスレベルは低い[38]、口腔粘膜炎の悪化を予防する上で BOC が重要であることのコンセンサスは得られており、倫理的にも日本では最低限の BOC が必要である。

医師、歯科医師、歯科衛生士、看護師、薬剤師、管理栄養士らから構成される多職種横断的な口腔ケアチームを導入し、BOC 介入を運用することが望ましい。口腔粘膜炎のアウトカムは、BOC を行う介入者によって影響を受けることが多いが、特に歯科介入の有無は大きく影響する。治療開始前に歯科受診を行い、歯・歯周組織と口腔衛生状態を把握する。必要に応じて抜歯などの歯科処置を受け、適切なブラッシング指導、洗口用薬剤による管理方法の説明、口腔粘膜炎が出現した場合のケア方法など患者教育が重要である。治療中も歯科医師によるフォローが望ましく、連携を密にしながら口腔ケア指導を継続していく。さらに患者自身によるセルフケアが不可欠であり、治療開始前より口腔洗浄やブラッシングなどの適切な BOC を行って発症予防につとめ、ひとたび口腔粘膜炎が出現した場合には、患者自身が適切な含嗽剤や鎮痛剤を使用することによって症状コントロールを図る。

「BOC」や「オーラルケア」を使った方が良さそうね！



目次

1. オーラルケアの沿革
2. 歯式、プラークについて
3. 観察方法
4. 実際のケア
5. 洗口剤について



問題 1

口腔の環境およびオーラルケアについて間違っているものを全て選べ

- a. 第一大臼歯は 6 番という
- b. 口腔内のバイオフィルムは洗口で除去できる
- c. 適切なオーラルケアにより唾液分泌が促進される
- d. 歯石はブラッシングで除去できる
- e. スポンジスワブで歯磨きする

プラーク = 口腔細菌

ブラッシングしないと取れない

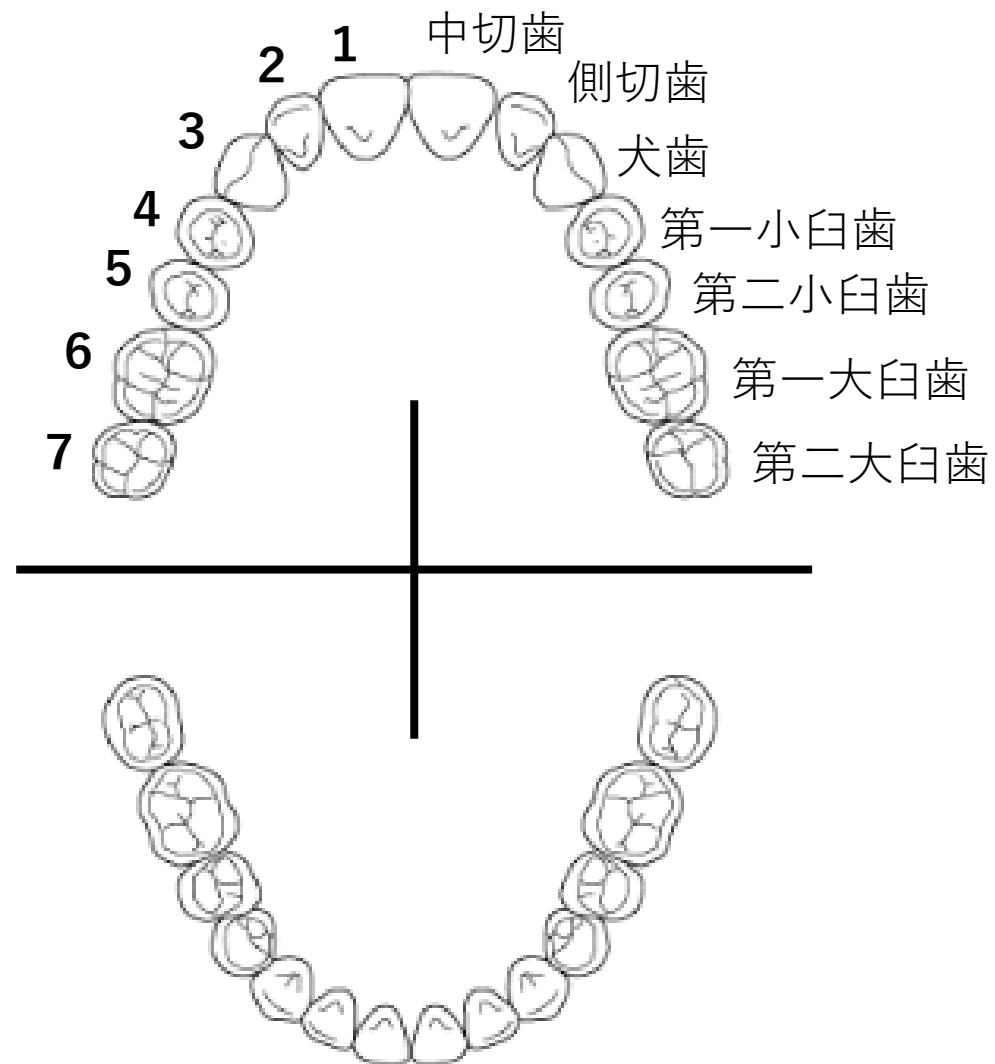


ぬめりをゴシゴシ

どこが異常？



歯式がわかると話がしやすい



口腔細菌の増殖

唾液 1 m l 中細菌数 : 1 億 = 約 1 m g
1 日あたりの唾液量 : 1 0 0 0 m l

↓
1 日 1 g の量の菌が増殖する

プラーク中の細菌は 5 時間に 1 回分裂

↓
5 時間で 2 倍になる

1日3回磨かれたら
たまらん



目次

1. オーラルケアの沿革
2. 歯式、プラークについて
3. 観察方法
4. 実際のケア
5. 洗口剤について



口腔内の観察 **目的**

私たちは口腔内の変化に**自分で**気づくことができます。
(痛い、腫れている、血が出た、歯が欠けた、食べにくい etc.)

↓
でも

患者さんは自分で気がつかない、
気づいても**言えない**ことがあります。



だから、**オーラルケア時に観察して変化に気づいてあげよう！**

どうすれば「変化に気づく」ことができるのか？

1. 正常を知っている

(歯の数、かたち、歯茎、口腔粘膜、義歯、意識、呼吸、空嚥下)

2. 見落としがない

(開口、ライトアップ、観察順序、義歯の着脱)

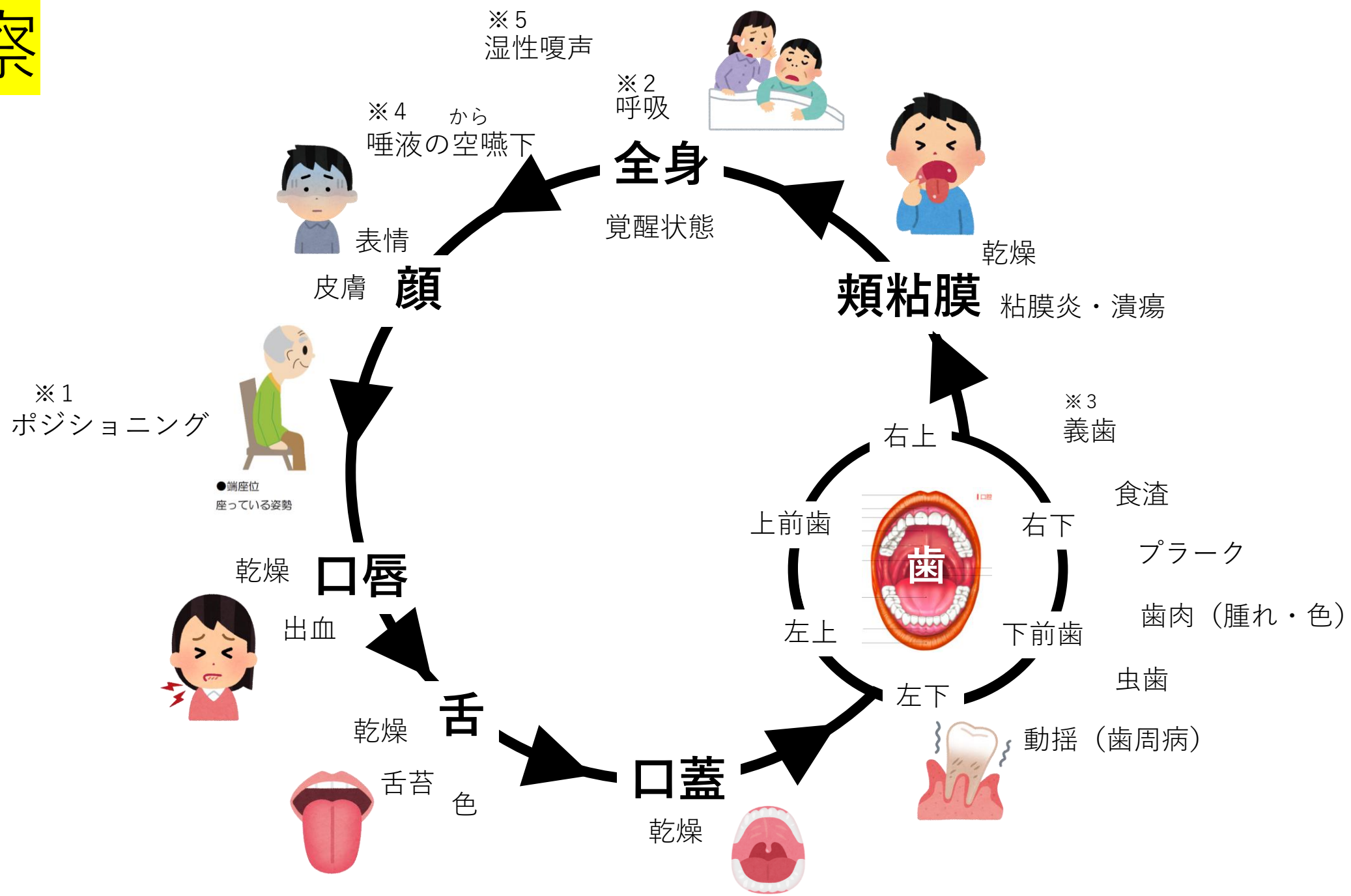
3. スタッフ間で共有している

(知っていると見える、気づく)



私に見えないものはない

観察



どうすれば「変化に気づく」ことができるのか？

1. 正常を知っている

(歯の数、かたち、歯茎、口腔粘膜、義歯、意識、呼吸、空嚥下)



象牙質が見えるけど
心配ないわね



どうすれば「変化に気づく」ことができるのか？

1. 正常を知っている

(歯の数、かたち、歯茎、口腔粘膜、義歯、意識、呼吸、空嚥下)



下顎隆起があるけど正常ね



どうすれば「変化に気づく」ことができるのか？



観察項目まとめ

- 口腔粘膜** : 色の変化、びらん、潰瘍、白苔などの病変、湿潤（乾燥）、義歯周囲の変化（発赤、潰瘍）
- 口唇** : 色の変化、びらん、潰瘍、乾燥（観察前、開口前の保湿を推奨）
- 舌** : 舌苔、潰瘍、腫大、動きを確認
- 歯肉** : 色、腫脹、出血、排膿の有無
- 歯** : 欠損状態、歯の色、動揺、う蝕、歯石
- 義歯** : 破損、ひび割れ、新たな欠損



どうすれば「変化に気づく」ことができるのか？

1. 正常を知っている

(歯の数、かたち、歯茎、口腔粘膜、義歯、意識、呼吸、空嚥下)

2. 見落としがない

(開口、ライトアップ、観察順序、義歯の着脱)

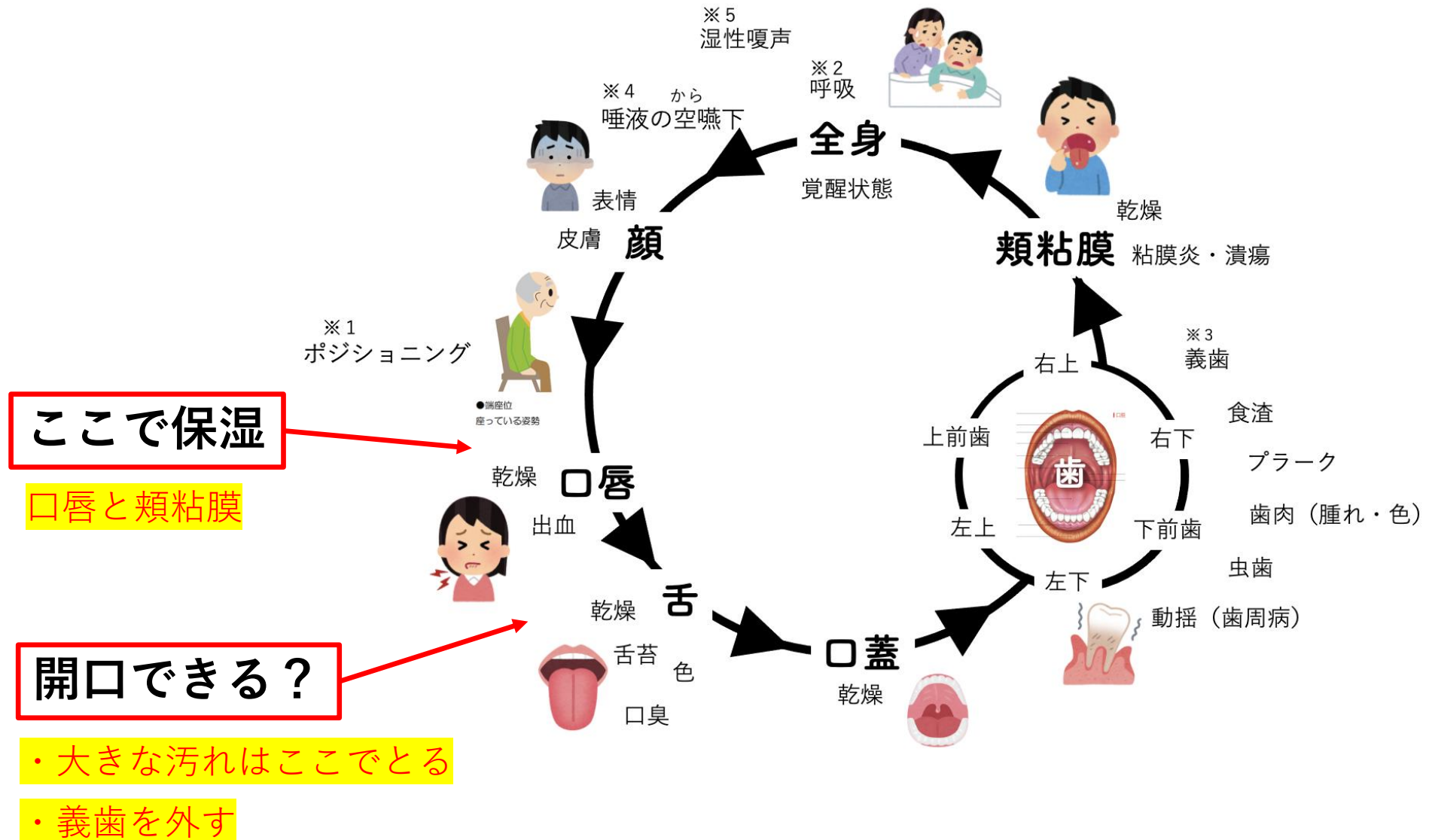
3. スタッフ間で共有している

(知っていると見える、気づく)



私に見えないものはない

2. 見落とししがいない（開口、ライトアップ、観察順序、義歯の着脱）



どうすれば「変化に気づく」ことができるのか？

1. 正常を知っている

(歯の数、かたち、歯茎、口腔粘膜、義歯、意識、呼吸、空嚥下)

2. 見落としがない

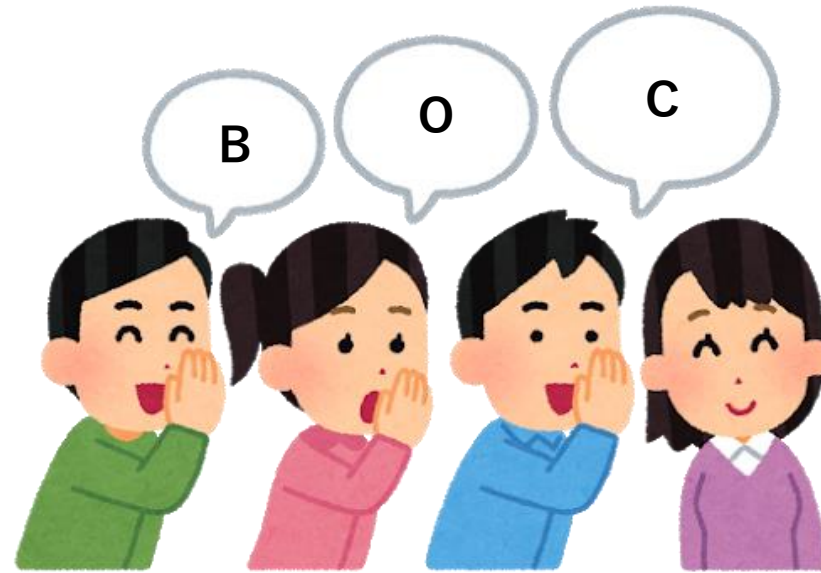
(開口、ライトアップ、観察順序、義歯の着脱)

- 開口できているか (保湿、顎関節の異常)
- 明るく照らしているか
- 順番に観察しているか
- 義歯は外した？



3. 観察したら（気づいたら）

→スタッフに共有（知っていると見える、知らないと見えない）



目次

1. オーラルケアの沿革
2. 歯式、プラークについて
3. 観察方法
4. 実際のケア
5. 洗口剤について



オーラルケアを行う体位について

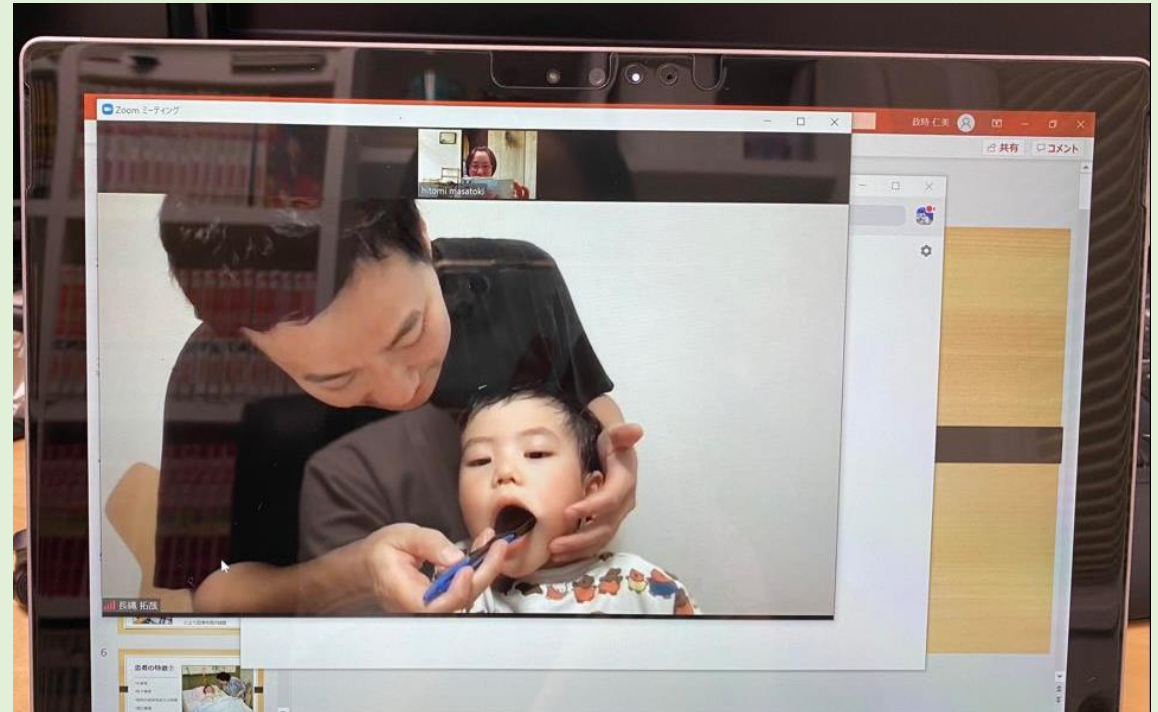
どんな体位がいいのか？



- ・ **患者**さんが誤嚥しない体位
- ・ **術者**がケアしやすい体位

セルフケア可能・一部介助が必要な方

1. 基本は座位
2. 枕があると良い（頭を支えて後屈させない）
3. 足の裏を床につける
4. 若干前かがみ



誤嚥しにくい体位

座位 > ファーラー位 > セミファーラー位 > 側臥位 > 仰臥位

45度くらい
誤嚥しにくい

25度くらい
上から見えるので
オーラルケアしやすい
側臥位と組み合わせる
顔を横に向ける

術者の腰が痛くなる
→口の位置を術者のお
へその高さにあげる

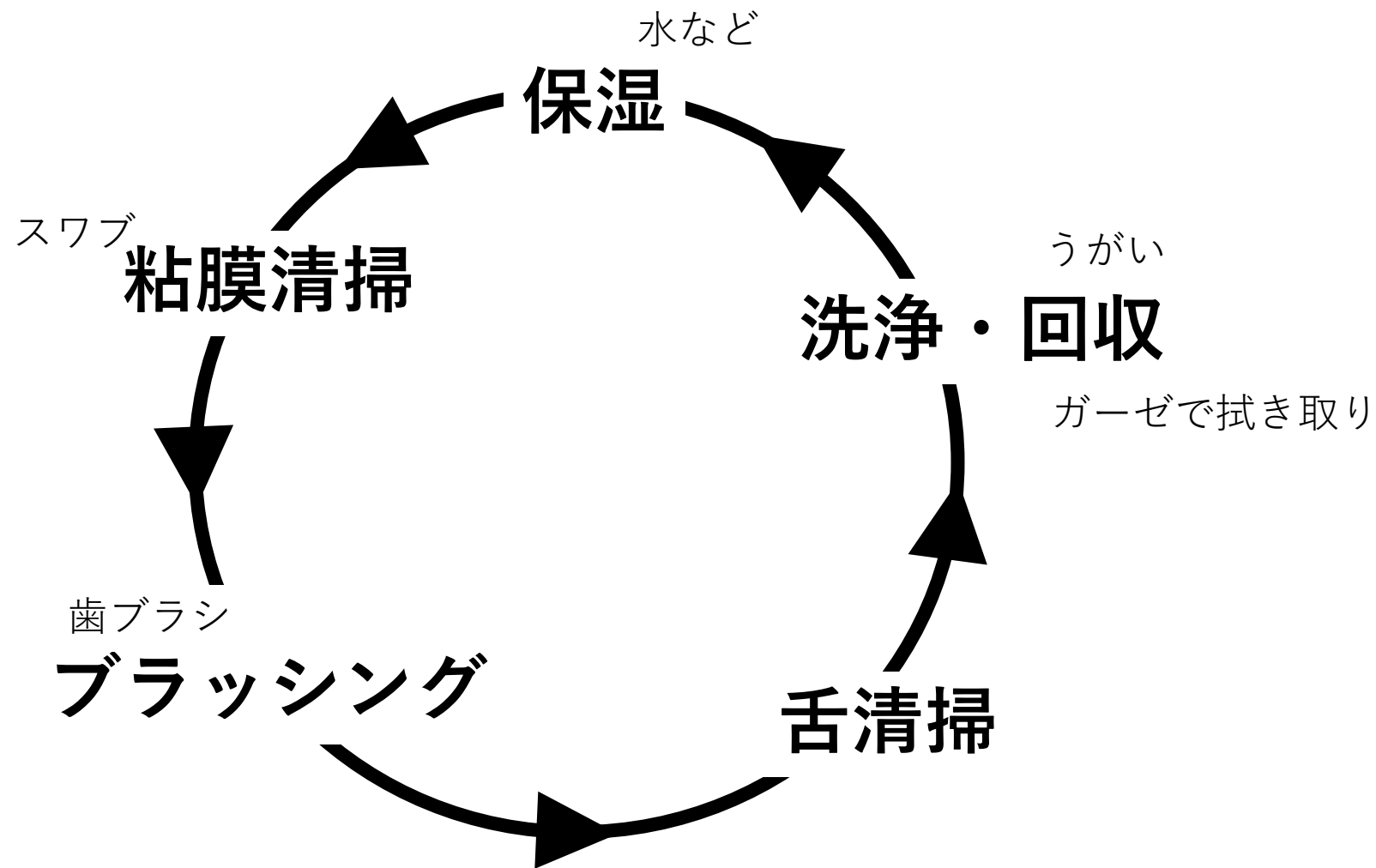


セルフケアが困難な方

誤嚥しにくい体位と**組み合わせ**て行う

1. 顎を引く
2. 顔は横むき
3. 側臥位と組み合わせる
4. 足底をつける（膝枕など）

ベーシックオーラルケア (BOC)



保湿動画デモ





回収動画デモ (BOC+)



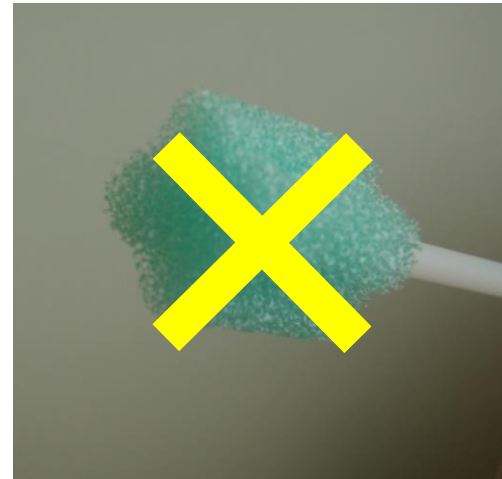


メモ

プラーク（赤いところ）を除去するのに不適切なものはどれ？



スポンジでプラークは落とせません
（ブラシじゃないです）



目次

1. オーラルケアの沿革
2. 歯式、プラークについて
3. 観察方法
4. 実際のケア
5. 洗口剤について



デンタルリンスの使い方は？

洗口剤は「デンタルリンス」、「マウスリンス」と呼ばれています。

液体なので、歯磨剤が届かないところに届く！

ブラッシングの
後に使います。

デンタルリンスの効果

- ① う蝕予防
- ② 歯周病予防
- ③ 口腔粘膜の保湿
(あつたりなかつたり)



デンタルリンスの使い方は？



- 保湿効果あり
- 牛乳アレルギーに禁



- アルコール含有
- クロルヘキシジン含有

オススメ

1. グルコン酸クロルヘキシジン含有
2. 塩化セチルピリジウム含有

殺菌成分

3. ノンアルコール
乾燥させない、刺激が少ない



- これはノンアルコールありのGUMもあります
- セチルピリジウム含有

デンタルリンスの使い方は？

ポイント

1. **原液**をそのまま使用するか、**希釈**して使うかCheck!!
2. **ガラガラ**うがい（咽頭のうがい）は用途外
3. **就寝前**に使用する（**唾液分泌が減少する就寝中**を狙う）
4. 洗口の前には**しっかりブラッシング！**

ブクブクうがい用です



問題 1

口腔の環境およびオーラルケアについて間違っているものを全て選べ

- a. 第一大臼歯は 6 番という
- ✗ 口腔内のバイオフィルムは洗口で除去できる
- c. 適切なオーラルケアにより唾液分泌が促進される
- ✗ 歯石はブラッシングで除去できる
- ✗ スポンジスワブで歯磨きする

おまけ

義歯が真っ黒な患者さんいませんか？



鉄剤の「鉄」と**お茶**の「タンニン」が反応して「タンニン酸第三鉄」が生成され、歯の表面に黒褐色に着色します。



おまけ

真っ黒な義歯の洗い方



次亜塩素酸と超音波洗浄



すご!



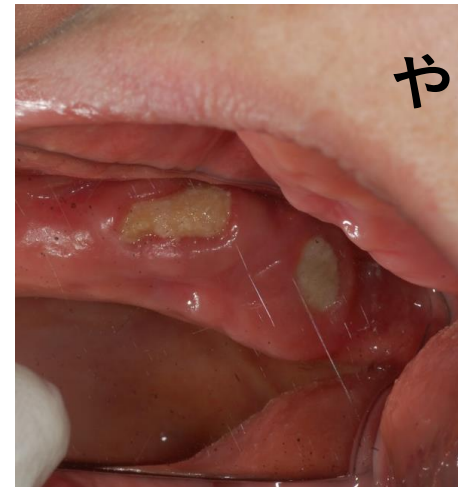
ホームワーク (ゆっくり考えてみてください)



オーラルケアについて、正しいものを全て選べ

- a. 口腔粘膜炎の重症化は予防できる
- b. 敗血症や感染性心内膜炎の原因菌に口腔細菌がある
- c. 出血傾向があってもオーラルケアは中止しない
- d. 就寝時に義歯は外し、洗浄液につけておく
- e. 口腔内の保湿に白ごま油を使用する

こんなお口、 どうします？



やばいわからん



Next step !!!



1. 口を開けてくれない
2. 出血傾向がある
3. 口腔乾燥が強い
4. 口腔粘膜炎
5. 挿管中のオーラルケア
6. 誤嚥性肺炎（摂食嚥下障害）など



水をー



極める、オーラルケア。

BOC™プロバイダー

トップ

開講スケジュール

ニュース

お問い合わせ

受講申し込み

ベーシックオーラルケアで 救える命がある

一般社団法人訪問看護支援協会認定

BOC™プロバイダー

病院や在宅医療、訪問介護の現場で基本的な口腔ケアを行う

BOCプロバイダーの認定資格講座です。

※BOC:Basic Oral Care

受講申し込み

認定資格講座の概要

がんと口腔ケア

化学療法、放射線、粘膜炎、痛み、出血など、
がん治療に伴う口腔内の変化にどう対応しケアをする？

日 時：2021/5/20 20:00-21:00

場 所：ZOOM

対 象：BOCプロバイダー

参加費：無料

講 師：石橋美樹先生



石橋美樹先生
大阪国際がんセンター
歯科部長



BOC group casual meeting ⑤

食形態を上げるタイミング？

摂食嚥下機能の 評価入門編!!

タイムテーブル

20:00：摂食嚥下機能の評価って？（佐藤先生）

20:30：明日から使える摂食嚥下小ネタ集（長縄先生）

20:45：ディスカッション・質疑応答



佐藤かな子先生

言語聴覚士・BOCインストラクター

こりや食上げ
いけるかな？

その心は？



日：2021年2月18日（木）

時：20時から1時間

場所：ZOOM

参加費：無料

「お口のまわりの 感染対策」



参加費：1,000円
2021/3/26
20:00-21:30
会場：ZOOM

- ① **歯科**でクラスターが起きないのはなぜ??
感染症専門家がみる**歯科**医院のヒミツ!
- ② **看護師**が行う**口腔ケア**、感染対策はココがキモ!



竹山 旭氏

講師
歯科医師



堀 成美氏

講師
看護師
感染症対策コンサルタント



かげさん

パネリスト
看護師
イラストレーター



長縄 拓哉氏

モデレーター
歯科医師

HPVワクチンの現在

～ナースだからこそできること～

Expert **NURSE** 2

エキスパートナース

2021
Vol.37 No.2



基礎医学

やりなおしの病理学

【中心にあるもの②
細胞のしくみとはたらき】

アセスメント

患者のみかたと看護のしかた

【喘息発作の患者】

チーム医療

みかたの

のか、

た

に

方法

ナー」】

2021/4/16
19:30-21:00
ZOOM

特別記事

ナースだからこそ
できることを知っておこう!

ヒトパピローマウイルス

HPVワクチンの
現在

木村奈津子
(耳鼻科専門医)



稲葉可奈子
(産婦人科専門医)



山本美裕紀
(看護師)



BOC group casual meeting ⑧

BOCのQ and A

これまでにいただいたよくある質問にまとめてお答えするセッションです。

口腔乾燥、開口してくれない、義歯の管理、保湿剤、粘膜炎への対応など色々ありますが、

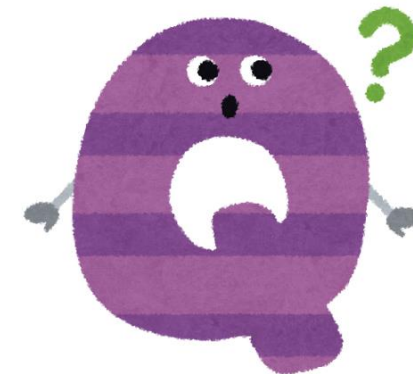
「これだけは絶対スライドに入れて！」という質問があればぜひコメントに書いてください。

日 時：2021/6/29 20:00-21:00

場 所：facebook（ルーム）

対 象：BOCプロバイダー

参加費：無料



看護師さん

介護士さんの

ギモン

を解決!

「教えて! 歯科衛生士さん!」



質問する
看護師さん
介護士さん



岡成香利さん



川合英子さん



下沢浩美さん



全員



答える
歯科衛生士さん



福屋祐子さん



北河寛子さん



高松直美さん



2021/10/24 (日) 20:00-21:30ごろまで。ZOOMで行います。

適切なオーラルケア(BOC)を**当たり前に**！

ご静聴ありがとうございました！



一緒に学び続けましょう！
ガンバロー！



インスタで
動画が見られ
ます。

