

集団フッ化物洗口実施マニュアル

(4歳児・5歳児対象)

「私立施設用」



平成29年4月作成

令和8年4月改訂

長 崎 市
長崎市歯科医師会

はじめに

本市では、国の「歯科口腔保健の推進に関する法律（平成 23 年 8 月 10 日施行）」及び、長崎県の「長崎県歯・口腔の健康づくり推進条例（平成 22 年 6 月 4 日施行）」を受け策定した、「長崎市歯科口腔保健推進計画」に基づき、フッ化物を用いた効果的なむし歯の予防対策を推進しています。

フッ化物洗口は、4 歳ごろから中学卒業まで継続して実施することが最も大きな効果をもたらし、その効果は生涯にわたります。むし歯については、家庭や地域など社会経済的な環境により健康格差を生じやすいことが明らかになっています。施設等でのフッ化物洗口の実施により、すべての子どもがむし歯予防効果の恩恵を受けることができ、健康格差の縮小につながります。

集団的な利用法としてのフッ化物洗口は、効果及び持続性の面から優れたむし歯予防法として、厚生労働省でも推奨されています。

このマニュアルは、同省より示された「フッ化物洗口の推進に関する基本的な考え方」や「フッ化物洗口マニュアル（2022 年版）」をもとに、長崎市歯科医師会、長崎市医師会、長崎市薬剤師会等の協力を得て作成したものです。

本市では、4 歳ごろから中学卒業まで継続してフッ化物洗口を受けられる環境を整えるよう事業を進めてまいります。

目 次

1. フッ化物洗口液の調製と一般的な実施方法	1~2
2. フッ化物洗口に用いられる器具や器材	3~4
3. 一般的な実施手順	5~6
4. 「長崎市フッ化物洗口薬剤等購入費補助金」の事務手続き	7
(1) 長崎市フッ化物洗口薬剤等購入費補助金申請の流れ	8~9
(2) 各種様式	10~17
ア 同意書（作成例）	
イ 指示書（作成及び記入例）	
ウ 情報提供書（記入例）	
エ 交付申請書（記入例）	
オ フッ化物洗口計画書（記入例）	
カ 補助事業等実績報告書（記入例）	
キ 請求書	
ク 消費税及び地方消費税仕入控除税額報告書	
ケ 薬剤管理簿（作成例）	
(3) フッ化物に関する資料	
フッ化物洗口の安全性と誤飲の際の対応	18~19

このマニュアルは、「オラブリス洗口用顆粒 11%」を使用した毎日法での実施について記載しています。

対象：市内の教育・保育施設等に通っている、4歳児・5歳児

(但し、飲み込む恐れのあるお子さんは、実施しないでください)

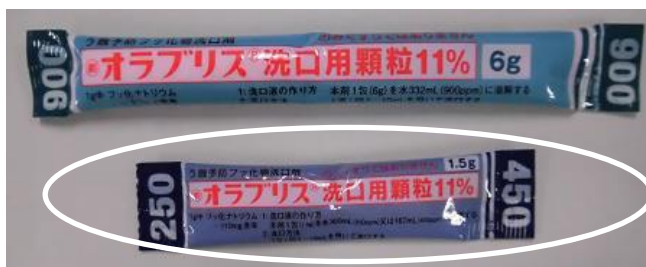
(開始時の注意)

フッ化物洗口を始める前に、あらかじめ1週間程度は水道水を用いてぶくぶくうがいの練習を行ってください。

嘱託歯科医師と実施並びに今後のスケジュールの確認をし、嘱託歯科医師から施設職員及び保護者への説明後、保護者へ「フッ化物洗口実施について(同意書)」を配布し、集約を行ってください。
※フッ化物洗口は、歯科医師の指導のもとに行います。

1. フッ化物洗口液の調製と一般的な実施方法

「オラブリス洗口用顆粒 11%」には、1包 1.5g と 6g の 2 種類があります。4歳児・5歳児には1包 1.5g が主に使用されていますが、1回の使用包数が4包以上の施設は6g が便利です。



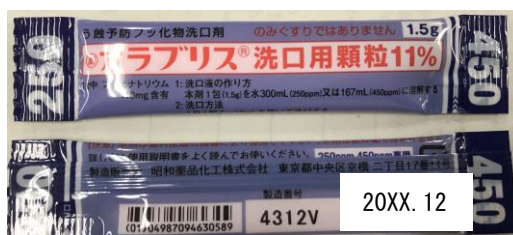
(1) 「オラブリス洗口用顆粒 11%」の組成について

有効成分	1g 中	添加物
フッ化ナトリウム	110mg	D-マンニトール、マクロゴール 6000、ポビドン、クエン酸水和物、ラウリル硫酸ナトリウム、パラオキシ安息香酸プロビル、赤色 3 号

(2) 「オラブリス洗口用顆粒 11%」の性状について

オラブリス製剤は、淡赤色の易溶性顆粒です。

※オラブリスの使用期限は3年となっています。使用期限は、薬剤の包装裏面に記載されていますので、使用の際には必ず確認して下さい。使用期限を超えた薬剤が見つかった場合は使用しないで下さい。



(3) 洗口回数と薬剤の計量

フッ化物洗口は、4歳・5歳児では毎日法が勧められます。安全性と効果の両面から、毎日法のフッ化物の濃度は250ppmが適切とされ、1人が使用する洗口液の量は7mlです。

【毎日法を行う場合に必要な洗口液の量と消耗品】

※ディスペンサー付きボトルは、中の溶液が少なくなると液が出にくいので、多少ゆとりをもたせて（1人10mlを目安に）洗口液を調整します。

5日分の必要量（実施期間：月～金/週）				
対象人数	オラブリス洗口用顆粒11%			必要な洗口液
	1.5g	6g	必要量	
1～6	1包		1.5g	300ml
7～12	2包		3.0g	600ml
13～18	3包		4.5g	900ml
19～24		1包	6.0g	1,200ml
25～30	1包	1包	7.5g	1,500ml
31～36	2包	1包	9.0g	1,800ml
37～42	3包	1包	10.5g	2,100ml
43～48		2包	12.0g	2,400ml
49～54	1包	2包	13.5g	2,700ml
55～60	2包	2包	15.0g	3,000ml
61～66	3包	2包	16.5g	3,300ml
67～72		3包	18.0g	3,600ml
73～78	1包	3包	19.5g	3,900ml
79～84	2包	3包	21.0g	4,200ml
85～90	3包	3包	22.5g	4,500ml
91～96		4包	24.0g	4,800ml
97～102	1包	4包	25.5g	5,100ml
103～108	2包	4包	27.0g	5,400ml
109～114	3包	4包	28.5g	5,700ml
115～120		5包	30.0g	6,000ml

週5回の洗口に必要な洗口液は、（人数×10ml[※]×5日）mlです。※予備量3mlを含んでいます。
 その「必要な洗口液の量」を300mlで割り、小数点以下を切り上げた整数が1.5gオラブリス洗口顆粒11%の必要量となります。
 1.5gオラブリス洗口顆粒11%が4包以上必要な場合は、6gを使用するほうが便利です。

※フッ化物洗口を希望しない園児への対処

フッ化物洗口を希望されない園児は、他園児と同様な形式で「水道水」でうがいをする等の配慮をお願いいたします。

2. フッ化物洗口に用いられる器具や器材

以下の中で、実施施設に合ったボトルを利用してください。

(1) ディスペンサー付きボトル (500ml・1,200ml)

300ml の水道水に対しオラブリス洗口用顆粒 1.5g 1 包、600ml の水道水に対しオラブリス洗口用顆粒 1.5g 2 包、900ml の水道水に対しオラブリス洗口用顆粒 1.5g 3 包又は、1,200ml の水道水に対し、オラブリス洗口用顆粒 6g 1 包を加え洗口液を調整します。

ディスペンサー付きボトル

ポンプを 1 回押すことで 3.5ml^{*}、2 回押すことで、必要量の 7ml を確保することができます（最初の 1、2 回は液が 3.5ml でないので、注意が必要です）。

※ディスペンサー部分は 3.5ml 用と 5.0ml 用があります。購入の際に確認して下さい。

ディスペンサー付きボトルは、中の溶液が少なくなると液が出にくいので、多少ゆとりをもたせて（1 人 10ml を目安に）洗口液を調整します。



(2) ボトル (300ml)

オラブリス顆粒 1.5g 1 包をボトルに入れ、300ml の水道水を加え軽く振り混ぜて洗口液を調整します。

対象児が少人数の保育所・幼稚園での実施に向いています。

ボトルの中央部を押しながら計量部に洗口液を 7ml 計り取り、洗口用コップまたはポリコップに液を移して洗口を行います。

オラブリス用 300ml



(3) 洗口用のコップ



プラスチックコップ



ポリコップ（目盛付き）

洗口するコップはプラスチック製又は紙製のものを使用します。各自が歯磨き等で使用しているコップでも構いません。使用後の洗浄、管理は施設や園児の実情にあわせ、担当者が適切に指導・管理します。

(4) 洗口時間を計測するタイマー、砂時計、音楽用 CD



NPO 法人ウェルビィング 音楽 CD
※歯磨き用とフッ化物洗口用の2曲

タイマーや砂時計は1分間ブクブクうがいをするときの時間を計測します。また、洗口をしている間に音楽を流したりするのもおすすめです。オリジナルなものを使われるのもいい方法と思われます。

❁ フッ化物洗口を開始する前に、施設と嘱託歯科医師とで十分に連携をとり、洗口液の調製についての手順の確認を行ってください。

3. 一般的な実施手順

(1) 準備

フッ化物洗口を行う場合、ディスペンサー付きボトルやコップが必要になります。施設の規模やクラスの数によって変わりますので、嘱託歯科医師にご相談ください。

(2) 洗口液の調製と保管

洗口の前日または当日、担当者が保管場所から薬剤を取り出し、薬剤管理簿（P14 参照）に記録してください。

（洗口液の調整は園児が立ち寄らない場所（保健室等）で行ってください）

専用の容器に必要な量の水道水※とオラブリス洗口用顆粒 11%を入れ軽く振り混ぜて、完全に溶解したことを確認してください。

（洗口液は微かなピンク色となります。なお、時間の経過により色は減色しますが、効果には問題ありません。）

※浄水やミネラルウォーターは使用しないでください。

洗口液の入ったボトルは園児の手の届かない保健室等で管理し、直射日光を避け、冷蔵庫等で保管してください。

衛生的観点から1週間保管した洗口液は廃棄してください。



(3) 各園児への分注

ボトルを各クラスに運び、個人のコップに7ml ずつ分注します。



(4) 洗口開始と洗口の方法（「オラブリス洗口用顆粒 11%」使用説明書より）

洗口の時間帯は、施設の行事や予定にあわせて実施してください。

全員に洗口液の分注が完了したら、感染症対策のため密集しないよう離れて座り、担当者の合図で全部の量を口に含み、洗口液が十分に歯面にいきわたるように口を閉じて頬を動かし約1分間「ブクブクうがい」をさせてください。洗口は、飲み込みを避ける目的で、少し下を向いて行うよう指導してください。

（洗口図参照）



1分間が過ぎたら、各自のコップに口を近づけ、洗口液が飛び散らないように静かに吐き出します。

ちゃんと吐き出されているかを確認してください。

洗口後 30 分間は口をゆすいだり、飲食をしない方が効果的です。

(飲食が身体に悪影響となるわけではありません。)



(5) 後片付け

コップ内の吐き出した洗口液は各手洗い場で流し、同時にコップを洗うようしてください。

ボトルは水洗いし、所定の場所に保管してください。

感染症対策のため、洗い場に子どもが密集しないよう、実施方法を工夫してください。



(6) 管 理

薬剤は、鍵のかかる保管庫に保管することが望ましいとされています。



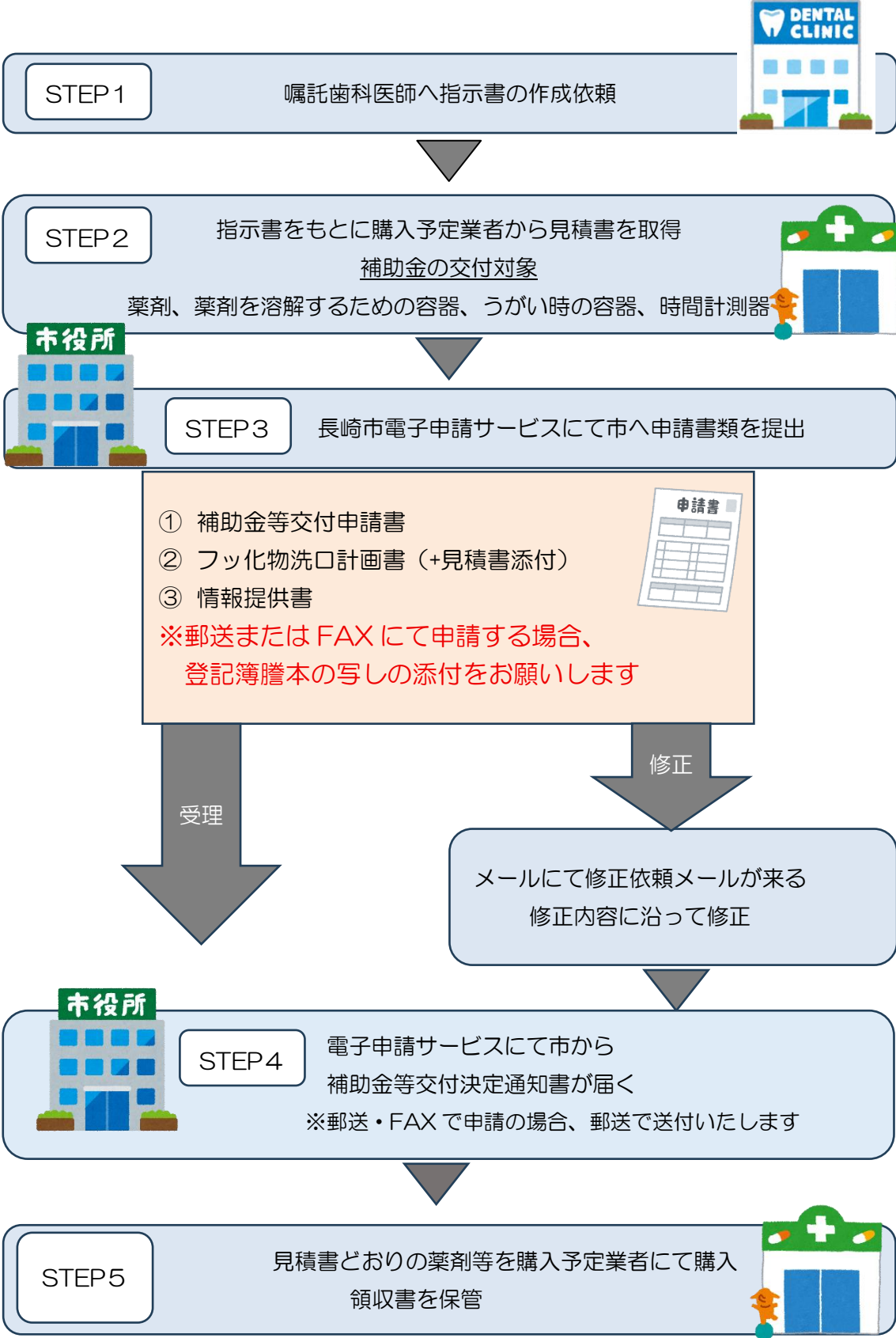
4. 「長崎市フッ化物洗口薬剤等購入費補助金」の事務手続き

令和8年4月から、一部の書類について電子申請サービスでの提出が可能となりました。

確認項目	書類ページ	提出方法
<p>1 嘱託歯科医師に「フッ化物洗口指示書」を作成していただき、その指示書をもとに、購入予定業者にて、フッ化物洗口に必要薬剤及び消耗品薬局等の購入に係る見積書を取得します。</p> <p>※ 薬剤の必要包数は、当該補助金の実施期間（補助事業等の完了予定年月日から）の包数となります。</p> <p>※ 見積書の有効期限を記入される場合は、補助事業等の完了予定年月日と同一日かそれ以降の日付となります。</p> <p>※ 仕入税額控除がある場合は、相当額を差し引いた金額で申請</p>	P11	
<p>2 市へ、次の①～④の書類を提出。</p> <p>① 補助金等交付申請書</p> <p>② 見積書（写し可）</p> <p>③ フッ化物洗口計画書</p> <p>④ 情報提供書</p> <p>※ 購入完了予定年月日【薬剤等を購入する日（領収日）】の1か月前の日までに提出してください。</p> <p>※ 継続で実施されている施設で、薬剤を溶解するための容器や時間計測器が必要な場合は、「補助金等交付申請書」の枠外（添付書類下）に、理由を記載してください。</p>	P12. 13 . 14	電子申請 郵送 FAX
<p>3 市から「補助金等交付決定通知書」が届いたら、薬局等購入予定業者から見積書どおり購入し、領収書を保管してください。</p> <p>※ 薬剤購入の際は指示書を持参してください。</p> <p>※ 指示書は施設で保管してください。（市への提出は不要）</p> <p>※ 購入完了予定年月日までに購入し、領収書も受理してください。</p> <p>※ 領収書には、薬剤等購入物品の内訳を記載してください。</p>		
<p>4 市へ、次の①②の書類を提出。</p> <p>① 補助金等実績報告書</p> <p>② 領収書（写し可）</p> <p>※ 薬剤等を購入した日から30日を経過する日または当該年度の3月10日のいずれか早い日までに提出してください。</p>	P15	電子申請 郵送 FAX
<p>5 市から「補助金等確定通知書」が届いたら、市へ「請求書」を提出。</p>	P16	郵送 FAX メール
<p>6 補助金の入金後に、仕入税額控除税額が確定した場合は、返還金が生じたらすみやかに報告書を提出してください。（令和7年4月移行申請分から、返還金が生じない場合提出不要です。）</p> <p>① 消費税及び地方消費税仕入控除税額報告書</p>	P17	郵送 FAX

(1)

長崎市フッ化物洗口薬剤等購入費補助金申請の流れ





STEP6

長崎市電子申請サービスにて市へ実績報告書類を提出

- ④補助金等実績報告書
- ⑤領収書

▼下記の URL または二次元コードよりご提出ください

https://apply.e-tumo.jp/city-nagasaki-u/offer/offerList_detail?tempSeq=12803



薬剤等購入後
30日以内

受理

修正

メールにて修正依頼メールが来る
修正内容に沿って修正



STEP7

電子申請サービスにて市から
補助金等確定通知書が届く

※郵送・FAX で実績報告をした場合、郵送で送付いたします



STEP8

市へ請求書を提出→補助金交付

(返還金が生じた場合のみ) 市へ消費税等仕入控除税額報告書を提出

★長崎市電子申請サービスによる申請書類提出をご希望される方は、
下記の連絡先へ電話または電子メールにてご連絡ください。

書類の提出及びお問い合わせ先

長崎市口腔保健支援センター（健康づくり課内）

〒850-8685 長崎市魚の町4番1号

TEL：095-829-1436（直通） FAX：095-829-1221

E-mail：s8020@city.nagasaki.lg.jp

(2) 各種様式

掲載している書式は長崎市のホームページ、「フッ化物洗口のページ」からダウンロードできます。

ア 同意書（作成例）

この同意書は例です。使いやすい書式をご利用ください。

年 月 日	
保護者 様	
施設長名	
フッ化物洗口の実施について（調査）	
<p>当園において、園児のむし歯予防のためフッ化物洗口を下記のとおり実施いたします。 実施につきましては、保護者の同意が必要となりますので、先日開催しました説明会内容及び配布した資料について確認いただき、下記にご記入の上、提出下さいますようお願いいたします。</p>	
1. 実施方法	うがい液（市販のオラブリス洗口用顆粒 11%）で、1分間「ぶくぶくうがい」をしてうがい液を吐き出します。
2. 開始予定	年 月
3. 実施日時	週 回（ 曜日）
4. 費用	無料
5. 申し込み	月 日までにクラス担任まで提出して下さい。洗口に同意しない方も提出をお願いいたします。 同意を得られないお子様については、真水による洗口等検討いたします。
フッ化物洗口同意書	
年 月 日	
施設長 様	
<p>※どちらかを○でかこんで下さい。</p> <ol style="list-style-type: none">1. フッ化物洗口実施に同意します。2. フッ化物洗口実施に同意しません。	
園 児 名 _____	(_____ 組)

イ 指示書（作成及び記入例）

園児数 36 人、2 クラスの幼稚園。
洗口液週 1 回調整の場合

(例)

年 月 日

フッ化物洗口指示書

施設長 様

歯科医師住所

氏名

印

施設名	〇〇〇〇保育園
実施期間	〇〇年〇月 ~ 〇〇年〇月
フッ化物洗口剤名称	オラブリス洗口用顆粒 11%
フッ化物洗口剤 必要量	1.5g 〇包 (6 包×実施予定週数)
フッ化物洗口液濃度	250ppm
フッ化物洗口液の量	1 人 7 ml
洗口の回数	毎日法
1 回あたりの洗口の時間	1 分間
留意事項	<p>1200ml ボトルを 2 本準備し、各ボトルにフッ化物洗口剤（オラブリス洗口用顆粒 11%）1.5g を 3 包と水道水 900ml を入れて溶解し、指示されたフッ化物イオン濃度（250ppm）にしてください。</p> <p>月曜から金曜まで毎日、園児〇人に対し、1 人 7ml のフッ化物洗口液を用いて、1 分間洗口させてください。余った洗口液は冷蔵庫で保管して下さい。衛生面から週をまたいで使用しないで下さい。</p> <p>また、洗口後 30 分間は口をゆすいだり、飲食をさせたりしないように指導してください。</p>

オラブリス洗口用顆粒 11% 6g を使用した場合：1200ml ボトルを (①②) 2 本用意

①オラブリス洗口用顆粒 11% 6g を 1 包と水道水 1200ml

②オラブリス洗口用顆粒 11% 1.5g を 2 包と水道水 600ml

（記入例）

年 月 日

（あて先）長崎市長

情報提供書

長崎市フッ化物洗口薬剤等購入費補助金の交付申請に伴い、長崎市補助金等交付規則第2条の2第2項の規定により、暴力団等でないことの確認のため、下記のとおり情報提供します。

「補助金等交付申請書」に記入した氏名にあわせてください。
押印は不要です。

<申請者>

施設名	
役 職	理事長もしくは代表理事
氏 名	
フリガナ	
生年月日	

エ 交付申請書（記入例）

第1号様式(第3条関係)

長崎市電子申請サービスでの提出が可能です。

補助金等交付申請書

(記入例)

補助事業等の完了予定年月日の1か月前の日までに市へ到着するように提出してください。

市への申請書の提出日です。

〇〇年〇月〇日

(あて先) 長崎市長

申請者 住所 **長崎市〇町〇番〇号**

氏名 **社会福祉法人〇〇会**

〇〇〇〇保育園

理事長 〇〇 〇〇

(団体の場合は、団体名及び代表者名)

住所、施設名、代表者の肩書・代表者名を記入してください。
理事長印の押印は不要です。
郵送または FAX での提出の場合、登記簿謄本の写しを添付しご提出ください。

長崎市補助金等交付規則第3条の規定により、次のとおり申請します。

補助年度	〇〇年度	補助事業等の名称	長崎市フッ化物洗口薬剤等購入費補助金
補助事業等の目的及び内容		施設通園児のむし歯予防を目的にフッ化物洗口を行うために必要な薬剤等を購入する。	
補助事業等の経費所要額			〇〇〇〇〇円
交付申請金額			〇〇〇〇〇円
補助事業等の完了予定年月日		年 月 日	薬剤等の購入(領収日)の予定年月日です。
添付書類		購入予定薬剤等の見積書 計画書	

継続で実施されている施設で、薬剤を溶解するための容器又は時間計測器が必要な場合は、「補助金等交付申請書」の枠外(添付書類下)ここに、理由を記載してください。

- (例) ・溶解瓶が不潔になった為、1本必要。
・時間計測器が破損した為、1個必要。等

オ フッ化物洗口計画書（記入例）

長崎市電子申請サービスでの提出が可能です。

フ ッ 化 物 洗 口 計 画 書 **（記入例）**

〇〇年〇月〇日

（あて先）長崎市長

住 所 **長崎市〇町〇番〇号**

氏 名 **社会福祉法人〇〇会**

〇〇〇〇保育園

理事長 〇〇 〇〇

（団体の場合は、団体名及び代表者名）

「補助金等交付申請書」に記入した住所・氏名と内容を合わせてください。
理事長印の押印は不要です。

〇〇年度のフッ化物洗口の実施について、下記のとおり計画しています。

対 象 児 童	実 施 者 数	全 園 児 数	実 施 期 間
4 歳 児（年中）	18名	18名	〇年〇月～〇年〇月
5 歳 児（年長）	17名	18名	〇年〇月～〇年〇月
使用 する 薬 剤	オラフリス洗口用顆粒 11%		実施期間は、完了予定年月日からになります。
実 施 方 法	毎 日 法		
嘱 託 歯 科 医 師 名	〇〇 〇〇		

カ 補助事業等実績報告書（記入例）

長崎市電子申請サービスでの提出が可能です。

第4号様式(第12条関係)

(記入例)

補助事業等実績報告書

薬剤等を購入した日から30日を経過する日または当該年度の3月10日のいずれか早い日までに提出してください。

〇〇年〇月〇日

(あて先) 長崎市長

補助事業者

住所 長崎市〇町〇番〇号

氏名 社会福祉法人〇〇会

〇〇〇〇保育園

理事長 〇〇 〇〇

(団体の場合は、団体名及び代表者名)

「補助金等交付申請書」に記入した住所・氏名と内容を合わせてください。
理事長印の押印は不要です。

長崎市補助金等交付規則第12条の規定により、次のとおり報告します。

指令年月日	年 月 日	指 令 番 号	長崎市指令健づ 第 号
補 助 年 度	〇〇年度	補助事業等の名称	長崎市フッ化物洗口薬剤等購入費補助金
補助事業等の完了年月日	年 月 日	薬剤等の購入完了日 (領収書の日付)です。	
補助金等の交付決定金額	〇〇〇〇〇 円		
補助金等の既交付金額	0 円		
補助事業等の経費精算額 (補助対象金額)	〇〇〇〇〇 円		
添 付 書 類	購入薬剤等の領収書(写)		

キ 請求書

請 求 書

請求日 ○○年○月○日

(あて先) 長崎市長

下記の金額を請求します。

住 所 **長崎市○町○番○号**

商 号 **社会福祉法人○○会○○○○保育園**

氏 名 **理事長 ○○ ○○**

「補助金等交付申請書」に記入した住所・氏名と内容を合わせてください。

理事長印の押印は不要です。

発行責任者 ○○ ○○	電話 ○○○-○○○○-○○○○
発行担当者 △△ △△	電話 △△△-△△△△-△△△△

電話番号は同一でも可。

振替先	金融機関名	支店(支所)名
	銀行 金庫・組合	支店
	預金種別	口座番号
	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄 4. 別段 (該当するものを○印で囲んでください)	振込先の口座名義が請求者と異なる場合のみ、委任状が必要となります。 委任状はホームページ(長崎市フッ化物洗口のページ)からダウンロードできます。
	口座名義(カタカナで記入し)	
	シャカイフクシホウジン○○カイ○○○○ホイクエンリジチョウ○○○○	

請求金額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
						¥	○	○	○	○	○

- (注)・金額の頭に¥をつけること。
・請求金額の改ざん、又は訂正をしてはならない。

件 名 **長崎市フッ化物洗口薬剤等購入費補助金**

ク 消費税及び地方消費税仕入控除税額報告書

第1号様式（第7条関係）

※ 消費税及び地方消費税の申告により、消費税及び地方消費税仕入控除税額（補助金返還相当額）が発生する場合にご提出ください。

〇〇年〇月〇日

（あて先）長崎市長

住所 **長崎市〇町〇番〇号**
団体名 **社会福祉法人〇〇会**
〇〇〇〇保育所
代表者名 **理事長** 〇〇 〇〇

市から送付された「補助金等確定通知書」の日付をご記入ください。

「補助金等交付申請書」に記入した住所・氏名と内容を合わせてください。
（押印は不要です。）

〇〇年度 消費税及び地方消費税仕入控除税額報告書

〇〇年〇月〇日付けで補助金の額を確定した長崎市フッ化物洗口薬剤等購入費補助金に係る消費税及び地方消費税仕入控除税額について、下記のとおり報告します。

記

1 補助金確定額（市が補助金の額の確定通知書により通知した額）

金 〇〇〇〇〇 円

交付された補助金の額をお書きください。

2 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税仕入控除税額（補助金返還相当額）

金 〇〇〇〇〇 円

3 添付書類

- ・ 課税期間分の消費税及び地方消費税の確定申告書（写）
- ・ 課税売上割合、控除対象仕入税額等の計算表（写）
- ・ 2の金額の積算内訳書等

ケ 薬剤管理簿（作成例）

薬剤管理簿（作成例）

年度

前年度在庫薬剤	使用期限
1.5g: 包	年 月 日
6.0g: 包	年 月 日

納入日	納入量	使用期限	納入確認者氏名	確認者印又はサイン
年 月 日	1.5g: 包	年 月 日		
	6.0g: 包	年 月 日		

1回使用量	オラブリス		1.5g × 包		6.0g × 包		洗口液作成者氏名	作成者印又はサイン
年月日	使用薬剤包数		在庫薬剤包数					
1	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
2	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
3	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
4	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
5	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
6	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
7	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
8	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
9	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
10	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
11	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
12	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
13	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
14	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
15	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
16	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
17	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
18	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
19	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
20	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
21	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
22	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
23	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
24	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
25	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
26	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
27	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
28	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				
29	年 月 日	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包	1.5g: 包, 6.0g: 包				

※市から、毎年夏頃「フッ化物洗口実施状況調査」のご案内をします。

(3) フッ化物に関する資料

フッ化物応用によるむし歯予防の有効性と安全性は、1945年のアメリカでの水道水フッ化物添加の開始をはじめとして、国内外の多くの研究により示されています。フッ化物洗口は、ぶくぶくうがいができるようになる4歳ごろから開始し、永久歯が生えそろう中学卒業まで継続して実施することが最も大きな効果をもたらす、その効果は生涯にわたります。子どもの歯の健康は、家庭や地域など環境により健康格差を生じやすいため、フッ化物洗口の実施により、すべての子どもがむし歯予防効果の恩恵を受けることができます。

自然界におけるフッ化物

フッ素は自然界に存在する天然元素の一つで、土壌や海水（1.3ppm）、お茶や海産物にも含まれています。

フッ化物によるむし歯予防効果

フッ化物は、初期う蝕の修復（再石灰化）、歯質の強化、むし歯菌の活性抑制により、むし歯予防に役立ちます。毎日のフッ化物配合歯磨剤の使用と定期的な歯科医院での高濃度のフッ化物塗布にフッ化物洗口を併用して使用することでさらに効果が高まります。

洗口の安全性と誤飲の際の対応

1) フッ化物の量と安全性

フッ化物を一度に多量に誤飲した場合、吐き気などの消化器症状が発現する可能性がある急性中毒量は、体重1kg当たりのフッ化物量が2mgとされているので、体重15kgでは30mgで、毎日法でのフッ化物洗口液では17人分に相当します。洗口液を吐き出した後、口の中に残るフッ化物量は、使用量のほぼ10分の1です。仮に1回のフッ化物洗口液を全量飲んだとしても、急性中毒の心配はありません。

慢性中毒である歯のフッ素症は、顎骨の中で歯が形成される時期に、高濃度のフッ化物を長期間継続して摂取したときに、左右対称での歯の白濁や褐色の着色として発現します。フッ化物洗口を開始する4歳では永久歯前歯の歯冠がほぼ完成していることと、洗口液は低濃度であり、うがいで使用することから、審美的に問題となる歯のフッ素症の心配はありません。また、既に生えている歯が、歯のフッ素症になることはありません。

このように通常の使用法であればフッ化物洗口は安全ですが、万が一の誤飲を防ぐためにも大人の監視が必要です。また、フッ化物洗口は洗口液を口からきちんと吐き出すことを確認しながら実施します。

2) 誤飲の際の対処法

4歳児・5歳児では、250ppm(フッ化物が1ml当たり0.25mg)のフッ化物濃度の洗口液を7ml使用することとしています。7ml中に含まれるフッ化物は1.75mgです。

洗口液の誤飲により症状*が表れるフッ化物の急性中毒量は体重1kg当たり2mg、中毒量は体重1kg当たり5mgといわれています。以下は、体重に応じた中毒量の目安とその対応を示しています。

* 消化器症状(下痢、腹痛、嘔気・嘔吐等)

・急性中毒を起こす可能性のある洗口液量 (1.75mgF/7ml)

体重(kg)	急性中毒量 体重1kg当たり2mg			見込中毒量 体重1kg当たり5mg		
	フッ化物量(mg)	洗口液(ml)	何人分に相当	フッ化物量(mg)	洗口液(ml)	何人分に相当
15	30	120	17	75	300	43
20	40	160	23	100	400	57

・フッ化物の体重当たりの急性中毒発現量とその対応

フッ化物の急性中毒量(体重1kg当たり)	対 応
2mg/kg以上	2~5 mg/kg 未満を経口摂取した場合は、すぐに牛乳などの乳製品やカルシウム製剤を飲ませ、経過を観察し、症状があれば医療機関受診。
5mg/kg以上	5 mg/kg以上を経口摂取した場合は、可能であれば催吐し、牛乳などの乳製品やカルシウム製剤を飲ませる。医療機関受診。

※洗口液の誤飲により何らかの消化器症状(下痢、腹痛、嘔気・嘔吐等)又は過敏症状(口唇周囲のはれ、かゆみ、じんましん、発疹等)がある場合は、医療機関を受診させて下さい。

平成29年4月作成

令和8年4月改訂

長 崎 市
長 崎 市 歯 科 医 師 会