出水圏域在宅歯科医療連携マニュアル
～切れ目のない歯科口腔保健支援のために～

１　本マニュアルの目的

咀嚼や嚥下などの口腔の機能の低下や口腔内疾患は，低栄養や誤嚥性肺炎の発症など全身の健康状態にも大きく影響を及ぼすことが多数報告されており，口腔の問題を改善することはQOL向上の観点からも重要なことです。

そこで，歯科と医科及び介護等の連携による切れ目のない歯科口腔保健支援を推進し「一般高齢者や看護・介護が必要な方の歯科疾患予防と食べる機能の改善，維持及び向上を通して，生活の質の維持・向上を図る」ために，看護・介護に関わる関係者が活用することを目的としたマニュアルです。

２　連携ツール等の紹介

（1）お口のチェックシートとは

看護や介護に関わる関係者が活用できるツールは以下のものがあります。

一般高齢者や患者・要介護者の口腔内の困りごとを把握するためのシート

＊「お口のチェックシート1（一般高齢者用）」　：一般高齢者が対象

＊「お口のチェックシート2（患者・要介護者用）」：看護や介護が必要な方が対象

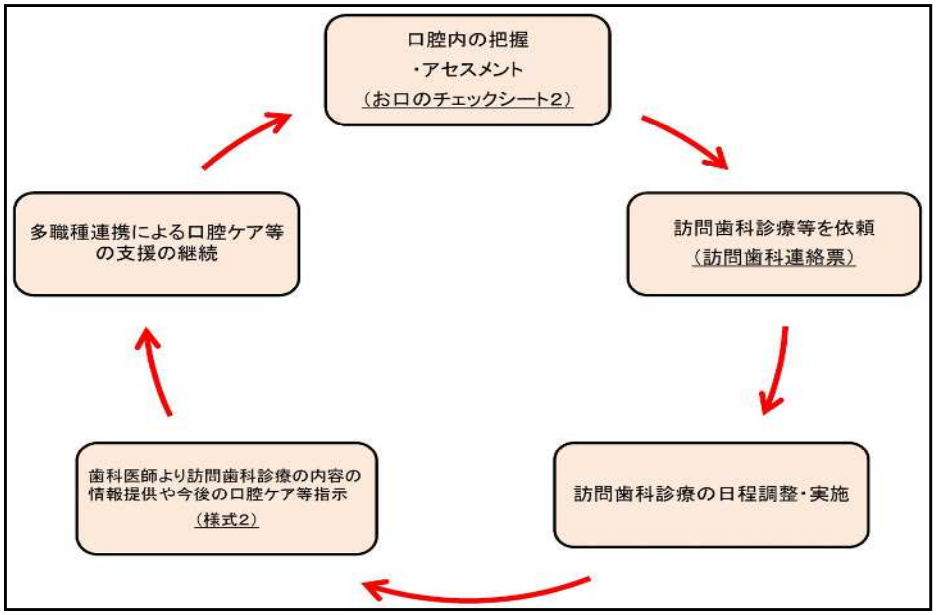
（2）訪問歯科診療連絡票

要介護高齢者等で口腔に問題を抱え歯科治療が必要な場合に，訪問歯科診療の依頼に活用するツール

（3）訪問歯科診療報告書（様式2）

訪問歯科診療を実施した歯科医師が，ケアマネ等に治療の内容や口腔内の状況，必要　な口腔ケアや口腔リハビリなどの指示を記載し情報提供する様式

＜要介護者の支援の流れ＞



３　具体的支援の流れ

（1）一般高齢者を対象とした支援の流れ

①一般高齢者を対象とした歯科健康教育の実施
・高齢者サロンや健康教室など，あらゆる機会を活用して歯科健康教育を実施

↓

②「お口のチェック シート1（一般高齢者）」を活用
・高齢者自身の口腔内の状況確認と，お口の健康づくりの動機付けを行う。
・必要な方は歯科医療機関の受診を勧める。

↓

一般高齢者のお口の健康づくりや口腔機能向上に対する意識の向上を図る

（2）患者・要介護者等を対象とした支援の流れ

①お口のチェックシート２（患者・要介護者用）を活用
・お口の状況を聞き取り口腔内を把握

↓

②患者・利用者・家族等へ歯科治療の必要性を説明
・説明と歯科治療の意向確認

↓

③かかりつけ歯科医，最寄りの歯科医院等に電話・FAX等でつなぐ（３～５ページ参照）
・**訪問歯科連絡票**を活用

↓

④訪問歯科診療の日程調整及び確認
・歯科医院からの連絡を受け調整

↓

⑤訪問歯科診療の実施
・訪問歯科診療に可能な範囲で同席し，口腔内及び治療内容等を把握（顔の見える関係づくり・多職種連携の構築）

↓

⑥継続的な口腔ケア等の計画
・担当歯科医師から治療や指示の報告（**様式２**）を受け必要な口腔ケア等を検討（多職種連携の構築）

○患者・利用者の「自分の口で食べたいという気持ち」に寄り添い，切れ目のない支援を構築しましょう。
○連携支援のケースをとおして，顔の見える関係を構築しましょう。

出水地域歯科医院名簿一覧

○　:一般診療のみ対応
◎　:一般診療及び訪問診療どちらも対応
感染症:感染経路別予防策を実施した診療可

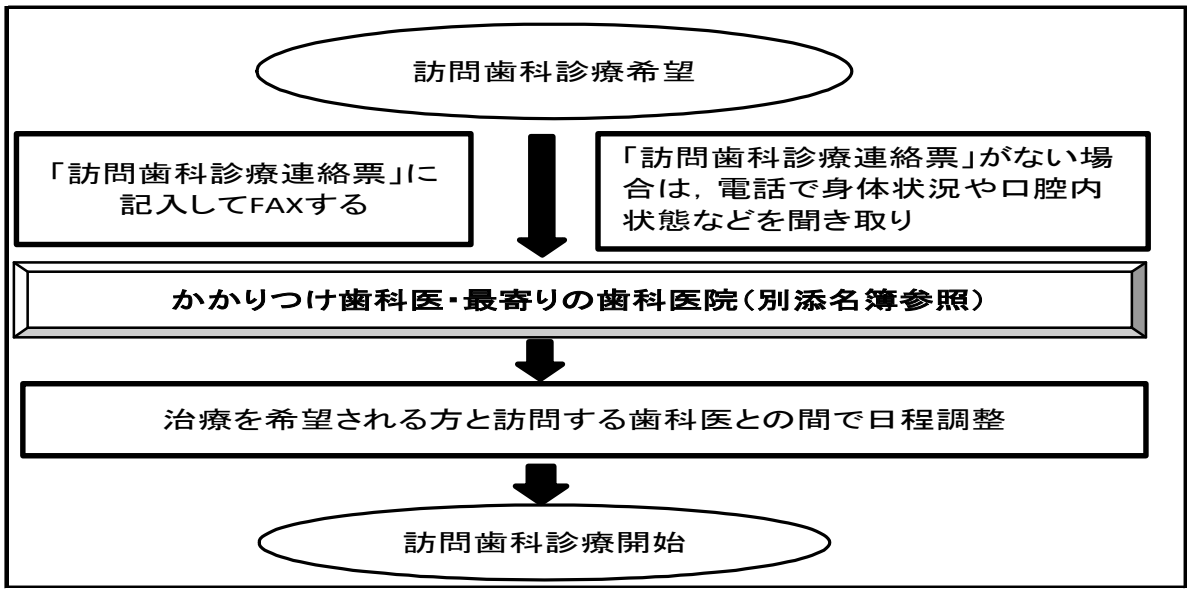
	歯科医院名	住所	電話(T) FAX(F)	成人	小児	身体障害者	知的障害者	精神障害者	要支援・要介護者	身体障害児	知的障害児	感染症
出水市	中島歯科医院	高尾野町大久保6	T:82-0020 F:82-4451	○	○	○	○	○	○	○	○	
	水野歯科医院	高尾野町紫引 2787-15	T:82-0064 F:82-0305	○	○							
	ちゃえん歯科	六月田町567-1	T:67-2325 F:79-4006	○	○							
	太田歯科クリニック	野田町下名 5390-5	T:84-4700 F:84-4702	○	○							
	石沢歯科医院	野田町上名5855	T:84-4411 F:84-4415	○	○	◎			◎	◎		○
	おてき歯科医院	上知識町703	T:63-0393 F:68-1006	○	○	○ 要相談(軽度者のみ)	○	○	○	○	○	○
	柏木歯科クリニック	高尾野町 下水流907-4	T:79-4618 F:79-4618	○	○	○ 要相談	○	○	○	○	○	
	金子歯科医院	本町3-22	T:63-2150 F:62-2920	○	○	○ 要相談						
	きずな歯科	黄金町417	T:68-8133 F:68-8133	○	○	◎	◎	◎	◎			○
	北園歯科医院	高尾野町 唐笠木860	T:64-2151 F:64-2152	○	○				○			○
	こじま歯科医院	中央町1180-3	T:63-4618 F:62-6678	○	○	○	○	○	○	○	○	
	しお歯科医院	下鯖町1468-3	T:67-5844 F:67-5844	○	○	○	○	○	○	○	○	
	塩山歯科医院	本町13-8	T:62-2634 F:62-5889	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	白男川歯科医院	向江町8539-1	T:63-0009 F:63-0009	○	○							
	田畑歯科医院	大野原町73-14	T:62-0888 F:63-2418	○	○	◎	◎	◎	◎	◎ 要相談	◎ 要相談	
	つばさ歯科	西出水町1656	T:62-8519 F:63-3579	○	○	○	○ 要相談	○ 要相談	◎	○ 要相談	○ 要相談	○
	徳森歯科医院	米ノ津町16-26	T:67-3608 F:67-3608	○	○	○	状態により 対応可		○	状態により 対応可		

出水地域歯科医院名簿一覧

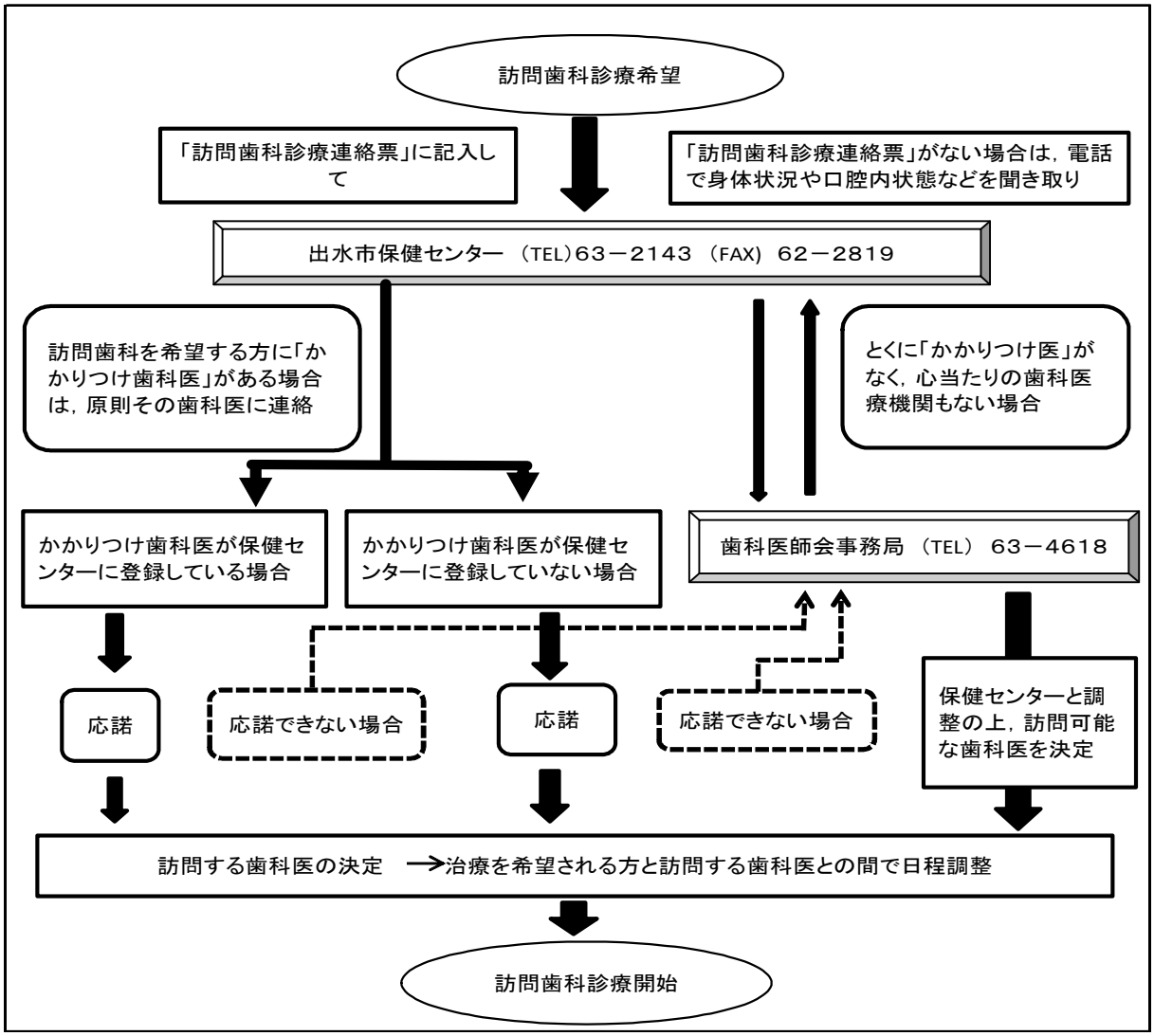
○ :一般診療のみ対応
◎ :一般診療及び訪問診療どちらも対応
感染症:感染経路別予防策を実施した診療可

	歯科医院名	住所	電話(T) FAX(F)	成人	小児	身体障害者	知的障害者	精神障害者	要支援・要介護者	身体障害児	知的障害児	感染症
出水市	とし歯科	文化町35-3	T:68-8461 F:68-8460	○	○							
	橋口歯科医院	中央町1585	T:63-2330 F:63-2630	○	○	○ 要相談			○			○
	はしぐち歯科 クリニック	上知識町548	T:62-8241 F:62-8241	○	○	◎	○	○ 要相談	◎	○	○ 要相談	
	福原歯科医院	緑町19-20	T:63-2501 F:63-2502	○	○							
	楠元内科医院歯科	平和町224	T:79-3351 F:79-3352	○	○							
	村岡歯科医院	昭和町44-1	T:62-0601 F:62-0605	○	○			訪問 のみ	◎			○
	よしだ歯科クリニック	高尾野町 大久保2847-2	T:79-3443 F:79-3443	○	○	○	○	○	○	○	○	
						要相談						
阿久根市	よしもと歯科 クリニック	脇本6966-1	T:75-3333 F:75-3333	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
						要相談						
	スマイル歯科医院	脇本8349-18	T:75-3300 F:75-3301	○	○	○	○	○	○	○	○	
	あくね歯科医院	大丸町93	T:72-0556 F:72-0556	○	○							
	かとう歯科医院	赤瀬川1266-4	T:73-4773 F:73-4773	○	○	○	○	○	○	○	○	○
							ご家族等の付き添いがある者					
	久木田歯科医院	琴平町58	T:73-0470 F:73-0470	○	○	○	○	○	○	○ 要相談	○ 要相談	○
	丸山歯科医院	大丸町83	T:68-1911 F:68-1910	○	○							
	宮薗歯科医院	大丸町90-26	T:73-3222 F:73-3222	○	○							
長島町	児島歯科医院	鷹巣1805-1	T:86-1266 F:86-1167	○	○	◎	◎		◎	◎	◎	○
	長島町国民健康保険 平尾診療所歯科	平尾134	T:88-3600 F:88-3600	○	○	○	○	○	○	○	○	

＜訪問歯科診療の流れ＞



＜出水市保健センターへ申込みの場合（かかりつけ歯科医がいない出水市の方）＞



様式等

・お口のチェックシート1（一般高齢者用）
・お口のチェックシート2（患者・要介護者用）
・訪問歯科診療連絡票
・様式2（訪問歯科診療　報告書）
・参考：お口のチェックシート2の項目から予想されるお口の疾患等

お口のチェックシート1（一般高齢者用）

実施日　　平成　　年　　月　　日

御名前

★以下の質問で、「はい」か「いいえ」当てはまるものにチェック☑を付けてください。

		質問	どちらかに☑をします		備考（気がついたこと等記載）
1	歯や歯ぐきの様子を確認	口の中の痛みがある	□ はい	□ いいえ	□ 歯が痛い □ 歯ぐきが痛い □ 舌が痛い □ その他（　　）
2		＊入れ歯を使用している方のみ 入れ歯が合わない・噛めない	□ はい	□ いいえ	
3		歯ぐきから血が出る	□ はい	□ いいえ	
4		歯がグラグラする	□ はい	□ いいえ	
5	食べ物を噛む力があるか確認	以前と比べると固いものが食べにくくなった	□ はい	□ いいえ	
6		食事にかかる時間が以前と比べると長くなった	□ はい	□ いいえ	
7		自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられない	□ はい	□ いいえ	
8	飲み込む働きの確認	お茶や汁物等でむせやすくなった	□ はい	□ いいえ	
9		食事や薬が飲み込みにくくなった	□ はい	□ いいえ	
10		食べこぼしがある	□ はい	□ いいえ	
11		食後に口の中に食べ物が残りやすくなった	□ はい	□ いいえ	
12	唾液の量やお口の汚れを確認	口がかわきやすくなった	□ はい	□ いいえ	
13		お口のにおいが気になることがある	□ はい	□ いいえ	
14	定期的な歯科健診を受けている		□ はい	□ いいえ	

○ 1～4のいずれかの「はい」に☑があった場合は，かかりつけ歯科医や最寄りの歯科医院を受診しましょう。

○ 5～13の複数に「はい」に☑があった場合は，お口の働きの低下 が 予想されます。かかりつけ歯科医や最寄りの歯科医院を受診し，歯科指導等を受けましょう。

○ 14の「いいえ」に☑があった場合は，歯科健診を受けましょう。

お口のチェックシート2（患者・要介護者用）

実施日　　年　　月　　日

記入者

事業所

ご利用者様氏名

★　利用者，患者様のお口の状態を聞き取り等により確認し、当てはまるものにチェック☑を付けてください。

項目	利用者・患者様のお口の状況	どちらかに☑をします		支援方針	備考（気がついたこと等記載）
1	口の中の痛みがある	□　はい	□ いいえ	1つでも「はい」に☑がついたら歯科医療機関につなぐ	□　歯が痛い □　歯ぐきが痛い □　舌が痛い □　その他（　　）
2	＊入れ歯を使用している方のみ 入れ歯が合わない，こわれた，入れ歯をつくりたい	□　はい	□ いいえ		□　合わない □　こわれた □　つくりたい □　入れ歯を使用していない
3	歯ぐきのはれや出血，歯がグラグラするなどの症状がある	□　はい	□ いいえ		□　歯ぐきのはれ □　歯ぐきから出血 □　歯がグラグラする
4	食事中によくむせたり、飲み込みにくい	□　はい	□ いいえ	・項目4，5のいずれかに1つ「はい」に☑がついたら歯科医療機関につなぐ ・項目6と4，5いずれか「はい」に☑がついたら，主治医に連絡	□　痰がからむ，喉がゼロゼロする □　食欲がない □　体重が減ってきた
5	食後に口の中に食べ物が残りやすい	□　はい	□ いいえ		
6	風邪以外でよく熱が出る（微熱も含む）	□　はい	□ いいえ		
7	口臭が気になることがある	□　はい	□ いいえ	「口臭が気になる」，「お口のケアが充分にできていない」と回答した場合 ・いずれか1つの場合は口腔ケアの実施方法を見直す ・2つの場合は歯科医療機関につなぐ	
8	歯磨きなど，お口のケアは充分にできている	□　はい	□ いいえ		□　口腔ケアの方法を知りたい □　その他（困りごと等がある）
9	その他特記事項・所感等				

寝たきり等で歯科医療機関の受診が困難	□　はい	□ いいえ	「いいえ」の場合は歯科医療機関の受診を勧めましょう。
訪問歯科診療を希望しますか	**□　はい**	**□ いいえ**	**「はい」の場合** **本人または家族の署名**

〇かかりつけ歯科医・最寄りの歯科医院に つなぎましょう。
（マニュアル訪問歯科診療を実施している歯科医院名簿参照）

〇出水市の場合
かかりつけ歯科医がいない，どこに相談していいかわからない場合は，出水市保健センター（電話：63－2143）につなぎましょう。　（マニュアル　訪問歯科診療の流れ参照）

出水市

《申込み・問い合わせ先》
◎かかりつけの歯科医院・最寄りの歯科医院
◎出水市保健センター
◎出水郡歯科医師会事務局
申込み・問い合わせ先は別紙を参考にしてください。

訪問歯科診療連絡票

ふりがな 患者氏名		性　別	男　・　女
		生年月日	年　　月　　日
住所	電話（　　）　－		
往診先	電話（　　）　－		
主たる介護者	氏名：　　（続柄）		
緊急連絡先	氏名：　　（続柄）　　電話（　　）　－		
主訴	・歯が痛い　・歯ぐきが痛い　・歯ぐきが腫れている　・口臭がある ・入れ歯が合わない　・入れ歯がこわれた　・口腔ケアをしてほしい ・入れ歯を新しく作りたい　・その他（　　）		
かかりつけ 歯科医	歯科医院名：	最終治療 年月日	年　　月　　日
主治医	病院・医院名：	電　話	
	担当医師名：	ＦＡＸ	
	・施設に往診　・入院中 ・自宅に往診		
既往歴	・脳血管障害　・心疾患　・高血圧　・骨折　・糖尿病 ・その他（　　）		
要介護度等	支援　１・２ 介護　１・２・３・４・５	障害手帳	（　　）級
患者さんの 状態	・寝たきり ・寝たり起きたり（１５分程座っていられる） ・移動できる（・自力で　・介助して）		
食事	・普通食　・キザミ食　・流動食　・経管栄養　・その他（　　）		
特記事項			

＊この用紙を記入くださった方

氏　名		続柄または所属事務所及び職種	（職種名）
電　話			
FAX			

＊・太枠で囲った部分は、必ず御記入ください。
・細枠で囲った部分は、わかる範囲で御記入ください。

阿久根市・長島町

出水郡歯科医師会　阿久根支部
《申込み・問い合わせ先》
◎かかりつけの歯科医院
◎最寄りの歯科医院
申込み・問い合わせ先は案内の別紙を参考にしてください。

訪問歯科診療連絡票

ふりがな 患者氏名		性　別	男　・　女
		生年月日	年　月　日
住所	電話（　　）　－		
往診先	電話（　　）　－		
主たる介護者	氏名：　　（続柄）		
緊急連絡先	氏名：　　（続柄）　　電話（　　）　－		
主訴	・歯が痛い　・歯ぐきが痛い　・歯ぐきが腫れている　・口臭がある ・入れ歯が合わない　・入れ歯がこわれた　・口腔ケアをしてほしい ・入れ歯を新しく作りたい　・その他（　　）		
かかりつけ 歯科医	歯科医院名：	最終治療 年月日	年　月　日
主治医	病院・医院名：	電　話	
	担当医師名：	ＦＡＸ	
	・施設に往診　・入院中 ・自宅に往診		
既往歴	・脳血管障害　・心疾患　・高血圧　・骨折　・糖尿病 ・その他（　　）		
要介護度等	支援　１・２ 介護　１・２・３・４・５	障害手帳	（　　）級
患者さんの 状態	・寝たきり ・寝たり起きたり（１５分程座っていられる） ・移動できる（・自力で　・介助して）		
食事	・普通食　・キザミ食　・流動食　・経管栄養　・その他（　　）		
特記事項			

＊この用紙を記入くださった方

氏　名		続柄または所属事務所及び職種	（職種名）
電　話			
FAX			

＊・太枠で囲った部分は、必ず御記入ください。
・細枠で囲った部分は、わかる範囲で御記入ください。

様式２

【　担当＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　】宛　⇦　歯科医院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【訪問歯科診療について（□ 初回・□ 最終）ご報告】

◆報告日　　年　　月　　日

事業所名等：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様	発信元：歯科医師 ＿＿＿＿ 歯科衛生士 ＿＿＿＿
ＦＡＸ：＿＿＿＿＿＿ ＴＥＬ：＿＿＿＿＿＿	ＦＡＸ：＿＿＿＿＿＿ ＴＥＬ：＿＿＿＿＿＿

患者名：　　様　性別：男・女　生年月日：　　年　　月　　日：　　歳

初（再）診日：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

診療予定期間：おおよそ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

訪問頻度：＿＿＿＿回／＿＿＿＿

◆主訴

◆現在の状況　　歯の総数＿＿＿＿本／28本（32本）

むし歯　（□ ある ・ □ ない）

お口の清掃状況　（□ 不良 ・ □ 普通 ・ □ 良好）

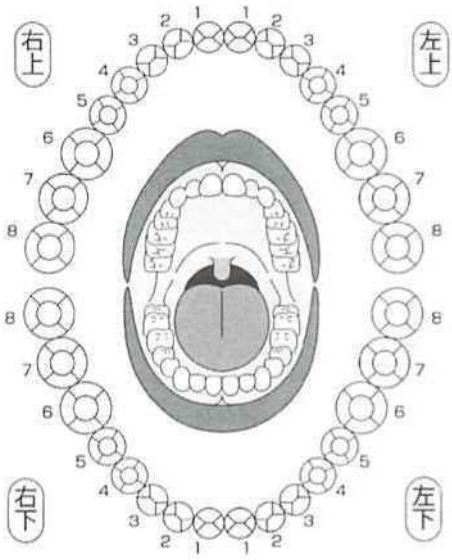
歯肉の状態　（□ 不良 ・ □ 普通 ・ □ 良好）

入れ歯の状態　（□ 不良 ・ □ 普通 ・ □ 良好）

その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●摂食嚥下状況　（問題が　□ ある ・ □ ない）

●口腔機能状況　（問題が　□ ある ・ □ ない）



◆（必要な）治療内容：（実際の治療に関してはご相談の上、決定いたします）　□ 治療中　□ 治療完了

歯牙処置：□ むし歯処置　□ 歯根処置　□ 歯周処置　□ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

外科処置：□ 抜歯　□ 粘膜処置　□ 切開　□ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

義　　歯：□ 調整　□ 修理（　　）　□ 新しく作製

その他：□ 口腔乾燥　□ お口の管理　□ 摂食機能療法　□ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（継続的）歯科治療の必要性：□ ある　□ ない

◆（継続的）口腔ケアの必要性　□ ある　□ ない

□ 口腔機能・清掃指導　□ 義歯清掃・清掃指導　□ 摂食嚥下機能訓練　□ その他＿＿＿＿＿＿＿＿

◆ケア等の指示　□ ①口腔保清コントロール　□ ②歯科疾患管理　□ ③義歯（咀嚼）トレーニング

□ ④口腔機能維持管理　□ ⑤食形態の検討・指導等　□ ⑥食介助の検討・指導等　□ ⑦その他

◆備考欄：（上記☑に対する療養・日常生活上の留意点及び指示など・他）

何かございましたら、ご連絡くださいますようお願いいたします

公益社団法人　鹿児島県歯科医師会

参考：お口のチェックシート2の項目から予想されるお口の疾患等

項目等	予想される疾患等
口の中の痛みがある	むし歯，歯周病，粘膜の炎症などの疾患が疑われます。
入れ歯が合わない・壊れた	入れ歯が壊れたり，合わない場合は食事や会話がしにくくなります。
歯ぐきのはれ，歯ぐきから出血，歯がグラグラするなどの症状がある	歯ぐきのはれ，出血は歯周病が疑われます。口腔ケアを徹底する必要があります。また歯がグラグラする場合は，気づかないうちに歯が抜けて誤嚥することも予想されます。
食事中によくむせたり、飲み込みにくい	摂食・嚥下機能が低下してきています。誤嚥性肺炎の原因になります。
風邪以外でよく熱が出る（微熱も含む）	誤嚥性肺炎の可能性があります。口腔ケアを行い口腔内を清潔にすることが重要です。
食後に口の中に食べ物が残りやすい	口腔機能が低下し，嚥下がうまくできていない可能性があります。 また，食物残渣等があると口腔内が不潔になるとともに，誤嚥性肺炎になる可能性があります。
口臭がある	強い口臭は口腔内が細菌や食物残渣により汚れていることが原因の一つです。歯周病が疑われます。
歯磨きなど，お口のケアが充分にできていない	口腔内が不潔になると，誤嚥性肺炎などを起こします。口腔ケアの方法を教えてもらう，または定期的に口腔ケアをしてもらうことが大事です。
舌に、白・黄色・黒っぽいものが、ついている	口腔ケアが不十分であったり，口腔機能の低下が予想されます。
口腔内が乾燥している	口が渇く，ねばねばする，しゃべりにくい，飲みこみにくい，味がわかりにくい，口の中や舌がひりひりする，汚れやすい，口臭がする，入れ歯が装着しにくいなど，といった不快症状があります。 唾液の減少は口腔内の自浄作用が不良となり，むし歯や歯周病などが発生しやすく悪化しやすい状態になります。