

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

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。

(1) お口のチェックシートとは

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)」 (別紙1) : 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)」 (別紙2) : 看護や介護が必要な方が対象

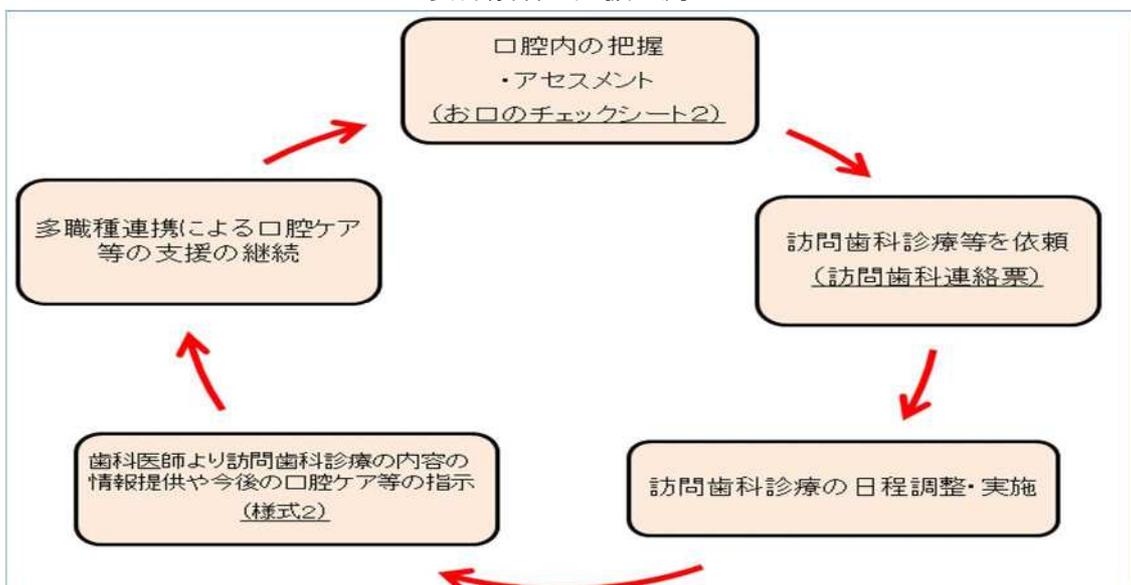
(2) 訪問歯科連絡票 (別紙3)

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)

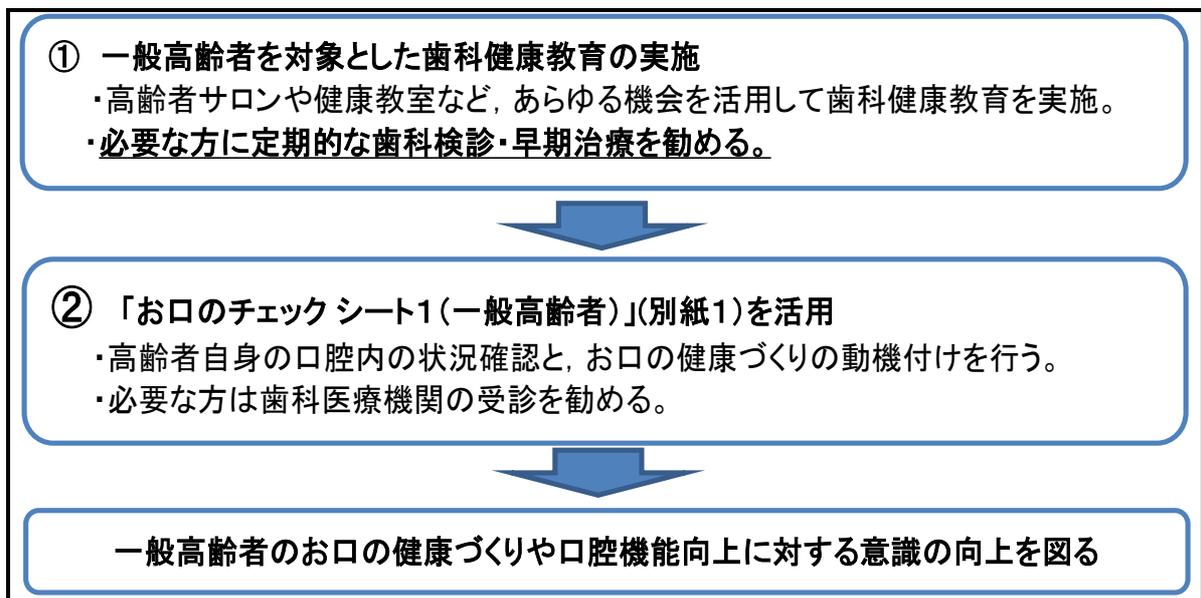
訪問歯科診療を実施した歯科医師が、ケアマネ等に治療の内容や口腔内の状況、必要な口腔ケアや口腔リハビリなどの指示を記載し情報提供する様式

<要介護者の支援の流れ>

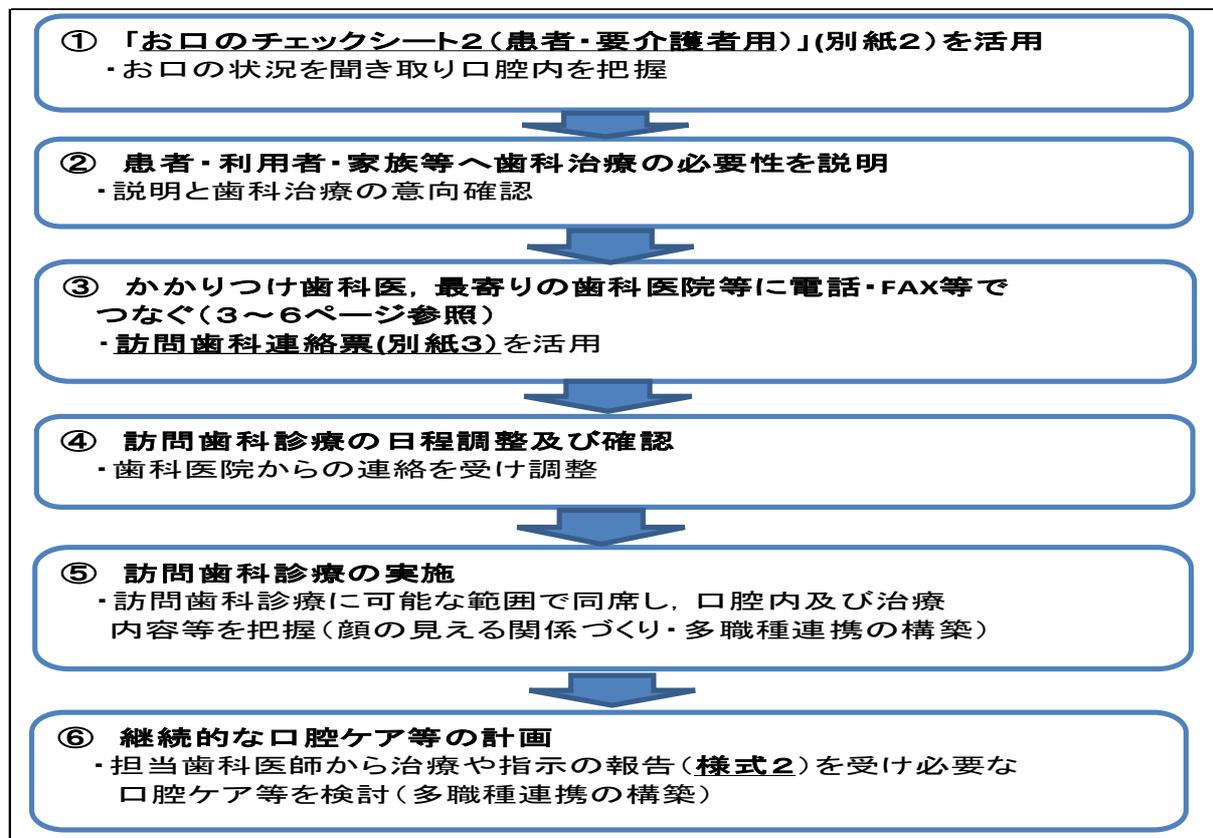


3 具体的支援の流れ

(1) 一般高齢者を対象とした支援の流れ



(2) 患者・要介護者等を対象とした支援の流れ



- 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	要介護者・要支援者	身体障害児	知的障害児
出水市	中島歯科医院	高尾野町大久保6	T:82-0020 F:82-4451	○	○	◎ 要相談			◎ 要相談	◎ 要相談	
	水野歯科医院	高尾野町紫引 2787-15	T:82-0064 F:82-0305	○	○	要相談					
	ちゃえん歯科	六月田町567-1	T:67-2325 F:79-4006	○	○	◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎ 要相談					
	太田歯科クリニック	野田町下名 5390-5	T:84-4700 F:84-4702	○	○	要相談					
	石沢歯科医院	野田町上名5855	T:84-4411 F:84-4415	○	○	◎ 要相談		◎ 要相談	◎ 要相談	◎ 要相談	
	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	○	○	要相談					
	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	○	○	◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎ 要相談					
	塩山歯科医院	本町13-8	T:62-2634 F:62-5889	○	○	○	◎ 要相談	◎ 要相談	○	○	◎ 要相談
	白男川歯科医院	向江町8539-1	T:63-0009 F:63-0009	○	○	要相談					
	田畑歯科医院	大野原町73-14	T:62-0888 F:63-2418	○	○	◎	◎ 要相談	◎ 要相談	◎	◎ 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
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						

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	要支援者・ 要介護者	身体障害児	知的障害児
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	○	○	○			○	○	
	はしぐち歯科 クリニック	上知識町548	T: 62-8241 F: 62-8241	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	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	○	○	○	○	○	○	○	○
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	○	○	○	○	○	○	○	○
	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	○	○	○	○	○	○	○	○
	久木田歯科医院	琴平町58	T: 73-0470 F: 73-0470	○	○	○	○	○	○	○	○
	丸山歯科医院	大丸町83	T: 68-1911 F: 68-1910	○	○	○	○	○	○	○	○
	宮菌歯科医院	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 平尾歯科診療所	平尾134	T: 88-3600 F: 88-3600	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎

〈問い合わせ先〉

◎ かかりつけ歯科医院・最寄りの歯科医院
3～4ページ参照

◎ 出水市保健センター
住所：〒899-0201 出水市緑町 50 番 1 号
TEL：63-2143
FAX：62-2819

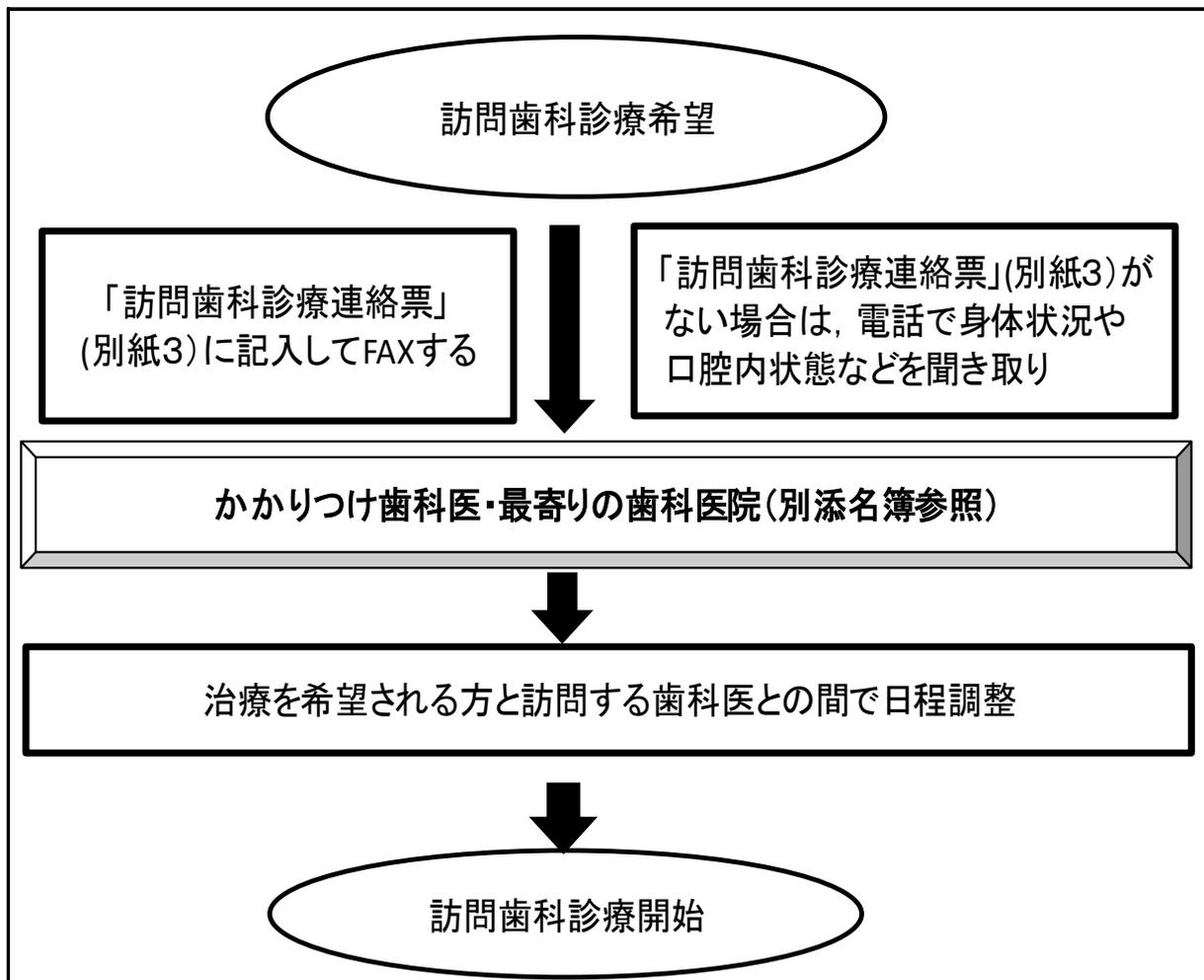
◎ INA サポートセンター（出水郡医師会在宅医療介護支援センター）
住所：〒899-1611 鹿児島県阿久根市赤瀬川 4513
出水郡医師会広域医療センター内

TEL：73-2375

FAX：73-2376

※ 詳細につきましては、6ページをご覧ください。

〈訪問歯科診療の流れ〉



〈かかりつけ歯科医がない、 どこに相談していいかわからない場合〉

〈INA サポートセンターへ相談の場合〉

(出水郡医師会在宅医療介護支援センター)

(TEL) 73-2375 (FAX) 73-2376

訪問歯科診療希望

聞き取りをした医療・介護従事者が
「お口のチェックシート2 (別紙2)」「訪問歯科診療連絡票 (別紙3)」
を記入して、電話またはFAXする。

INA サポートセンター (電話 : 73-2375)
(FAX : 73-2376)



担当者が依頼者と電話等で内容を確認する



訪問歯科医の検討



治療を希望される方と訪問する歯科医との間で日程調整



訪問歯科診療開始

様式等

- ・別紙1 お口のチェックシート1(一般高齢者用)
- ・別紙2 お口のチェックシート2(患者・要介護者用)
- ・別紙3 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)

別紙1

実施日 _____ 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)
			はい	いいえ	
1	歯や歯ぐきの様子を確認	口の中の痛みがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 舌が痛い <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
3		歯ぐきから血が出る	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
4		歯がグラグラする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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噛みしめられない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
9		食事や薬が飲み込みにくくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
10		食べこぼしがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
11		食後に口の中に食べ物が残りやすくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
13		お口のおいが気になることがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
14	定期的な歯科健診を受けている		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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)

別紙 2

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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 舌が痛い <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 合わない <input type="checkbox"/> こわれた <input type="checkbox"/> つくりたい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 歯ぐきのはれ <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 痰がからむ、喉がゼロゼロする <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
6	風邪以外でよく熱が出る (微熱も含む)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
7	口臭が気になることがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 口腔ケアの方法を知りたい <input type="checkbox"/> その他 (困りごと等がある)	
8	歯磨きなど、お口のケア は充分にできている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合 本人または家族の署名 _____
---------------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------

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	要支援 1・2 要介護 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分程度座ってられる) ・ 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			

* この用紙を記入してくださった方

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。

【 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 F A X： _____ T E L： _____	発信元：歯科医師 _____ 歯科衛生士 _____ F A X： _____ T E L： _____
---	---

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)

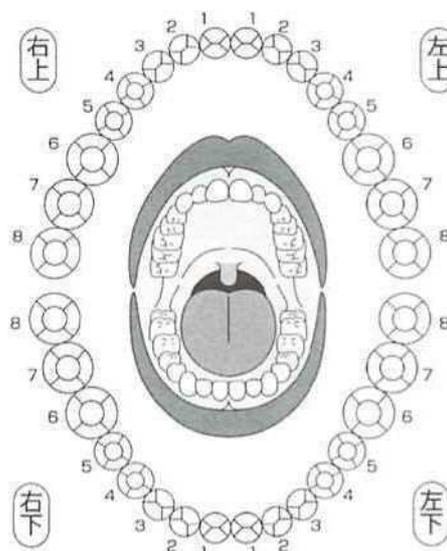
歯肉の状態 (不良 ・ 普通 ・ 良好)

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

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，お口のケアが十分にできていない	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ください，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。

