

薩摩川内市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、看護や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

一般高齢者や要介護高齢者・患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

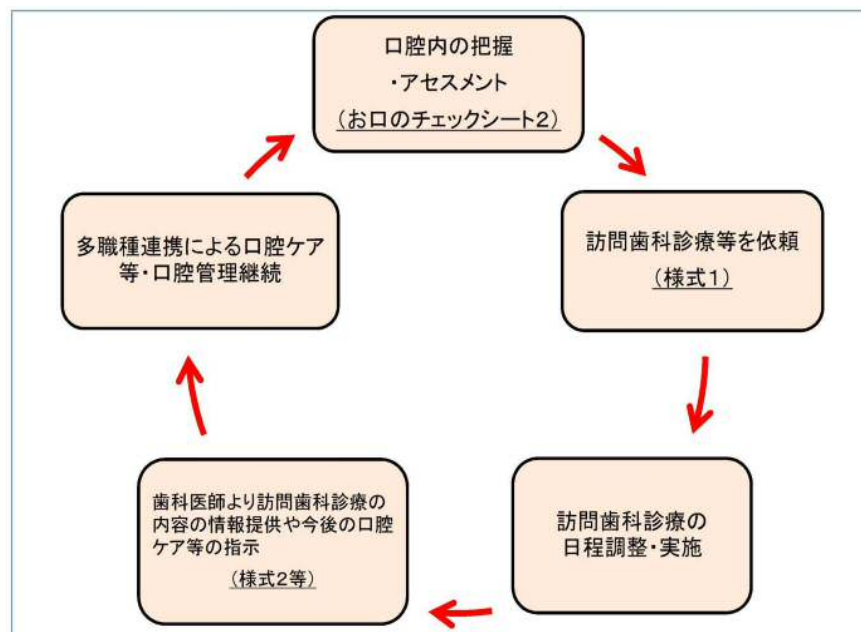
(2) お口いきいき診療連携システム

口腔に問題を抱える患者・要介護者等で、申込書等の様式1を活用して訪問歯科診療等につなぐシステム

(3) 訪問歯科診療報告書(様式2)

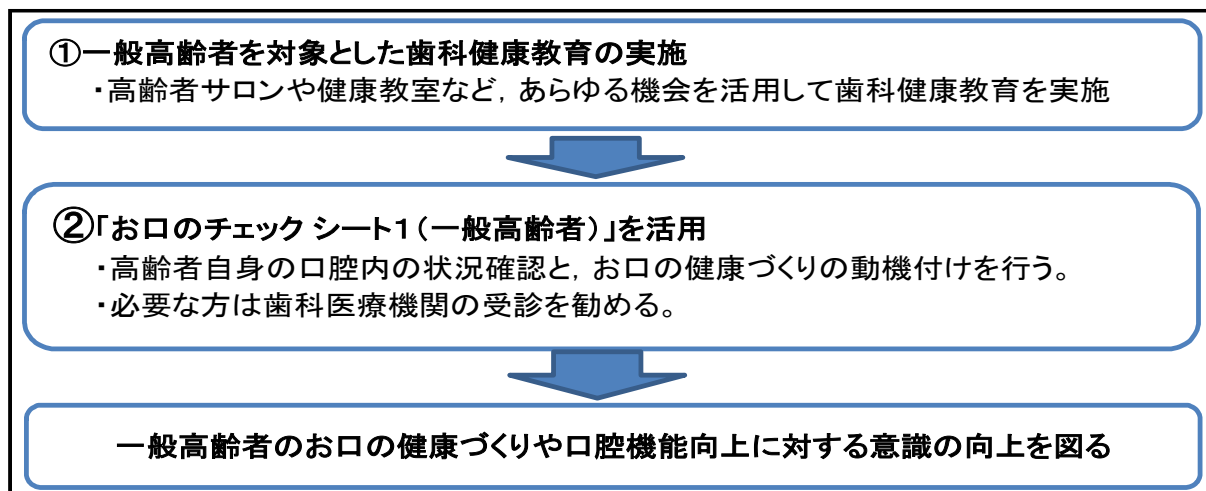
訪問歯科診療を実施した歯科医師が、ケアマネ等に治療の内容や口腔内の状況、必要な口腔ケアや口腔リハビリなどの指示を記載し情報提供する様式

<要介護者支援の流れ>

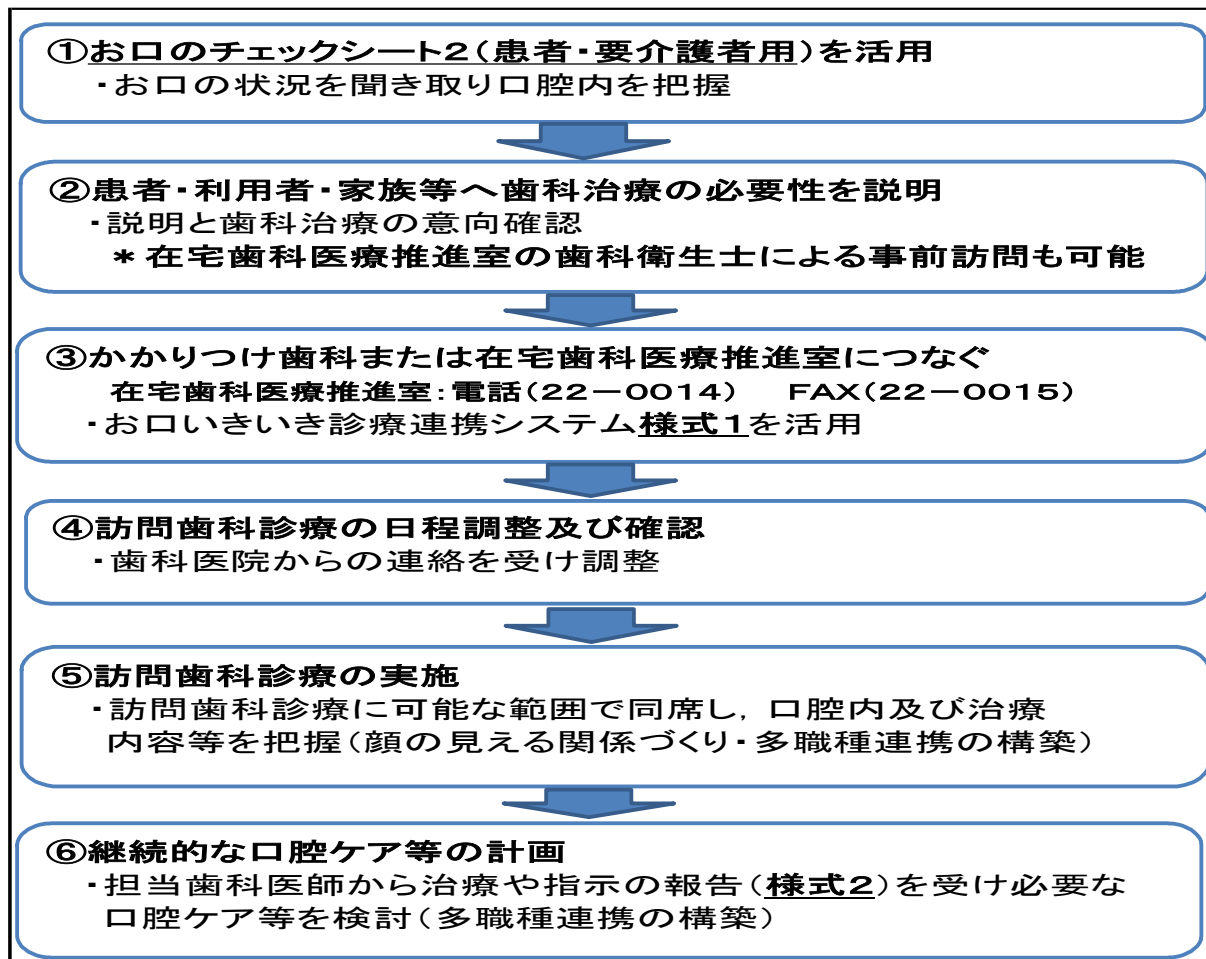


3 具体的支援の流れ

(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。

薩摩川内市歯科医院名簿一覧

○川内地域

歯科医院名	住所	電話	標榜
池田歯科医院	原田町	25-3555	歯科
今井歯科医院	御陵下町	22-6090	歯科
宇都歯科医院	西開間町	22-1188	歯科、矯正歯科、小児歯科
河村歯科医院	宮内町	25-4456	歯科
ぎんや歯科医院	宮崎町	22-4100	歯科
慶田歯科医院	平佐町	25-3933	歯科
こすも歯科医院	勝目町	22-8123	歯科、矯正歯科、小児歯科
さかもと歯科医院	中郷4丁目	22-0010	歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科
相良歯科医院	平佐町	20-0020	歯科
しげたこども歯科	平佐町	24-2564	歯科、矯正歯科、小児歯科
しげなが歯科医院	平佐町	25-3193	歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科
せんだい歯科医院	東向田町	22-1122	歯科、小児歯科
川内駅前矯正歯科クリニック	鳥追町	29-5293	矯正歯科、歯科口腔外科
高島歯科医院	東開間町	23-2212	歯科
時吉歯科医院	大小路町	23-6600	歯科、小児歯科
とくなが歯科クリニック	高城町	20-6066	歯科、小児歯科、歯科口腔外科
智デンタルオフィス	西向田町	27-2121	歯科、矯正歯科、小児歯科
永里歯科医院	西向田町	22-7227	歯科
ながとし歯科クリニック	永利町	22-1184	歯科、小児歯科
永山歯科医院	大王町	22-3862	歯科
西谷歯科医院	大小路町	22-2525	歯科
林歯科医院	平佐町	20-5251	歯科
林かずひろ歯科クリニック	向田本町	21-1755	歯科、矯正歯科、小児歯科
ハレルヤ歯科室	水引町	26-3200	歯科、矯正歯科、歯科口腔外科、小児歯科
星元歯科	東大小路町	22-6433	歯科、小児歯科
まつなが歯科	鳥追町	27-0023	歯科、小児歯科
みずひき歯科診療所	小倉町	31-2888	歯科、小児歯科、歯科口腔外科
米良歯科医院	勝目町	20-0820	歯科
やなぎた歯科医院	平佐町	20-6480	歯科、矯正歯科、小児歯科
やまもと歯科	若葉町	41-4388	歯科
若松歯科医院	宮崎町	27-0008	歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科

○樋脇地域

さめしま歯科医院	樋脇町塔之原	37-3824	歯科、矯正歯科、小児歯科
にしたに歯科医院	樋脇町市比野	38-2855	歯科

○入来地域

せぐち歯科クリニック	入来町副田	44-4618	歯科、小児歯科、歯科口腔外科
まつもと歯科医院	入来町浦之名	44-5000	歯科、矯正歯科、小児歯科

○東郷地域

瀬口歯科医院	東郷町斧渚	42-0061	歯科
ひめの歯科クリニック	東郷町斧渚	42-0786	歯科、矯正歯科、小児歯科

○祁答院地域

祁答院歯科	祁答院町	55-0088	歯科
-------	------	---------	----

○里地域

薩摩川内市里診療所	里町里	(市外局番:09969) 9-2023	歯科
-----------	-----	------------------------	----

○上甌地域

薩摩川内市上甌診療所	上甌町中甌	(市外局番:09969) 2-0010	歯科
------------	-------	------------------------	----

○下甌地域

薩摩川内市下甌歯科診療所	下甌町青瀬	(市外局番:09969) 5-0414	歯科、小児歯科、歯科口腔外科
--------------	-------	------------------------	----------------

○鹿島地域

薩摩川内市鹿島診療所	鹿島町藺牟田	(市外局番:09969) 4-2019	歯科
------------	--------	------------------------	----

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)
- ・お口いきいき診療連携システム様式1(訪問歯科診療 申込書)
- ・お口いきいき診療連携システム様式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)

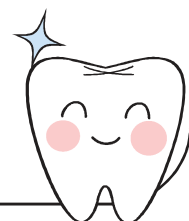
実施日 平成 年 月 日

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。

No.	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	口の中の痛みがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	歯や歯ぐきの様子を確認	*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			
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
9		食事や薬が飲み込みにくくなった		<input type="checkbox"/>	
10		食べこぼしがある		<input type="checkbox"/>	
11		食後に口の中に食べ物が残りやすくなった		<input type="checkbox"/>	
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"/>	
13		お口のおい気になることがある		<input type="checkbox"/>	
14	定期的な歯科健診を受けている		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	・1つでも「はい」に☑がいたら 推進室に連絡	<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		<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		
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☑がいたら推進室に 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	・項目6と4, 5いずれか、「はい」 に☑がいたら、主治医に連絡	
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」、「お口のケアが十分にできていない」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つの場合は推進室に連絡	<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 _____	

訪問歯科診療相談窓口は下記のとおりです。

「在宅歯科医療推進室」

TEL: 0996-22-0014

FAX: 0996-22-0015

E-mail: s.zaitakusika8020@snow.ocn.ne.jp



お口いきいき診療連携システム(訪問歯科診療) 申込書

様式1

申込日: 20 年 月 日

行

(申込者)

氏名

受診者との続柄

住所(市町名)
施設名

電話番号

FAX番号

○該当するものに☑をつけてください。
お口のチェックシート2を添付してください。

受診者	訪問先住所 又は施設名	性別	男 女	電話 : FAX :			
	ふりがな 氏名	年齢	歳	介護保険 (有・無) 介護度:			
訪問歯科診療希望状況	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療希望日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> かかりつけ歯科医院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(歯科医院名) <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療について主治医の承諾 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 日程調整担当者 氏名・連絡先等 (* 上記 申込者と同じ場合は記載不要) 氏名: 施設名: 電話:						
状況等	<input type="checkbox"/> 歯科以外の受診 <input type="checkbox"/> 有 [通院: 回/月 ・ 往診] ・ <input type="checkbox"/> 無						
	<input type="checkbox"/> 主な介護者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> その他()						
	<input type="checkbox"/> 寝たきりの程度 <input type="checkbox"/> 寝たきりであり, 日常生活のほとんど介助を要する <input type="checkbox"/> 日中はベッド上で過ごす, 座位保持は可能 <input type="checkbox"/> 屋内での生活はほぼ自立しているが, 介助なしでは外出できない						
主病名			発症年月	年 月 頃			
その他既往症			認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	出血傾向		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
服薬内容	*お薬手帳コピー添付でも可 <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬等 <input type="checkbox"/> ビスフォスフォネート製剤等 その他()						
アレルギー	<input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない						
病院・主治 医名等	病院名	電話番号:	主治医名等				
かかりつけ 薬局	薬局名	電話番号:					
意識障害	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	麻 痺	<input type="checkbox"/> ある(<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> ない				
意思疎通	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない						
口腔状況	入れ歯 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 自分の歯 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)						
口腔清掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	介助者()	うがい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 水を含む程度 <input type="checkbox"/> できない			
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 その他)						
食 形 態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し軟らか <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> すりつぶし <input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> その他()						
嚥下(飲み込み)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> できない	むせ	<input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない				
診療時に予想される行動	<input type="checkbox"/> 指示が理解できない <input type="checkbox"/> 診療に非協力的(口を開けないなど) <input type="checkbox"/> 急に動く <input type="checkbox"/> その他()						
駐車場	<input type="checkbox"/> ある(<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 近くにあり <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> ない						
その他連絡 事項							
在宅サービス スケジュール (必要に応じ 記入)	月	火	水	木	金	土	日

* 訪問日時等は、早々に調整いたします。

受付日:平成 7年 月 日

受付者()

【 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)

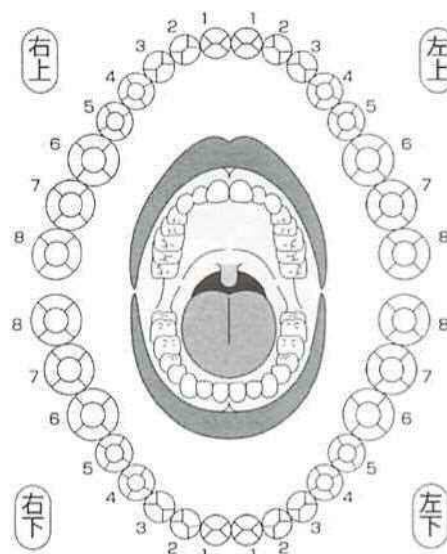
歯肉の状態 (不良 ・ 普通 ・ 良好)

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。

