

## 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

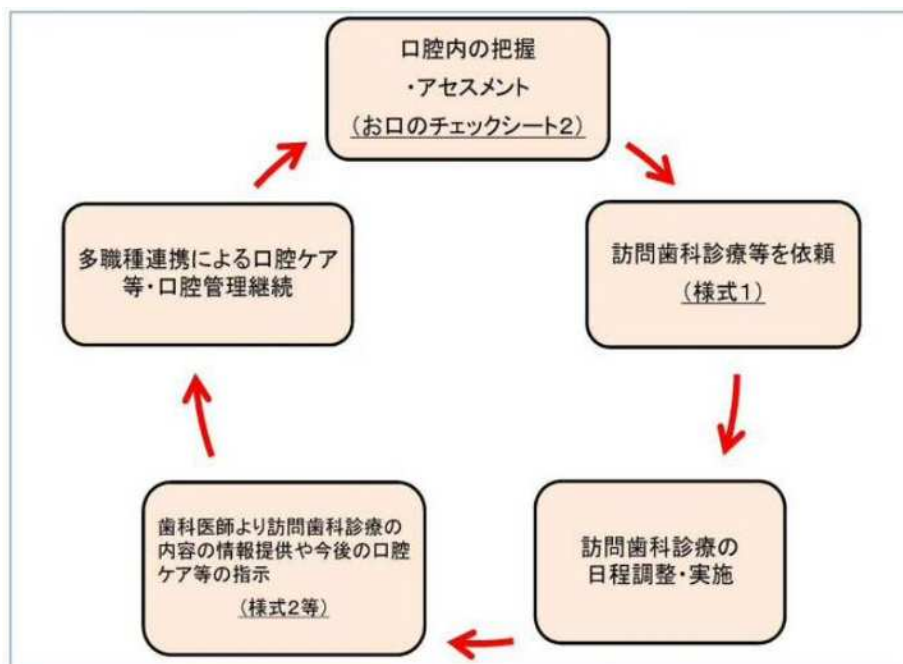
#### (2) お口いきいき診療連携システム（訪問歯科診療）申込書（様式1）

口腔に問題を抱える患者・要介護者等で、申込書等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）

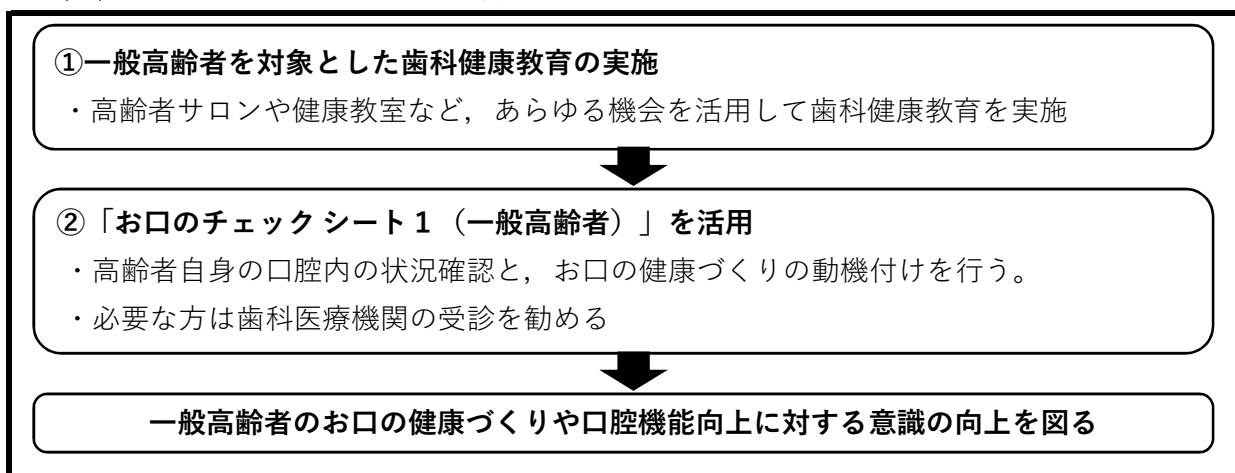
訪問歯科診療を実施した歯科医師が、ケアマネ等に治療の内容や口腔内の状況、必要な口腔ケアや口腔リハビリなどの指示を記載し情報提供する様式

### < 要支援者支援の流れ >

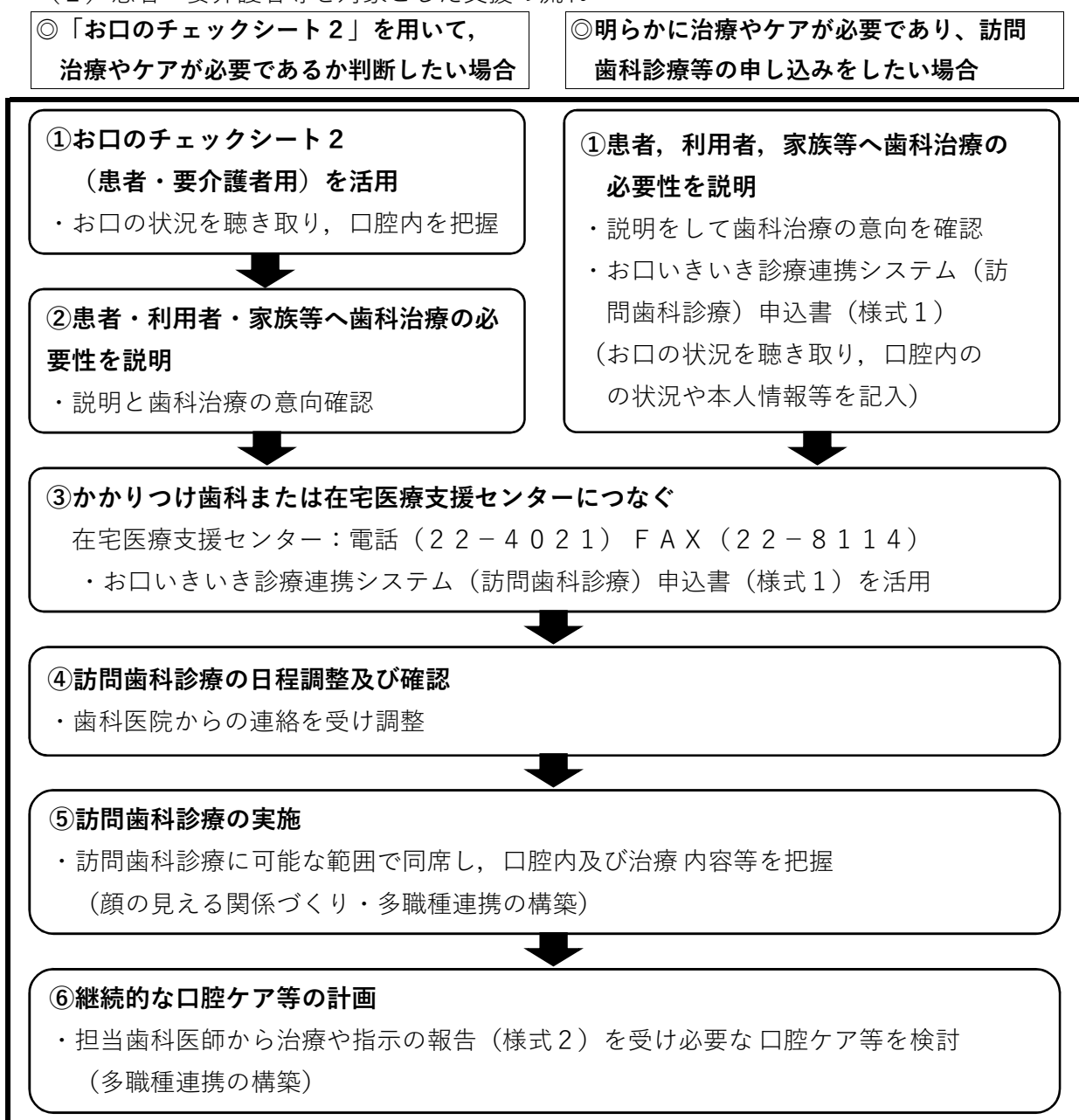


### 3 具体的支援の流れ

#### (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

○歯科衛生士が担当の介護支援専門員等と同行訪問することも可能です（要相談）

## 薩摩川内市歯科医院名簿一覧

○ : 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	感染症
池田歯科医院	原田町7-7-2	T:25-3555 F:25-3555	○	○							
今井歯科医院	御陵下町 3-10	T:22-6090 F:22-6090	○	○	○	○	○	○	○	○	○
宇都歯科医院	西開聞町34	T:22-1188 F:22-1188	○	○							
河村歯科医院	宮内町2015-1	T:25-4456 F:25-4455	○	○							
ぎんや歯科医院	宮崎町1965-4	T:22-4100 F:22-6262	○	○	○			◎			
慶田歯科医院	平佐町3448-1	T:25-3933 F:25-3963	○	○							
こすも歯科医院	勝目町 5355-5	T:22-8123 F:29-3718	○	○	○	○	○	○	○	○	
こどもデンタル河村	宮内町2022	T:26-1206 F:26-1306	要相談	○					○	○	訪問:要相談
さかもと歯科医院	中郷4丁目 15	T:22-0010 F:22-0023	○	○	○	○	○				○
相良歯科医院	平佐町3832-6	T:20-0020 F:22-5117	○	○	○	○	○	○			
しげたこども歯科	平佐町3605-11	T:24-2564 F:24-2565		○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
しげなが歯科医院	平佐1丁目135	T:21-1857 F:24-8411	○	○	◎	◎	◎	◎			○
せんたい歯科医院	東向田町3-1	T:22-1122 F:22-1144	○	○							
川内駅前矯正 歯科クリニック	鳥追町7-1 高味ビル2階	T:29-5293	○								○
高島歯科医院	東開聞町1-10	T:23-2212 F:23-2213	○	○	○	○					
とくなが歯科クリニック	高城町1718-1	T:20-6066 F:20-6066	○	○	○	○	○	○			
智デンタルオフィス	西向田町16-11	T:27-2121 F:27-2141	○	○							
永里歯科医院	西向田町6-5 四元ビル1階	T:22-7227 F:22-7227	○								
ながとし歯科クリニック	永利町2617-1	T:22-1184 F:22-1184	○	○							
永山歯科医院	大王町7-5	T:22-3862 F:22-3890	○	○	○	○ 軽度					
林歯科医院	平佐町2004	T:20-5251 F:20-5251	○	○							

薩摩川内市 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	感染症
林かずひろ歯科 クリニック	向田本町18-20	T:21-1755 F:21-1756	○	○							○
パラソルデンタル クリニック	中郷4丁目222	T:24-8978 F:24-8979	○	○				○			○
ハレルヤ歯科室	水引町3194-2	T:26-3200 F:26-3199	○	○	○	○	○	◎	○	○	
星元歯科	東大小路町 53-16	T:22-6433 F:22-6433	○	○							
まつなが歯科	鳥追町15-1	T:27-0023 F:27-1686	○	○	◎	◎	◎	◎			
					訪問: 木・土午後実施						
みずひき歯科診療所	小倉町2591-1	T:31-2888 F:31-2886	○								
米良歯科医院	勝目町4170-1	T:20-0820 F:41-3776	○	○							
やなぎた歯科医院	平佐町1822-1	T:20-6480 F:20-6481	○	○	◎			◎	◎		
やまもと歯科	若葉町5-1	T:41-4388 F:41-4389	○	○	○			○	○		
若松歯科医院	宮崎町3701-1	T:27-0008	○	○	○			○	○		
さめしま歯科医院	樋脇町塔之原 846-3	T:37-3824 F:37-3824	○	○	◎	○	○	◎	◎	○	○
やました歯科	樋脇町市比野 104-1	T:38-2855 F:41-4510	○	○	◎ 予約制	◎ 予約制		◎ 予約制			
せぐち歯科クリニック	入来町副田 5950-6	T:44-4618 F:44-2418	○	○	○						○
まつもと歯科医院	入来町浦之名 7676-1	T:44-5000 F:44-5000	○	○	○ 要相談	○ 要相談			○ 要相談		
ひめの歯科クリニック	東郷町斧淵 972-1	T:42-0786 F:42-0786	○	○	○	○	○	○	○	○	
					要相談						
薩摩川内市里診療所	里町里1922	(09969) T:6-3011 F:3-2836	○	○	○	○	○	○	○	○	
薩摩川内市 上甑診療所	上甑町中甑 490-1	(09969) T:2-0010 F:2-1148	○	○	○	○	○	○	○	○	○
					要相談						
薩摩川内市 下甑歯科診療所	下甑町青瀬 606-2	(09969) T:5-0414 F:5-0414	○	○	◎			◎			
薩摩川内市 鹿島診療所	鹿島町藺牟田 1530-6	(09969) T:4-2019 F:6-4011	○								

## 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 令和 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	<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)

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☑がついたら在宅医療支援センターに連絡	<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☑がついたら在宅医療支援センターに連絡	<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☑がついたら、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」 ・いずれか1つの場合は口腔ケアの実施方法を見直す	<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

「川内市医師会在宅医療支援センター」の歯科衛生士が対応します。

TEL : 0996-22-4021

FAX : 0996-22-8114

E-mail : sendaiisennet@forest.ocn.ne.jp



おいきいき診療連携システム（訪問歯科診療） 申込書

様式1

行

申込日 令和 年 月 日

(ご利用者様)		(申込者) <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> ご本人ご家族等以外	
ふりがな		ふりがな	
氏名		氏名	
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 年齢 歳	受診者との関係	<input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 職員等
訪問先住所又は施設等名称		所属等	<input type="checkbox"/> 左同じ
電話番号(携帯可)		電話番号(携帯可)	
Fax番号		Fax番号	

該当する物に☑を付けて下さい

主な申し込み内容	<input type="checkbox"/> 痛み ( <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 不具合 ( <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> その他						
	具体的内容						
訪問歯科診療希望状況	かかりつけ (希望) 歯科医院		<input type="checkbox"/> 有 (歯科医院名: ) <input type="checkbox"/> 無				
	訪問歯科診療について主治医の承諾		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	日程調整担当者 (キーパーソン) 氏名・連絡先等		<input type="checkbox"/> 上記申込者と同じ				
氏名 (続柄): ( )		施設名: ( )					
電話 (携帯可) ( )		Fax番号 ( )					
状況等	歯科以外の受診	<input type="checkbox"/> 有 [ <input type="checkbox"/> 通院: 回/月・ <input type="checkbox"/> 往診 ] <input type="checkbox"/> 無					
	主な介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	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					
	要支援・要介護度	<input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5 <input type="checkbox"/> 自立					
	障害高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 自立					
	認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 自立					
主病名	により通院困難 感染症 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無						
その他既往症	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 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		肺炎既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
病医院・主治医	病医院名	主治医名		電話番号			
かかりつけ薬局	薬局名	電話番号		Fax番号			
意識障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		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 )	麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <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 <input type="checkbox"/> 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 (飲込み)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 近くにあり <input type="checkbox"/> その他 ( ) )						
その他連絡事項	緊急性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
在宅サービス (必要に応じて)	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
	時 時	時 時	時 時	時 時	時 時	時 時	時 時
訪問診療希望日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土	

\* 訪問日時等は、早々に調整いたします。

受付日: 令和 年 月 日 受付者 ( )





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。

