

# 第２部
# ６章　歯科衛生過程

# 1　歯科衛生過程の概要

①歯科衛生過程とは

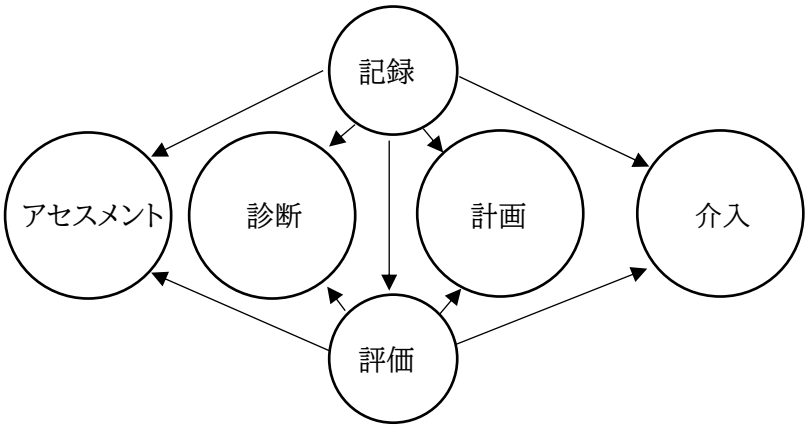
歯科衛生過程とは、歯科衛生士が「対象者の抱えている問題を明確化し、問題の解決方法を計画し、介入していくために必要な一連の思考と行動のプロセス」のことです。

歯科衛生過程の目的は、①対象者に関わる専門職との情報共有、②歯科衛生士として適切な介入を継続して行えるようにすることです。歯科診療や処置、機能回復訓練など、歯科領域だけでなく、学校や地域などの健康教育で、対象や目的に応じた教育活動を展開する場面でも活用できます。

②歯科衛生過程の6つの構成要素

歯科衛生士は、人々の健康の保持増進とQOLの向上に貢献することを目的にその活動を通じて、生涯にわたり、健康状態がよいときも悪いときも障害があってもなくても、どのような状態であっても、その人らしく生きるための口腔の健康を支援します。

適切な支援のために必要なプロセスは以下の 6 つに分けることができます。①対象となる人の口腔の健康状態や生活習慣や身体面、社会面、精神面などの情報を収集し、十分に分析する（アセスメント）をし、②科学的根拠に基づいた専門的な判断（歯科衛生診断）を行い、③歯科衛生計画を立て（計画立案）、④対象者本人ならびに他職種と連携・協働しつつ質の高い治療などを提供（介入）します。その後、⑤得られた成果を客観的・主観的指標に照らし合わせて、適切な介入・計画・診断・アセスメントができたかどうかを評価します（評価）。⑥これらの、5 つのプロセスを記録（書面化）し、情報共有や介入の証明、質の向上のための資料などに利活用します。



③歯科衛生過程を進めるうえで重要な考え方

1)クリティカルシンキング(critical thinking:批判的思考)

クリティカルシンキングとは、適切な根拠(事実、理論など)をもとにして妥当な推論過程を経て、結論・判断を導き出す思考過程です。

クリティカルシンキングの特徴

1)事実と意見(推論や解釈の結果)を区別します。

2)根拠としての事実が信頼できるものかを検討します。

3)推論は妥当な論理により構築されているかを検討します。

4)結論はその目的と照らし、妥当か、現実的か、有用かを検討します。

5)これらの思考過程において自らの心理的影響がないか常に注意をはらいます。

クリティカルシンキングは、自分はどういう考え方をするかを知り、自分の思考の方法を改善する糸口を見つけ、自分の思考能力を高める効果があるといわれます。

2)臨床推論

臨床現場で歯科衛生士として適切な判断に必要なのが臨床推論です。問診と視診や診察情報から根本原因を絞り込み、対象者の抱える問題を類推します。

## 2　歯科衛生過程の各構成要素

### ①歯科衛生アセスメント

#### 1)情報収集

対象者の歯科衛生上の問題、原因、問題解決に有用な情報を収集します。

収集は、聴き取り、観察、検査、診療録から行い、主な収集方法は次の 3 つです。

(1)対象者や家族、施設職員、介護者などから直接収集する方法

問診や医療面接、歯や口腔に関する検査

家族、介護者や施設職員からの情報

(2)記録物から収集する方法

診療録、業務記録や紹介状からの医療情報

施設やケアマネからの日常生活や介護支援情報

(3)多職種との連携の中で収集する方法

ミールラウンドやカンファレンスなど

#### 2)情報の種類

(1)主観的情報(Subjective data ：S データ)

主観とは、その人のものの見方、感じ方です。対象者自身からの情報で、対象者が体験している症状や考え、対象者の気持ちがわかります。

例)主訴・現病歴・既往症・服薬・栄養状態・生活習慣・心理・社会・行動・家族歴など

(2)客観的情報(Objective data ： Oデータ)

専門家の観察によって得られた所見や検査データです。歯科衛生士の判断や介入の根拠になる情報です。

例)バイタルサイン・口腔内外観察・口腔衛生状態・各種検査結果など

主観的情報と客観的情報を比較すると、対象者が言っていることと、検査データなどの客観的事実が一致しているかどうかがわかります。一致していない場合は、対象者の感じ方、考えや気持ちが反映されていることがあるので、対象者をより深く知ることができます。

3)アセスメント時のツール

チェックシートを用いてアセスメントを行います。

以下は、歯科衛生ニーズをもとに、領域ごとに根拠(症状・徴候)の有無や、問題や原因と考えられることについて、主観的情報ならびに客観的情報チェックシートの例です。

情報収集・情報分類用のシート

| 領域<br>ポイント | 歯科衛生ニーズ | ニーズの欠落を示す根拠となる訴え症状・徴候など | 主観的情報 | 客観的情報 |
|---|---|---|---|---|
| 【1】<br>身体 | 健康上のリスクに対する防御 | □バイタルサイン異常逸脱<br>□アレルギー<br>□服薬<br>□前投薬の必要性<br>□その他(　　) | | |
| 【2】<br>不安 | 不安やストレスからの解放 | □感染等リスク不安<br>□緊張を示す表情・行動<br>□費用等の不安不信<br>□治療等への恐怖<br>□その他(　　) | | |
| 【3】<br>審美 | 顔や口腔に関する全体的なイメージ | □口臭への不満<br>□歯・歯列への不満<br>□補綴/矯正装置装着<br>□顔貌への不満<br>□その他 | | |
| 【4】<br>硬組織 | 生物学的に安定した歯、歯列 | □咀嚼障害<br>□う蝕<br>□破折<br>□摩耗、咬耗<br>□不適合補綴装置<br>□その他(　　) | | |
| 【5】<br>軟組織 | 頭頸部の皮膚、粘膜の安定 | □歯周病<br>□PPD4mm 以上<br>□口腔乾燥<br>□その他(　　) | | |
| 【6】<br>疼痛 | 頭頸部の疼痛からの解放 | □疼痛<br>□不快感<br>□過敏<br>□その他(　　) | | |
| 【7】<br>知識 | 概念化と理解 | □自分に必要なセルフケアの知識を説明できない<br>□その他(　　) | | |
| 【8】<br>行動 | 口腔の健康に関する責任 | □過去2年内歯科健診未受診<br>□歯石沈着<br>□プラーク付着<br>□自己観察していない<br>□保護者管理不足(小児)<br>□その他 | | |

4）情報の解釈・分析の手順

収集した情報から、対象者の抱える問題点や課題を明らかにする「解釈」を行い、原因や対象者の強みを明らかにする「分析」を行います。

＜解釈過程＞

手順 1）アセスメント項目から、解釈に必要な情報を「選択」する。

手順 2）情報から対象者の抱える問題点や課題を「解釈」する。

＜分析過程＞

手順 3）問題点や課題の「原因」を挙げる。

手順 4）問題点や課題の原因につながった「誘因」を挙げる。

手順 5）対象者の「強み」を挙げる。

＜推論（なりゆき）過程＞

手順 6）今後どのような経過をたどるか「推論」する。

手順 5 の対象者の強みとは、問題解決の助けとなるものです。人、情報、時間、お金、過去の体験などを指します。この強みを活用することで、目標の達成を早めることができます。

## ②歯科衛生診断

対象者が抱える歯科衛生上の問題と原因を、診断文により明確に表現します。

歯科衛生診断文には、「診断句」と「原因句」があります。

### 1）歯科衛生診断の手順

対象者の歯科衛生上の問題と原因を診断文で示し、歯科衛生介入の根拠を明らかにします。

手順 1）情報の統合

情報の解釈・分析をもとにそれらを関連付けて、全体像を明らかにする。

手順 2）歯科衛生診断分の作成

対象者が抱える歯科衛生上の問題には3つのタイプがある

①問題焦点型（実在型）：問題が実際にある状態

徴候や症状がある。保険診療の中で行われる。歯科衛生上の問題の多くがここに含まれる。

②リスク型：その状態が起こる恐れのある状態

徴候や症状がないが、その状態を起こしやすくする危険因子が存在する。

③ヘルスプロモーション型：より健康になりたいという望みや動機づけがある状態

徴候・症状・疱険因子がない健康行動をよりよい方向へ促進しようとする準備がある。

手順 3）優先順位付け

歯科衛生診断が複数ある場合には、どの問題から解決に取り組むのか優先順位を決定する。優先順位は、緊急性、重要性、根源性、取り組みやすさなどを総合し、対象者の考えや意思を尊重しながら決定する。

優先順位が付いたら、順位の高いものから、＃1、＃2、＃3 をつけます。

例）

＃1　＜診断句＞右側臼歯部頬側歯肉急性疼痛

＜原因句＞歯周病の病識なし。プラークコントロール不足。

＃2　＜診断句＞歯科治療に対する不安あり

＜原因句＞麻酔不足による疼痛経験、術者の説明不足経験あり。

2）歯科衛生診断句（問題の状態・状況）の構造

診断句は、以下の内容が含まれます。

（年齢）、（対象）、問題の（部位）、（慢性・急性）、（診断焦点）、（判断）、（診断状態）

例を示すと以下のようになります。

（24 歳）の（女性）。（上顎臼歯）に（慢性）の（歯肉炎症）の（亢進）が（ある状態）

（40 歳）の（男性）。（右側臼歯部頬側歯肉）に（急性）の（歯肉炎症）が（起こる）（リスクがある状態）

（35 歳）の（女性）。（右側下顎切歯部頬側歯肉）に（急性）の（疼痛）が（ある状態）

3）歯科衛生ニーズの領域別診断句

診断句を作成する際には、少なくとも「診断焦点」「判断」「診断状態」を入れて表現します。これらに、年齢や性別を入れライフステージがわかる表現にすると、より個別性の高い診断句となります。

（診断焦点）＋（判断）＋（診断状態）の例

| 領域 | 診断焦点＋判断＋診断状態 |
|---|---|
| 【1】<br>身体 | 血圧が急上昇するリスクがある状態<br>体調が急変するリスクがある状態<br>誤嚥リスクがある状態<br>外傷リスクがある状態 |
| 【2】<br>不安 | 歯科治療への恐怖がある<br>治療費への不安がある<br>白衣恐怖がある |
| 【3】<br>審美 | ボディイメージが混乱している状態<br>自尊感情が低下している状態<br>自己効力感が低下している状態 |
| 【4】<br>硬組織 | う蝕が進行している状態<br>酸蝕が進行している状態<br>う蝕リスクがある状態<br>歯牙が破折するリスクがある状態<br>咀嚼が障害されている状態 |
| 【5】<br>軟組織 | 歯肉の炎症反応が亢進している状態<br>歯周病のリスクがある状態<br>口腔粘膜の障害がある状態 |
| 【6】<br>疼痛 | 知覚過敏が進行するリスクがある状態<br>慢性疼痛がある状態 |
| 【7】<br>知識 | 歯みがきに関する知識が不足している状態<br>口腔健康に対する関心がある |
| 【8】<br>行動 | 口腔衛生セルフケアが不足している状態<br>口腔健康管理が非効率的である状態 |

4）原因句の特徴

問題が起こった原因や影響を及ぼしていることを原因句として記述します。原因句は複数になってもかまいません。

5）歯科衛生診断文作成のプロセス

手順 1）問題が歯科衛生診断のどの型にあてはまるかを考える.

①問題焦点（実在）型：原因がありそれによる症状・徴候がみられる問題

②リスク型：原因はあるが症状・徴候はみられない。今後問題発生する可能性あり

③ヘルスプロモーション型：今より状態をよりよくしよう、維持しようとする問題

手順 2）診断句の作成および記述を行う

①できるだけ簡潔にまとめる。

②歯科衛生介入と無関係な記述はせず、歯科衛生上の問題のみを記載する。

③徴候や症状ではなく、徴候や症状から判断した対象者の状態を記述する。

④診断句と原因句を混同しない。

手順 3）原因句の作成および記述を行う

①できるだけ具体的に記述する。

②複数の原因句がある場合は併記する。

③価値判断や感情的な表現は避け、客観的な表現を用いる。

## ③歯科衛生計画

### 1）目標（期待される効果）の種類

目標（期待される結果）は、歯科衛生士の介入によって達成可能な内容にします。目標には次の種類があります。

①問題焦点（実在）型

解決すべき問題が実在しているため、歯科衛生士の介入によってその問題が解消または軽減することが目標になる。

②リスク型

歯科衛生士が介入しなければ不健康な状態になる可能性があるとき、そうならないようにすることが目標。

③ヘルスプロモーション型

現在の状態を歯科衛生士の介入でよりよくすることが目標。

### 2）目標の種類と目標設定のプロセス

対象者の問題解決に向けて長期・短期目標を設定します。

①長期目標の設定

長期目標は、原則 1～数カ月で達成する目標。介入できる期間の最終日をめどにすることがある。診断句に対応して設定する。

②短期目標の設定

短期目標は、1日～数週間で達成できる目標。関連因子に焦点を当てて、長期目標に至るまでの目標を細かく設定する。

③目標の中に入れる項目

目標は、誰が、何を、どのように、どの程度、いつまでするかを明確に示す。

例）

（田中さん）は、（歯間ブラシ）を、（鏡を見ながら）使いましょう。

（1 部位につき 10 回ブラシを動かし）、（1 月 30 日まで）続けます。

3)計画の立案

　計画は、基本的に以下の3つの内容で立案しますが、ケア計画と教育計画は立案しないこともあります。

計画の種類と実施方法

| 計画の種類 | 実施方法 |
|---|---|
| ケア計画 | 歯科衛生士によるプロフェッショナルケアが必要な場合：対象者に歯科衛生士が直接行う処置やケア。<br>例）スケーリング、 PTC、小窩裂溝塡塞、フッ化物応用、歯肉マッサージ |
| 教育計画 | 対象者のセルフケア支援のために、歯科衛生士による歯科保健指導・健康教育が必要な場合：口腔衛生・自己観察・禁煙支援・栄養摂取・習癖など<br>例）ブラッシング指導、歯磨剤使用後のうがいの仕方、フロッシング指導、 |
| 観察計画 | 対象者の変化、経過を歯科衛生士が観察評価することが必要な場合：歯科衛生介入によって対象者に起こった変化の観察・評価<br>例） PCR、唾液緩衝能判定、 EPP、 BOP など |

## ④歯科衛生介入（実施）

### 1）歯科衛生介入（実施）

対象者の病状回復、病態の改善、健康の維持・向上の過程に歯科衛生士が支援を実施します。

介入ごとに記録を取り、対象者の状態や反応を評価し、対象者の状態や反応の変化によっては、計画の変更や見直しをします。

### 2）記録の取り方（「SOAP」形式）

SOAP 形式は、歯科衛生士だけでなく関連多職種で使われている記録方法なので、情報共有がスムーズにできます。記録は、歯科衛生診断毎に取ります。

S（Subjective data：主観的情報）

対象者の自覚的症状、対象者の言葉で表現され　た[いつ・どこで・どのような症状]であるかなどの対象者から聴取した情報

O（Objective data：客観的情報）

Sに対する専門家による多角的所見。検査結果や歯科衛生士による観察結果を含む。

A（Assessment：アセスメント）

歯科衛生士の判断。SとOから歯科衛生士が考え、判断したこと。

P（Plan：プラン）

Aで歯科衛生士が判断したことに基づいた治療方針。歯科衛生士が計画したこと、実施したこと。

**衛生士業務記録のSOAP入力項目**

| SOAPIE 入力項目名 | 記載内容 | 作成される文章の具体例 |
|---|---|---|
| **S**：主観的情報 | 主訴 | 「歯を磨くと血が出る」<br>「義歯で固いものが咬みにくい」 |
| **O**：客観的情報 | 歯周検査や視診、X線、または患者さんの行動や訴えから観察できる情報 | 「幼若永久歯あり」<br>「下顎前歯部のプラークの付着が多い」<br>「口腔粘膜にびらんが認められる」 |
| **A**：分析・感想 | 主訴・所見から判断できる「歯科衛生診断」 | 「深い小窩洞裂溝の存在に関連した、う蝕のリスク」<br>「不十分なプラークコントロールに関連した下顎前歯部の歯周炎のリスク」 |
| **P**：計画 | 予防的措置や歯科衛生指導計画 | 「歯ブラシを嫌がらないように徐々に慣らしていくように指導」<br>「患者の手技を観察し、フィードバックを行なう」<br>「歯周病予防にはセルフケア以外にプロフェッショナルケアが必要であることを指導」 |
| **I**：実施内容 | 実際に行なわれた衛生指導 | 「模型を使用し説明後、対象者の口腔内で正しいフロスの使用法を提示」<br>「プラーク残存部位にスケーリングを行なう」 |

## ⑤歯科衛生評価

歯科衛生評価は、対象者の問題解決の過程と結果を判断・評価することです。開始時点（初回時アセスメント）と評価時点とを比較し、変化とプロセスを判定します。

目標達成度評価

歯科衛生計画の妥当性。歯科衛生介入の有効性を判定する

主観的満足度評価

歯科衛生士のかかわりや介入が適切だったか患者から判定してもらう

### 1）目標達成度の判定

短期目標

設定した期日までに「予測した対象者の行動や状態」と「実際の対象者の行動と状態」を比較して、行動や状態が一致していれば「達成」、一部が変化し改善がみられる場合は「部分達成」、まったく変化がみられない場合は「未達成」とする。

長期目標

原則的に、短期目標の達成により原因や関連因子が変化あるいは除去された結果を設定している。このため、長期目標に対する評価は複数掲げた短期目標がすべて達成された時点で行う。

### 2）対象者満足度の判定

歯科衛生士として、対象者へのかかわりや介入が適切だったか、振り返って評価します。対象者に満足度を評価してもらうことによってある程度評価できます。

### 3）要因の分析と課題の抽出

目標達成度の判定と対象者の満足度の判定を合わせて、対象者の問題解決のプロセスにおいて、計画の妥当性、介入の有効性、歯科衛生士のかかわりを総合的に判定し、その判定結果について要因を分析し、歯科衛生士自身の課題を含めた課題やその解決方法を検討します。

### 4）要約（サマリー）

退院・転院時などに入院中の対象者の状態やケア内容を記述します。周術期口腔機能管理に関わった場合は、かかりつけの歯科医院につなぐときの参考になります。

## ⑥記録（書面化）

歯科衛生過程では、すべてのプロセスを書面化して記録に残すことが重要です。歯科衛生士の専門的な関わりを記録に残すことによって、歯科衛生介入の質の保証と質の向上へとつなげることができ、歯科衛生士の専門領域を対象者や多職種に対して示すことが可能になります。

注意点

1）客観的な記載を心がける

2）正しい日本語、単語、英語を使用する

3）他の人に読まれることを前提に記載する（真正性の確保）

4）必要な情報のみ記載する

<table>
<tr><td colspan="2">患者氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">□ 男　□ 女　（　　）歳</td></tr>
<tr><td colspan="2">業務実施日</td><td colspan="2">年　月　日（　）</td><td>実施時刻</td><td>～</td></tr>
<tr><td colspan="2">歯科医師名</td><td colspan="2"></td><td>指示内容</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">業務内容</td><td colspan="2">□ 歯科衛生実地指導<br>□ 訪問歯科衛生指導<br>□ フッ化物歯面塗布</td><td colspan="2">□ 周術期等専門的口腔衛生処置<br>□ 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置<br>□ その他　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">口腔内状況</td><td>PCR</td><td colspan="2">%（　　）</td><td>歯の問題</td><td>□なし □あり（　　）</td></tr>
<tr><td>歯周ポケット</td><td colspan="2">4㎜以上□なし □あり（　　）</td><td>舌苔</td><td>□なし □あり（　　）</td></tr>
<tr><td>歯垢</td><td colspan="2">□ わずか □1/3以下 □2/3以下 □多量</td><td>粘膜異常</td><td>□なし □あり（　　）</td></tr>
<tr><td>口腔乾燥</td><td colspan="2">□ なし □ 唾液粘性□ 唾液泡状□ 乾燥</td><td>義歯</td><td>□不要 □必要（□使用 □未使用 □その他）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">指導・処置実施内容</td><td colspan="2">S（主観的情報）</td><td colspan="2">O（客観的情報）<br></td></tr>
<tr><td colspan="2">A（評価）</td><td colspan="2">P（計画）</td></tr>
</table>

公益社団法人日本歯科衛生士会



# 第２部

# ７章　感染症対策

# 1　感染症の知識

## 1　感染症とは

①感染とは

　感染とは、病原性微生物が宿主に侵入し、定着あるいは増殖することです。感染の成立には病原性微生物の数や感染力、病原性、宿主の免疫状態が影響するので、病原性微生物への曝露が常に感染を引き起こすわけではありません。一般的に免疫状態が低下している高齢者や患者が感染しやすい傾向にありますが、特定の病原性微生物のワクチン接種や曝露歴がある場合は、獲得免疫により感染しにくくなると言われています。

②感染症とは

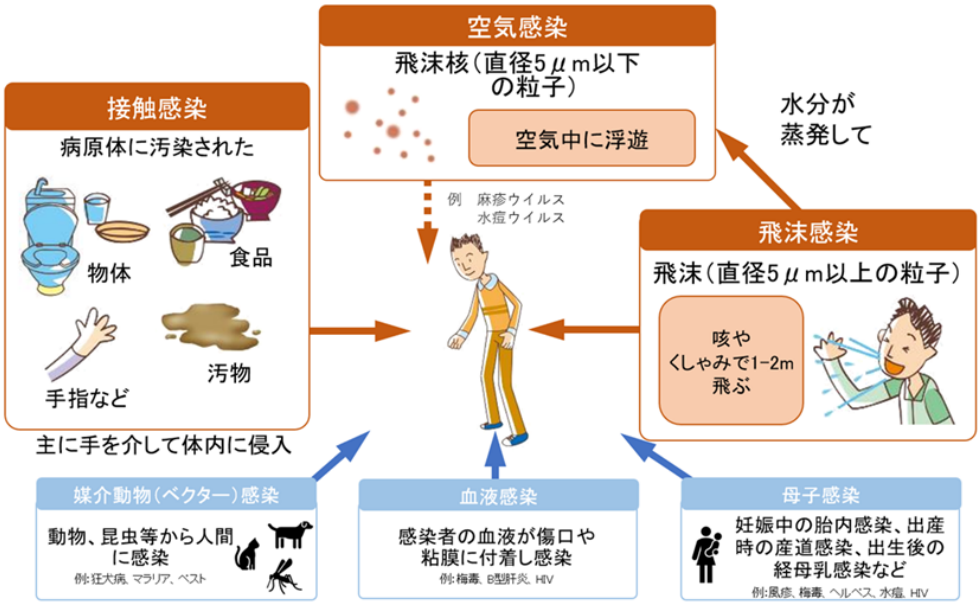
　感染症とは、感染した宿主に症状が出る疾患のことです。しかし、症状が出ない場合や宿主に定着した場合、キャリアや保菌者と言われます。新型コロナウイルス感染症に関しては、感染者の半数近くが無症状のキャリアだったとする説もあります。

③医療関連感染

　病院や高齢者福祉施設、診療所の外来、在宅ケアなどに関連して発生した感染症のことです。

　患者がケアを受ける前から保有していた病原性微生物を施設内に持ち込んだケースや、ケアを受けた際に感染するケース、免疫不全者が病院の水回りに存在する微生物に感染するケース（日和見感染）などがあります。

## 2　感染経路




①接触感染

感染したヒトが接触することで伝播する経路です。ノロウイルスや大腸出血性大腸炎、MRSAなどがあります。

＜直接接触＞

感染したヒトとの直接の接触、診療行為や体位変換での身体的な接触による感染が生じる場合

＜間接接触＞

感染したヒトの体液などで汚染された中間物（医療機器や設備、環境表面など）や医療・介護従事者などを介して別の感受性宿主へ間接的に伝達され感染する場合

②飛沫感染

感染したヒトが咳やくしゃみ、会話などをしたとき、飛散した飛沫（5μm（0.005mm）以上の粒子）に含まれる病原性微生物が別の感受性宿主の鼻や口、眼の粘膜に接触して伝播する経路です。この飛沫は 1～2m 以内の周囲環境に落下します。「エアロゾル」とも言います。インフルエンザウイルス、風疹ウイルスなどがあります。

③空気感染

飛沫サイズが5μm（0.005mm）以下（飛沫核といいます）に含まれる病原性微生物が感受性宿主に吸入されることで伝播する経路です。飛沫核は重量がきわめて軽いため2mを超えて飛散、長時間空気中に浮遊し、吸入されると気管支を通過して肺胞に到達します。結核菌、麻疹ウイルス、水痘（帯状疱疹）ウイルスがあります。

## 3　感染予防策




①接触感染予防策

　手指衛生、個人用防護具（PPE）の装着、汚染器具の洗浄・消毒・滅菌、汚染環境表面を正しく清掃・消毒します。

②飛沫感染予防策

　医療関係者はサージカルマスクや眼の保護具を装着し、飛沫から口や鼻、眼の粘膜を保護します。患者さんにはサージカルマスクを装着してもらい、身体的距離（目安として2m）を取ることもあります。

③空気感染予防策

　可能なかぎり陰圧室や隔離用個室でケアします。診療時にもN95マスク以上の呼吸器保護具を装着します。

## 2　訪問歯科における感染予防

### 1　スタンダードプリコーション（標準予防策）




訪問歯科では、水道設備がなくても使用でき作業時間も短い擦式アルコール手指消毒薬（60～80%）による手指衛生を感染予防の基本とします。

ただし、目で見て明らかに手が汚染した場合、トイレを使用した後、吐瀉物や排泄物の処理をした後は、流水と液体石けんによる手指衛生を行います。この場合手の乾燥はペーパータオルを使用します。また、手指が顔に触れる回数を減らすために髪をまとめ、身だしなみを整えておくことも大切です。

医療現場において手指衛生を行うタイミング

①患者、被介護者に接触する前

②無菌操作をする前

③体液に触れた、あるいは触れた可能性がある行為をした後

④患者、被介護者に接触した後

⑤患者、被介護者の周辺環境に触れた後

## 2　飛沫感染予防策

訪問歯科診療・処置でエアータービンハンドピースと音波スケーラーを用いた際、落下飛沫やエアロゾルから病原体が検出された報告があります。

①飛沫の曝露を防ぐ方法

・エアロゾルが発生する手技を行う場合はマスクと眼の保護具（ゴーグルやフェイスシールド）を装着する

・口腔内バキュームをハンドピースの近くに正しく配置するとエアロゾルの曝露を効果的に削減できるため、4ハンドテクニックでの治療を行うことが望ましい。

・口腔外バキュームはエアロゾルによる周囲環境 E85 の細菌汚染を低減する効果があるため、可能なかぎり使用する。また、吸入口を患者の口腔の真上に位置させると最も高い除塵効果が得られる。

②飛沫に含まれる病原性微生物を削減する方法

・ラバーダムを使用するとエアロゾルに含まれるウイルスを含む病原性微生物が減少するため、可能なかぎり使用する。

・エアータービンハンドピースを使用する場合、歯科用ユニットの給水系への口腔内微生物の逆流を減少させる逆流防止弁を有するハンドピースを使用することが推奨される。

・処置前のうがいについて　いくつかのガイドラインなどで、処置前に患者に各種消毒薬を用いたうがいをさせることで唾液中の SARS-CoV-2 のウイルス量を減少させる推奨がなされている。

| | |
|---|---|
| ポピドンヨード | 0.5～1%のポピドンヨード水溶液は SARS-CoV-2 への消毒効果があり、うがい薬として推奨されている。ただし、長期間連用による原発性甲状腺機能低下症アレルギー（有病率 0.4%）、誤嚥による重度の肺損傷などの副作用もあるため、注意が必要。 |
| 過酸化水素 | 1%H2O2 水溶液は SARS-CoV-2 への消毒効果がありうがい薬として推奨する報告がある一方で有効性が示されなかったとする報告もあるため、評価は定まっていない。 |

③エアロゾルが発生する処置（AGP）

国立感染症研究所や厚生労働省は、気道吸引、気管内挿管、抜管、用手換気、気管切開と気管切開部でのチューブ交換、歯科口腔処置、非侵襲的換気、ネーザルハイフロー、生理食塩水を用いた喀痰誘引、下気道検体採取、吸引を伴う上部消化管内視鏡などをエアロゾルが発生する装置としています。

「歯科口腔処置」のうち、エアータービン、60,000rpm 以上あるいは 200,000rpm以上のモーターハンドピース、超音波スケーラー、3way シリンジ（エアー・水の同時使用の場合）エアーポリッシャー、エアーアブレーションにエアロゾルが発生することが判明しています。

治療後に落下したエアロゾルに含まれる細菌を培養した各種研究では、歯内療法のほうが修復処置よりも細菌汚染が多かった、処置の時間が長くなるほど細菌汚染が多かった、回転切削器具や超音波スケーラーを使用しない治療では細菌汚染は少なかった、回転切削機器を使用した部屋と使用しなかった部屋の細菌汚染レベルの差は統計学的に有意であった、とする報告があります。

義歯調整や研磨、嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査で微生物を含むエアロゾルの発生が確認されています。

③AGP の曝露リスクとPPEの選択

表1 歯科口腔処置のエアロゾル発生リスクと処置の種類、対策

| エアロゾル発生リスク | 処置の種類 | 対策 |
|---|---|---|
| 高リスク | エアータービン（ラバーダムなし）<br>モーターハンドピース（60,000～200,000rpm/min 以上または回転数によらずチップエアーあり）<br>超音波スケーラー<br>エアーポリッシャー<br>エアーアブレーション 3 wayシリンジ（エアー・水を同時使用）<br>歯ブラシ（電動歯ブラシを含む）を用いた口腔ケア | N95 マスク<br>可能であれば陰圧室<br>可能なかぎり個室<br>ACH≧10 の換気<br>口腔外バキューム<br>4 ハンドでの治療 |
| 中リスク | エアータービン（ラバーダムあり）<br>モーターハンドピース（60,000～200,000rpm/min 未満かつチップエアーなし<br>3 wayシリンジ（エアーのみ、水のみ使用） | サージカルマスク<br>ACH≧10 の換気<br>口腔外バキューム<br>4 ハンドでの治療 |
| 低リスク | ハンドスケーラー<br>印象採得<br>歯科用エックス線撮影法（咳嗽反射のない場合）<br>3 wayシリンダを用いない口腔内診察<br>補綴物の装着 | サージカルマスク |

## 3 接触感染予防策

訪問歯科で発生したエアロゾルはおよそ2mにまで到達し、医療関係者の体表面（診療着など）や周囲の環境表面を汚染するので、接触感染予防策は重要です。

手指衛生だけでなく、汚染されている可能性がある部分に触れないこと、汚染されたグローブなどで不用意に周囲環境に触れないよう注意します。また、訪問歯科は生活の場で行うため、周囲環境は汚染されているものとして対応する必要があります。

患者さんの唾液で生活の場が汚染されても本人の感染リスクはほとんど増加しませんが、同居家族や他の医療従事者・介護者の感染リスクが増加するおそれがあるため汚染は最小限にとどめましょう。

### ①環境表面の消毒と保護

エアロゾルやグローブなどにより汚染された環境表面（ポータブルユニットを含む）やハンドピースやホースなどは、濃度が 60%以上のアルコールや 500～1,000ppm（0.05～0.1%）の次亜塩素酸ナトリウム水溶液を用い消毒します。

また、治療中にグローブのまま触れる可能性のある部分は、ラッピング材で覆うことも有効な対策になります。消毒・滅菌が難しい歯科医療機器はディスポーザブル製品を用いるか、ラッピング材で保護し、患者ごとにラッピング材を交換するとよいでしょう。

### ②治療者や診療機器の汚染

治療・処置で発生したエアロゾルは、術者や衛生士の手や腕、歯科治療器具、マスクや眼の保護具などの PPE、聴診器、胸に挿したペン、名札などを汚染します。そのため、訪問歯科では、汚染された診療着などが患者に触れないよう、診療時にはガウンまたはビニールエプロンの着用が必要です。

診療に必須でないものは持ち込まず、必要最小限のものに限定し、他の患者と共有する医療機器（聴診器やモニター類）は使用後にビニール袋などに入れ、診療エリア外でアルコール（60%以上）や 0.05%の次亜塩素酸のナトリウム水溶液で消毒します。

診療内容のメモや記録をする場合、カルテなどに直接記載せず、患者本人の筆記用具などを使いメモ用紙に記載し、後に診療エリア外でカルテなどに書き写す・写真を撮影するなどして廃棄します。

持ち込んだ医療機器などの生活の場からの汚染、あるいは医療機器などによる生活の場の汚染を防ぐため、新聞紙などを敷きその上に医療機器などを置くと、診療・処置後に新聞紙をそのまま廃棄できるので便利です。

## 4 換気と待機時間

可能なかぎり広い空間で、最小限の人数で、可能なかぎり換気を行いつつ訪問歯科を行います。診療・処置を行う部屋の換気を訪問前に依頼しておくのもよいでしょう。




図３　換気の方法

①求められる換気条件

換気条件を示す基準として ACH(空気交換率)があります。部屋の体積と同じ空気が入れ替わる1時間当たりの回数です。

$$ACH = 換気量[m^3/秒] \times 3{,}600[秒] \div 部屋の体積[m3]$$

歯科医療現場に求められるACHは一般的にACH≧10 または 12 とされていますが訪問歯科の現場ではなかなか難しいので換気を工夫します。

②換気の方法について

基本的に、2つ以上の窓を開けること、特に対角線上の窓を開けます。窓が1つしかない場合は、窓に向けて扇風機などで送風するか、ドアを開けられる場合はドアを開けることで換気効率を上げることができます。

窓がない部屋の場合は、部屋の奥からドア方向に向けた扇風機と、ドアの近くでドアに向けた扇風機を動かして換気を行います。

③待機時間

飛沫は、15 分程度で床に着地するので、居宅・施設訪問の場合、診療終了後に他の医療・介護従事者が部屋に入るまでの待機時間を 15 分程度設けましょう。

## 5　印象材・技工物などの消毒

訪問歯科では、印象材をポリ袋などに一旦収納し、診療所に持ち帰り印象を撤去した後、アルジネート系印象材は 120 秒、シリコーン印象材は 30 秒の水洗の後 0.1%次亜塩素酸ナトリウム水溶液に 15～30 分浸漬させ消毒を行った後に石膏を注入します。洗浄時はグローブ、サージカルマスク、眼の保護具、ガウンまたはエプロンを装着し、周囲に汚染が広がらないよう水はねに注意しましょう。

## 6　ゾーニング・歯科診療環境の整備

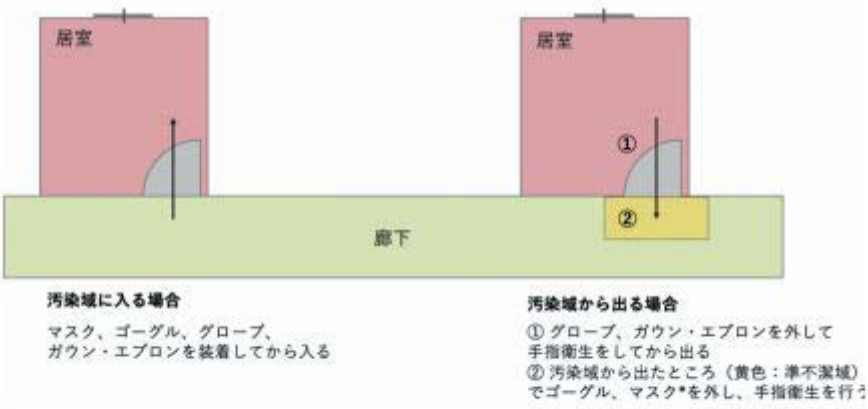



図 4　PPE 着脱の原則
*現在はユニバーサルマスクの概念のもと，マスクは常に着用する。この時点で外して新しいものに交換する場合と，この時点で外さない場合とがある。

### ①在宅での環境整備

在宅の場合、家全体を汚染域と想定する方法と、診療を行う部屋を汚染域と想定する方法をとります。汚染域から出るときにPPEを離脱し、すぐに手指衛生を行うことができるよう PPE を廃棄するためのポリ袋（ゴミ箱）と擦式アルコール手指消毒薬を診療前に準備しておきます。フェイスシールドのフレームなど、再利用可能なPPEを使用している場合は、廃棄用のポリ袋などとは別のポリ袋などをあらかじめ準備しておきましょう。

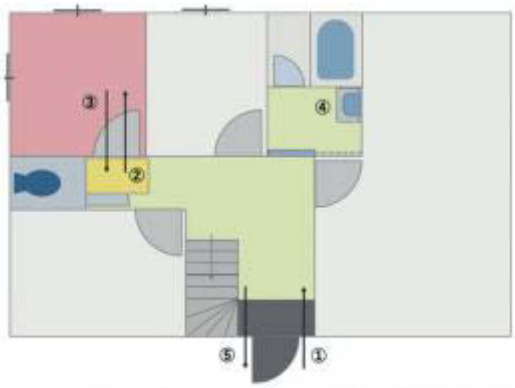



図 5　在宅でのゾーニングと PPE 着脱，手指衛生の例

①擦式アルコール消毒薬による手指衛生を行い、マスクを装着して家に入る。

②必要に応じて擦式アルコール消毒薬による手指衛生を行い、ガウン・エプロン→ゴーグル→グローブの順に装着して入室する。

③グローブ、ガウン・エプロンを外してポリ袋に廃棄し、擦式アルコール消毒薬による手指衛生を行い退室する。

④目で見て明らかに手が汚染された場合、流水と液体石けんによる手指衛生を行う。手の乾燥にはペーパータオル、または持参した単回使用のタオルを用いること。

⑤退出時、玄関または玄関の外でゴーグル、マスクを外してポリ袋に廃棄し、擦式アルコール消毒薬による手指衛生を行い退去する。再利用可能なゴーグルは別のポリ袋に収容する。廃棄するポリ袋の処理は家人に依頼する。

②高齢者介護施設などでの環境整備

可能なかぎり患者の個室で診療を行うか、診療のための個室を確保します。やむをえず共有スペースで診療を行う場合は、他の入居者から十分な距離を取ります（2m以上）。

また、診療のための個室や共有スペースで複数人の患者を診察する場合は、患者間に 15 分程度の待機時間を設けましょう。

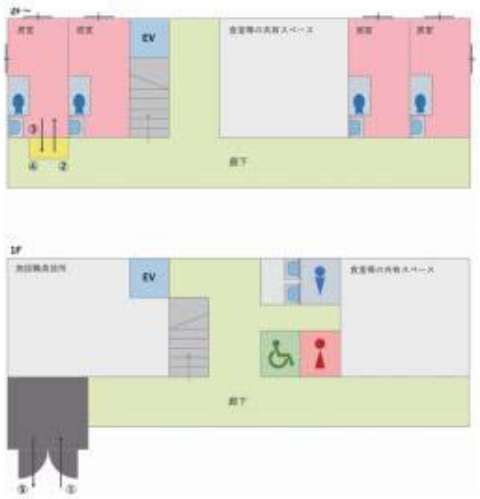



図 6　老人福祉施設でのゾーニングと PPE 着脱，手指衛生の例

①擦式アルコール消毒薬による手指衛生を行い、マスクを装着して施設に入る。廊下などの共有スペースに認知症などによりマスクを装着できずに生活している入居・入所者がいることがあらかじめわかっている場合はゴーグルも装着する。

②必要に応じて擦式アルコール消毒薬による手指衛生を行い、ガウン・エプロン→ゴーグル→グローブの順に装着して入室する。

③グローブ、ガウン・エプロンを外してポリ袋に廃棄し、擦式アルコール消毒薬による手指衛生を行い退室する。

目で見て明らかに手が汚染した場合、流水と液体石けんによる手指衛生を行う。手の乾燥にはペーパータオル、または持参した単回使用のタオルを用いること。室内に洗面台がない場合、共有スペースの洗面所などやトイレの洗面台を使用する。

④ゴーグル、マスクが汚染した場合は外し、ポリ袋に収容あるいは廃棄し、擦式アルコール消毒薬による手指衛生を行った後に新しいものを装着する。次に診察する患者が術者やアシスタントの顔に触れてしまう恐れがある場合は、患者の接触感染を予防するため、マスクは新しいものに交換する。ゴーグルは新しいものに交換、または消毒を行う。

または、ゴーグル、マスクを外し、ポリ袋に収容あるいは廃棄し、擦式アルコール消毒薬による手指衛生を行った後に新しいものを装着する。

⑤退出時、玄関または玄関の外でゴーグル、マスクを外してポリ袋に廃棄し、擦式アルコール消毒薬による手指衛生を行い退去する。再利用可能なゴーグルは別のポリ袋に収容する。廃棄するポリ袋の処理は施設に依頼する。

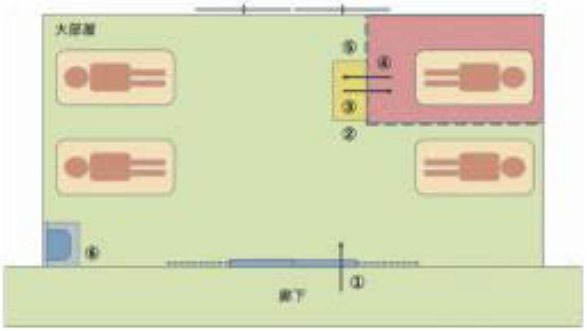


図 7　老人福祉施設でのゾーニングと PPE 着脱，手指衛生の例：複数人が居住する部屋の場合

①マスクを装着できずに生活している入居・入所者がいることがあらかじめわかっている場合はゴーグルを装着してから入室する。

②診察を行う患者のベッドを囲うカーテンなどを用い、他の入所・入居者と隔離する。

③擦式アルコール消毒薬による手指衛生を行い、ガウン・エプロン→ゴーグル→グローブの順に装着する。診療中あるいは診療後、汚染されたグローブのままカーテンに決して触れないこと。

④カーテンを汚染しないよう注意しながら、カーテンの仕切りの中でグローブ、ガウン・エプロンを外してポリ袋に廃棄し、擦式アルコール消毒薬による手指衛生を行い、仕切りから退出する。

⑤AGPと判断される処置を行った場合、カーテンを締め切って退室する。

⑥目で見て明らかに手が汚染された場合、流水と液体石けんによる手指衛生を行う。手の乾燥にはペーパータオル、または持参した単回使用のタオルを用いること。

⑦AGPと判断される処置を行った場合、エアロゾルが沈降するまでの待機時間として、患者を担当する者に 10～15 分間はカーテンを開けないよう指示する。

③移動用車両やポータブルユニット、聴診器、モニターなどの消毒

移動用車両のドアノブ、ハンドルなどは定期的な消毒を行います。

ポータブルユニットは診療エリアから退出後、診療中に触れる可能性のある部分は患者毎、診療中に触れない部分は診療後に消毒を行います。

聴診器、モニターなどはポリ袋に入れて診療エリア外に持ち出し、袋から出して消毒し、袋は廃棄します。

消毒には消毒用アルコール（60％以上）あるいは 0.05％次亜塩素酸ナトリウム水溶液を用いますが、金属部分に次亜塩素酸ナトリウム水溶液を用いた場合は水拭きを追加します。また消毒時はグローブを装着し、消毒後はグローブを外し、擦式アルコール手指消毒薬で手指衛生を行いましょう。

## 7　医療廃棄物の処理

移動用車両の汚染を防ぎ他の患者さんへの感染リスクを低減させるために鋭利物を除く医療廃棄物（グローブやエプロン、ガーゼなど）の廃棄は施設に依頼してもよいでしょう。ただし、医療用廃棄物のポリ袋などへの収容は必ず歯科医療従事者自身が行います。

注射針やメスなどの鋭利物については、持ち運び可能な針捨てボックス（シャープスコンテナ）を持参し、現場で収容します。

## 8　介護者への教育（口腔ケアの方法）

①口腔ケアの目的と注意事項

口腔衛生の改善と口腔衛生管理を頻繁に行うことで、要介護高齢者における呼吸器疾患や細菌性肺炎の発生を減少させます。機械換気が必要な患者の口腔衛生状態が悪いと、人工呼吸器関連肺炎（VAP）のリスクも高くなります。

②口腔ケアの提供方法

【口腔ケアの危険性と必要性】

1. 歯磨きによっても飛沫は生じる
2. 適切な対策により口腔ケアは可能
3. 口腔ケアによる肺炎予防が重要

【口腔ケアの準備】

4. 周辺地域の感染状況を把握し、体制を整える
5. 患者、利用者の評価を慎重に行う
6. 口腔ケア時の環境整備
7. 口腔ケアの実際
8. 口腔ケアの準備
9. 適切な手指衛生
10. 手袋、マスク、眼の保護具、ガウンの着用

【口腔ケアの実施】

11. 口腔ケア時の洗口剤、口腔湿潤剤の使用
12. 飛沫やエアロゾル飛散の予防
13. 義歯の管理
14. 感染患者、感染が疑われる患者、利用者への口腔ケア



# 第２部
# 8章　訪問歯科の実際

# ＜施設訪問編＞

## 1　訪問まで

1　訪問依頼は、主に入所者やその家族に依頼を受けた施設職員や、入所者やその家族から直接電話による問い合わせを受けます。

歯科訪問診療に向けた聞き取り項目リスト

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>申込者氏名 | | 患者との続柄 | |
| ふりがな<br>患者氏名 | | | |
| 患者住所<br><br>施設名 | 自宅　　TEL<br><br>（病院・施設）　　TEL<br><br>（施設区分：　　） | | |
| 歯科的主訴 | 1．歯が痛い　2．歯が動く　3．歯ぐきが腫れた<br>4．歯ぐきから血が出る　5．入れ歯を入れたい　6．入れ歯が合わない<br>7．むし歯の治療希望　8．その他（　　） | | |
| 現在の身体状況 | 寝たきり・車いす・つえ歩行・長時間の歩行不可・自立歩行 | | |
| 訪問先 | 在宅・病院・施設・その他（　　） | 駐車場（有・無） | |
| 現在の全身の状態<br>（現病歴） | | | |
| 保険の種類 | 国保・社保・後期高齢者・生保 | 身障者手帳　有（　種　級）・無 | |
| 要介護度 | 自立・要支援（　　）・要介護（　　） | | |
| ケアマネージャー | （事業所名　　TEL　　）<br>（FAX　　） | | |
| 主治医 | （病院名　　TEL　　） | | |

| | |
|---|---|
| 申込者 | 福祉施設からの依頼の時は家族の同意があるか確認する。家族からの依頼の場合は施設に話してあるかの確認、主治医の了解を得ているか確認する。 |
| 患者について | 性別、年齢など基礎情報 |
| 歯科的主訴 | いつごろから？どのくらい？など |
| 訪問先 | 距離を必ず確認する（16km 以内） |
| 全身の状態 | 通院困難な状況、食事の状況、健康状態、コミュニケーションの能力（知的・言語・視聴覚障害や、認知の程度、会話が可能かなど）など |
| 保険の種類 | 生保の場合は、医療券の申請をしてもらう。または、社会福祉事務所に連絡し治療を進めてよいか許可をとる。 |

## 2　事前情報収集

介護職員やケアマネから入所者のADLの情報を収集します。事前収集ができない場合は、初回訪問時に聞き取りをします。

### 日常生活動作状況調査票

記入日：平成　　年　　月　　日　　No.

担当者：

| | | |
|---|---|---|
| 氏　　名 | | （年齢　　歳） |
| 日常生活自立度 | 障　害 | J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2 |
| | 認知度 | Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅱa　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M |
| 介護認定 | | 未申請・申請中・認定あり（要介護度記入　　） |
| 移動 | 立ち上がり | 1．できる　2．何かにつかまればできる　3．介助があれば歩行できる　4．できない |
| | 歩　行 | 1．できる　2．何かにつかまればできる　3．介助があればできる<br>4．できない（移動方法：車椅子自立・車椅子介助・這う・寝たきり・その他） |
| 排泄 | 動　作 | 1．自立　　2．一部介助　　3．全介助 |
| | 排　尿 | 1．トイレ（洋・和）　2．ポータブルトイレ　3．尿器　4．おむつ　5．留置 |
| | 排　便 | 1．トイレ（洋・和）　2．ポータブルトイレ　3．尿器　4．おむつ　5．ストマ |
| 入　　浴 | | 1．自立　　2．一部介助　　3．全介助 |
| 着替え | | 1．自立　　2．一部介助　　3．全介助 |
| 整　　容 | | 1．自立　　2．一部介助　　3．全介助 |
| 意思の疎通 | | 1．できる　　2．大体できる　　3．できない |

・在宅ケアにおける一週間のタイムスケジュール

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 午前 | | | | | | | |
| 午後 | | | | | | | |
| 夜間 | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| 要支援１ | ・食事や排泄などはほとんど自分でできるが、掃除などの身の回りの世話の一部に見守りや手助けなど何らかの介護が必要<br>・立ち上がりや片足での立位保持などの複雑な動作に何らかの支えを必要とすることがある |
| 要支援２ | 介護の手間が「要介護１」と同程度の方のうち、次に該当しない方<br>・心身の状態が安定していない<br>・認知症等により新予防給付の利用に関して適切な理解が困難 |
| 要介護１ | ・基本的な日常生活や身の回りの世話などに一部介助が必要<br>・立ち上がりなどに支えが必要 |
| 要介護２ | ・食事や排泄、入浴、洗顔、衣服の着脱などに一部または多くの介助が必要<br>・立ち上がりや歩行に支えが必要 |
| 要介護３ | ・食事や排泄、入浴、洗顔、衣服の着脱などに多くの介助が必要<br>・立ち上がりなどが自分でできない。歩行が自分でできないことがある |
| 要介護４ | ・食事や排泄、入浴、洗顔、衣服の着脱などに全面的な介助が必要<br>・立ち上がりなどがほとんどできない。歩行が自分でできない<br>・認識力、理解力などに衰えが見え、問題行動もある |
| 要介護５ | ・日常生活や身の回りの世話全般にわたって全面的な介助が必要<br>・立ち上がりや歩行などがほとんどできない<br>・認識力、理解力などに衰えが見え、問題行動もある |

| | | |
|---|---|---|
| 生活自立 | ランクJ | 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する<br>1　交通機関等を利用して外出する<br>2　隣近所へなら外出する |
| 準寝たきり | ランクA | 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない<br>1　介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する<br>2　外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている |
| 寝たきり | ランクB | 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ<br>1　車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う<br>2　介助により車椅子に移乗する |
| 寝たきり | ランクC | 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する<br>1　自力で寝返りをうつ<br>2　自力で寝返りもうたない |

| ランク | 判　定　基　準 | 見られる症状・行動の例 |
|---|---|---|
| Ⅰ | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している | |
| Ⅱ | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる | |
| Ⅱａ | 家庭外で上記Ⅱの状態が見られる | たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等 |
| Ⅱｂ | 家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる | 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との応対など一人で留守番ができない等 |
| Ⅲ | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする | |
| Ⅲａ | 日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる | 着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる<br>やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為など |
| Ⅲｂ | 夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる | ランクⅢａに同じ |
| Ⅳ | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする | ランクⅢａに同じ |
| Ｍ | 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする | せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状に起伏する問題行動が継続する状態等 |

かかりつけの医師・歯科医師がいる場合は、入所者の同意をとった上で、診療情報（服薬状況や通院状況など）を提供してもらいます。

**診療情報提供書**

年　月　日

| | |
|---|---|
| 患者氏名 | 性別 |
| 患者住所 | |
| 電話番号 | |
| 生年月日 | |

【歯科疾病名／既往歴】

【紹介目的】

【症状経過及び検査結果】

【治療経過】

【現状の処方】

【備考】

紹介元医療機関の住所及び名称

住　所
医院名
医師名　　印
電　話
ＦＡＸ

3　訪問打合せ

●訪問日の打合せは原則、施設関係者が同席できる日時にします。

※初回は、食事後が望ましい。

※本人の状態がよい時間など、施設の人と打ち合わせる。

●保険証・おくすり手帳、福祉医療受給者証などを準備してもらいます。

●うがい用コップ、洗面器、ティッシュペーパー、タオル、歯ブラシなどを用意してもらいます。（いつも使っているものがあれば用意してもらう）

●全身状態が悪くなったり、都合が悪くなったら、訪問日までに連絡してもらうようお願いします。

※緊急時のために、二次三次の医療機関を確保する。

4　器材準備

①バイタルチェック器械

血圧計、体温計、パルスオキシメータ、聴診器など

②照明器具

ペンライト、懐中電灯、ヘッドランプなど

③診査器具

基本セット（ミラー、ピンセット、探針、洗浄筒洗浄針など）

④口腔清掃用具

歯ブラシ、歯間ブラシ、綿棒、舌ブラシ、フロス、糸ようじ、スポンジスティック、手鏡、ガーグルベースン、吸引・吸水器具など

⑤義歯清掃用具

義歯用ブラシ、義歯安定剤、義歯洗浄剤など

⑥衛生材料

滅菌ガーゼ、ペーバータオル、アルコールワッテ、新聞紙、ウエットティッシュ、ビニール袋、ラップ、など

⑦薬剤など

アルコール、消毒液、イソジン、JG、軟膏、人工唾液、リップクリーム、洗口剤など

⑧その他

はさみ、カッター、テープ、テーピング、トレー、スポンジ、ゴムホース、輪ゴム、パンフレットなど

5　訪問時の注意

服装と身なり

衛生面、機能面、患者の状況を優先して考えましょう。

| | |
|---|---|
| 服装 | 基本的に白衣着用。必要に応じて、ディスポ―ザブルのエプロンを持参する。（疥癬が発生していることもあり得る） |
| 手袋・マスク | 使い捨てのものを準備する。 |
| 香水・香料など | 化学物質過敏症の患者もいるので、香水や香りの強い柔軟剤、整髪料、制汗剤などは使用しない。 |
| カバン・ケース | アルコールで拭けるものを用意し、訪問後は必ずアルコールで拭く。 |
| 消毒・洗浄 | 爪は短く切り、石鹸で手指をよく洗う。手指消毒後はペーパータオルで拭く。うがいをする。 |

## 2　施設訪問時

1　施設の人にあいさつをし、その日の体調を聴き取りします。

（病歴、病状）

事前情報がある場合でも改めて聞きます。

褥瘡など、体位変換のときの注意事項などを聞きます。

（服薬）

おくすり手帳がない場合は、薬をみせてもらいメモします。

2　入所者に自己紹介をし、訪問目的を伝えます。

言葉を理解出来ない、声が聞き取りにくいケースもあるので、ゆっくりていねいに話しましょう。受け答えができていても、よくわからずごまかしていることもあるので注意が必要です。また、認知症の入所者はあいさつをしても、数分後には誰かわからなくなることもあります。

表情や姿勢や目線に注意して、名前を呼ぶときは本人の名前で呼びましょう。

3　情報収集

（生活環境）

以下の状況をすみやかにチェックし、必要であれば訪問後にメモをします。

居室の広さ、ベッドの種類や家具の配置、床の状態など

洗面所の位置・高さ、水栓の高さや形状、口腔ケアグッズの種類と状態

食卓や椅子の高さなど

部屋の明るさ、風通し、室温・湿度、におい、清潔さ

衣服、介護用品の状況

これらの情報収集をして、口腔ケアをする場所や態勢・グッズを決めます。

4　バイタルチェック

以下のチェックを行います。

| | |
|---|---|
| 顔色 | 顔・口唇・眼瞼・爪の色をみてチアノーゼがないか確認。 |
| 意識 | 反応が遅いボーっとしている場合、いつもと対応が違う場合は要注意。薬の影響もありうる。 |
| 脈 | 速さだけでなく、リズムや強さもチェックする。1分間に 50 回未満は徐脈でめまいや失神などを起こすことがある。100 回以上は頻脈で、動悸や不快感などを起こすことがある。リズムや強さが不規則の場合は心房細動のことがある。 |
| 呼吸 | 回数だけでなく、深さやリズムもみる。無呼吸があるときは無呼吸時間も計っておく。 |
| 血圧 | 高血圧の既往症のある人や変動のある人は測る。 |
| 体温 | 腋の下の汗を拭き取って測る。暑いのに汗が出ていない場合は脱水を疑う。 |

5　全身観察

全身状態の観察を行います。

頭部のチェック：発汗、眼の輝き、耳垢、口唇の渇きなど

体部のチェック：皮膚の状態、床ずれ、浮腫、においなど

感情・表情のチェック

姿勢・歩き方・動作のチェック（移動手段のチェック）

栄養状態のチェック（在宅のところに移動する！）

危険な4徴候

口腔乾燥、腋窩乾燥、微熱、頭痛・・・脱水

微熱、痰・・・肺炎

浮腫・動悸・・・心不全

いつもと違う反応・・・意識障害

# 3　口腔観察

## 1　顎顔面頸部の観察

| | |
|---|---|
| リンパの観察 | 腫れはないか |
| 鼻の観察 | 鼻呼吸ができているか、どちらかの鼻唇溝が浅くなっていないか |
| 口の観察 | 口角は閉じているか、どちらか下がっていないか、よだれは出てないか、口唇閉鎖の力、顎が不随意に動くことはないか |
| 首の動きの観察 | 前後左右に動くか |

## 2　口腔の観察

（静的観察）

歯肉：出血や炎症、傷、色などをチェック

口唇：ヘルペス、咬傷など

口角：ただれ、裂傷、ヘルペス

口蓋・咽頭：上がり方や左右差、色、腫れ、カーテン徴候のチェック

舌：湿り気や左右差、大きさ、厚み、色、傷、汚れなど

食物残渣：上下口腔前庭や口腔底を確認して口腔機能の低下をチェック

口腔粘膜：発赤（アフタ口内炎・カタル口内炎など）

腫脹（膿疱、膿瘍、腫瘍など）

潰瘍（摩擦刺激、損傷、口腔がんなど）

乾燥（嚥下の阻害、う蝕や歯周疾患の進行）

色調（貧血、カンジダ、扁平苔癬など）

歯牙の観察：動揺・摩耗・露出・クラウン・隣接面・残根・クラスプ

（動的観察）

口の観察：大きく開くか、開ける時に音はしないか

頬の観察：硬くないか、ふくらむか、吸うことができるか

舌の観察：どこまで上がるか、前へ出せるか、左右に動くか、後ろへ引っ込むか

喉仏の観察：上がりは十分か、飲み込みはどうか、言葉ははっきりしているか

3　義歯の観察

（義歯をつけた時の観察）

口を開けたり、話をしたときの義歯の脱落や外れや緩み
ものを吸うときの義歯の脱落や外れや緩み
笑ったときの上顎の義歯の脱落や外れや緩み
前で噛むときの義歯の外れ
左右側で噛むときの義歯のガタ
頬や舌を噛んでいないか（上下臼歯部人工歯の不適合）
義歯の入りやすさ（唾液の出が少ないと入りにくい）
義歯の金属味（スクラブ・床の酸化、プラーク付着部の金属床）

（義歯を外した口腔内や粘膜の観察）

顎堤粘膜における破折残根の有無
維持に不適合なクラスプの有無
口内炎傾向の有無
クラスプ先端が研磨されていない
床内面口腔粘膜に強くあたるところの有無
顎堤の大きな骨隆起の有無

（義歯の状態の観察）

汚れはないか
破損していないか
義歯人口歯の異常な咬耗
デンチャープラークの付着部位はどうか
着脱方向は設定されているか
咬合平面の垂直方向に着脱方向がほぼ一致しているか

## 4　摂食嚥下機能の観察とテスト（主訴がある場合）

### 1　先行期の観察

目の前に出されている食べ物を認識し、熱さ、味、固さなどの予知ができるかどうか観察します。

（認識障害の有無）

一本調子で口に食事を運んだり、頬を膨らませ、むせ込んでいるにもかかわらず、さらに口に運ぶなど。

（感情失禁の有無）

感情の抑制がきかず、ちょっとした声かけで泣き出してしまったり（感情失禁）、部屋全体に響きわたるような笑い方をする（切迫笑い）。

### 2　準備期の観察

食べ物の咀嚼の様子を観察します。

（こぼす、流涎）

食物を前歯や口唇で捕らえずにこぼしてしまう。食事中にこぼしたり、流涎が絶えずある。

（口腔内残留）

一見口を動かしてかみ砕いているようだが、口を開けると食物がそのままの形で舌の上に残っている。または、口腔前庭や歯の外側に付着している。

（麻痺の影響）

脳卒中などにより片麻痺が顔面にも生じている場合は、麻痺側では噛みづらいために片側だけで噛んだり、頬や口唇を噛んでしまう。特に、麻痺側の食渣付着が激しい。

### 3　口腔期の観察

（一向に飲み込まない）

嚥下反射誘発部位の知覚が麻痺しているために、嚥下反射がなかなか起きない。

（むせやすい）

嚥下するつもりはないのに、もぐもぐしている最中に咽頭方向に食物が流れていき、むせを引き起こす

（咀嚼できても飲み込めない）

飲み込んだと思い、口を開けると食塊が舌の上に残っていたり、口蓋に付着している。

4　咽頭期の観察

（飲み込むとむせる）

むせは必ずしも誤嚥しているとは限らない。食事中の頻繁なむせは咽頭期の障害を疑う。

（嚥下後しばらくしてからむせる）

口腔内に食物がなくなると嚥下を終了したように見えるが、実はまだ咽頭蓋谷や梨状窩あたりに食塊が停滞しており、それが咽頭へ侵入したためにしばらくしてからむせが始まる。

（固形食よりも水でむせやすい）

水はさらさらしているので麻痺した器官が処理しづらいためにむせやすくなる。

（濃厚な痰がよく出る）

無意識下で器官へ吸引してしまう不顕性誤嚥や咽頭部の食塊停滞などが痰となる。

5　食道期の観察

（就寝してからむせる）

食後すぐに横になると、蠕動運動が不活発なために食道に停滞していた食塊が逆流し、むせが始まる。

（発熱を定期的に繰り返す）

就寝中に食道内逆流が起こり、それが気管へと逆流し、朝になると発熱をおこしている。

（飲んだものが逆流し嘔吐するときがある）

口腔内になにもなくなったからといって、次々と食物を口に運ぶと、食道に残留しているものが逆流し嘔吐する。

6　その他の観察

体重の減少
食事時間の延長や食事の疲れ
失禁頻度の増加
水分摂取の減少
唾液の分泌過多や口腔内乾燥
食事が進むにつれ、声がかれる
酸味がかった口臭
鼻漏れ声

7　嚥下テスト

（反復唾液嚥下テスト：RSST法）

空嚥下または人口唾液を2ml 噴霧し、最大努力下で 30 秒間嚥下します。3 回以下であれば嚥下障害の疑いがあります。

（テストフードを用いた評価）

テストフードをスプーンに半分程度とり、嚥下の様子を観察します。

むせ有り：嚥下機能不全の疑い

口腔前庭残留：頬、口唇の筋力低下の疑い

口腔底残留：舌機能低下の疑い

口蓋残留：口蓋形態、下の口蓋への押しつけ不全の疑い

舌骨残留：舌による食塊形成不全・送り込み不全の疑い

## 5　診査・診断・治療・訪問診療計画の作成

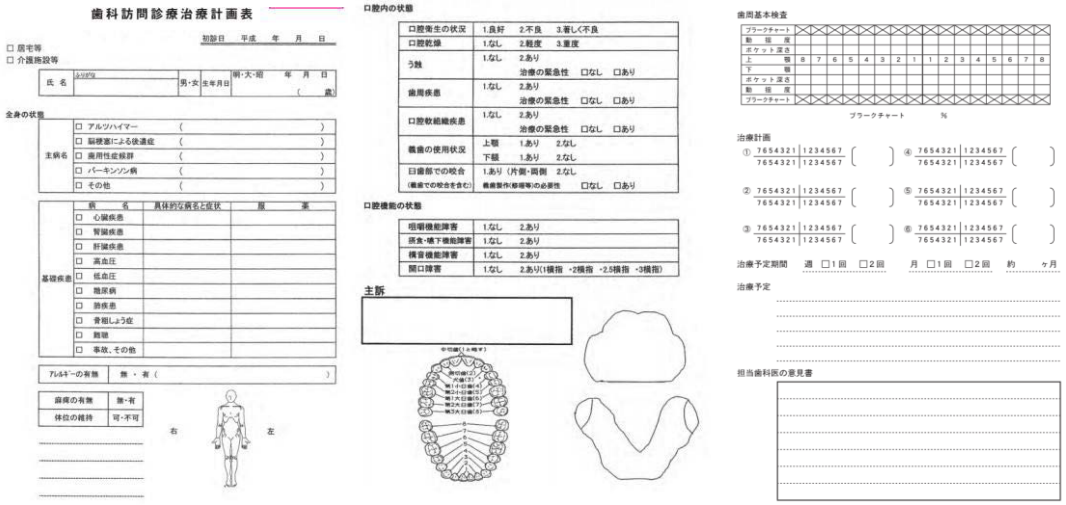
歯科医師が診査・診断を行い、カルテを記載します。

初回時は、主訴を中心に治療を行い、観血的治療は基本的に避けます。

医師により、治療方針の説明が行われ、入所者に承諾を得ます。

初回は、治療より患者や家族とのコミュニケーションをはかり、信頼関係を築きます。

訪問診療が終わったら、診療計画表を作成します。



## 口腔衛生管理体制についての計画

| | |
|---|---|
| 策定日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 作成者 | |
| 助言を行った歯科医師等 | 歯科医療機関 |
| | 歯科医師名 |
| | 連絡先 |
| 助言の要点 | □　入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 |
| | □　口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性 |
| | □　食事状態、食形態等の確認 |
| | □　その他（　　） |
| | □　現在の取組の継続 |
| 実施目標 | □　施設職員によるスクリーニング |
| | □　施設職員に対する研修会の開催 |
| | □　口腔清掃の方法・内容等の見直し |
| | □　歯科専門職によるスクリーニング、管理等 |
| | □　歯科専門職による食事環境、食形態等の確認 |
| | □　その他（　　） |
| | □　現在の取組の継続 |
| 具体的方策<br>（実施時期、実施場所、主担当者など） | |
| 留意事項、特記事項等 | |

## 口腔衛生管理加算　様式（実施計画）

| | |
|---|---|
| 氏名（ふりがな） | |
| 性別 | □ 男　□ 女 |
| 生年月日 | □ 明　□ 大　□ 昭　　年　　月　　日生まれ　　歳 |
| 要介護度・病名等 | |
| かかりつけ歯科医 | □ あり　□ なし |
| 入れ歯の使用 | □ あり　□ なし |
| 食形態等 | □ 経口摂取（□常食　□嚥下調整食（□4　□3　□2-2　□2-1　□1j　□0t　□0j））<br>□ 経腸栄養　□ 静脈栄養 |
| 誤嚥性肺炎の発症・罹患 | □ あり（発症日：令和　　年　　月　　日）　□ なし |
| 同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注） | □ あり（　　）回　　□ なし |

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、６月以内の状況について記載すること。
※医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に３回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

**1　口腔に関する問題点（スクリーニング）**　記入日：令和　　年　　月　　日　記入者：

| | |
|---|---|
| 口腔に関する問題点（該当する項目をチェック） | □ 口腔衛生状態（□ 歯の汚れ　□ 義歯の汚れ　□ 舌苔　□ 口臭）<br>□ 口腔機能の状態（□食べこぼし　□舌の動きが悪い　□むせ　□痰がらみ　□口腔乾燥） |
| | □ 歯数（　　）歯<br>□ 歯の問題（□ う蝕　□ 歯の破折　□ 修復物脱離　□ その他（　　））<br>□ 義歯の問題（□ 不適合　□ 破損　□ その他（　　））<br>□ 歯周病<br>□ 口腔粘膜疾患（潰瘍等） |

**2　口腔衛生の管理内容（アセスメント）**　記入日：令和　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 記入者 | （指示を行った歯科医師名：　　） |
| 実施目標 | □ 歯科疾患（□ 予防　□ 重症化予防）<br>□ 口腔衛生（□ 自立　□ 介護者の口腔清掃の技術向上　□ 専門職の定期的な口腔清掃等）<br>□ 摂食・嚥下機能（□ 維持　□ 改善）<br>□ 食形態（□ 維持　□ 改善）<br>□ 栄養状態（□ 維持　□ 改善）<br>□ 誤嚥性肺炎の予防<br>□ その他（　　） |
| 実施内容 | □ 口腔の清掃　　□ 口腔の清掃に関する指導<br>□ 義歯の清掃　　□ 義歯の清掃に関する指導<br>□ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導<br>□ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導<br>□ その他（　　） |
| 実施頻度 | □ 月４回程度　□ 月２回程度　□ 月１回程度　□ その他（　　） |

**3　歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容**

実施日：令和　　年　　月　　日　記入者：

| | |
|---|---|
| 口腔衛生等の管理 | □ 口腔の清掃　　□ 口腔の清掃に関する指導<br>□ 義歯の清掃　　□ 義歯の清掃に関する指導<br>□ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導<br>□ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導<br>□ その他（　　） |
| 介護職員への技術的助言等の内容 | □ 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施<br>□ 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性<br>□ 食事の状態、食形態等の確認<br>□ 現在の取組の継続<br>□ その他　（　　） |

**4　その他の事項**

| |
|---|
| |

日衛Ｒ３Ｅ―①

## 口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

| | |
|---|---|
| 氏名（ふりがな） | |
| 性別 | □ 男　□ 女 |
| 生年月日 | □ 明治　□ 大正　□ 昭和　　年　　月　　日生まれ　　歳 |
| かかりつけ歯科医 | □ あり　□ なし |
| 入れ歯の使用 | □ あり　□ なし |
| 食形態等 | □ 経口摂取（□常食　□嚥下調整食（□4　□3　□2-2　□2-1　□1j　□0t　□0j））<br>□ 経腸栄養　□ 静脈栄養 |
| 誤嚥性肺炎の発症・罹患 | □ あり（発症日：令和　　年　　月　　日）　□ なし |

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

### 1　スクリーニング、アセスメント、モニタリング

| | | |
|---|---|---|
| | | 令和　　年　　月　　日 |
| | | 記入者： |
| | | □ 看護職員　□ 歯科衛生士　□ 言語聴覚士 |
| 口腔衛生状態 | 口臭 | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | 歯の汚れ | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | 義歯の汚れ | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | 舌苔 | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| 口腔機能の状態 | 食べこぼし | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | 舌の動きが悪い | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | むせ | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | 痰がらみ | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | 口腔乾燥 | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| 特記事項 | | □ 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性<br>□ 音声・言語機能に関する疾患の可能性<br>□ その他（　　） |

### 2　口腔機能改善管理計画

作成日：令和　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 計画立案者 | □ 看護職員　□ 歯科衛生士　□ 言語聴覚士 |
| サービス提供者 | □ 看護職員　□ 歯科衛生士　□ 言語聴覚士 |
| 目標 | □ 口腔衛生（□ 維持　□ 改善（　　））<br>□ 摂食・嚥下機能（□ 維持　□ 改善（　　））<br>□ 食形態（□ 維持　□ 改善（　　））<br>□ 音声・言語機能（□ 維持　□ 改善（　　））<br>□ 誤嚥性肺炎の予防<br>□ その他（　　） |
| 実施内容 | □ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導<br>□ 口腔清掃、口腔清掃に関する指導<br>□ 音声・言語機能に関する指導<br>□ その他（　　） |

### 3　実施記録

| | |
|---|---|
| 実施年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| サービス提供者 | □ 看護職員　□ 歯科衛生士　□ 言語聴覚士 |
| 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 | □ 実施 |
| 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 | □ 実施 |
| 音声・言語機能に関する指導 | □ 実施 |
| その他（　　） | □ 実施 |

### 4　その他特記事項

| |
|---|
| |

日衛R３K－①

# 口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

| | |
|---|---|
| 氏名（ふりがな） | |
| 性別 | □ 男　□ 女 |
| 生年月日 | □ 明治　□ 大正　□ 昭和　　年　　月　　日生まれ　　歳 |
| かかりつけ歯科医 | □ あり　□ なし |
| 入れ歯の使用 | □ あり　□ なし |
| 食形態等 | □ 経口摂取（□常食　□嚥下調整食（□4　□3　□2-2　□2-1　□1j　□0t　□0j））<br>□ 経腸栄養　□ 静脈栄養 |
| 誤嚥性肺炎の発症・罹患 | □ あり（発症日：令和　　年　　月　　日）　□ なし |

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

## 1　スクリーニング、アセスメント、モニタリング

| | | 令和　　年　　月　　日<br>記入者：<br>□ 看護職員　□ 歯科衛生士　□ 言語聴覚士 |
|---|---|---|
| 口腔衛生状態 | 口臭 | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | 歯の汚れ | □ あり　□ なし　□ 分からない　□ 無歯顎 |
| | 義歯の汚れ | □ あり　□ なし　□ 分からない　□ 義歯なし |
| | 舌苔 | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| 口腔機能の状態 | 食べこぼし | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | 舌の動きが悪い | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | むせ | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | 痰がらみ | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | 口腔乾燥 | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| 特記事項 | | □ 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性<br>□ 音声・言語機能に関する疾患の可能性<br>□ その他（　　） |

**●　総合評価**

| |
|---|
| サービス継続の必要性：□ あり（継続）　□ なし（終了）　　計画変更の必要性：□ あり　□ なし |

## 2　口腔機能改善管理計画

作成日：令和　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 計画立案者 | □ 看護職員　□ 歯科衛生士　□ 言語聴覚士 |
| サービス提供者 | □ 看護職員　□ 歯科衛生士　□ 言語聴覚士 |
| 目標 | □ 口腔衛生（□ 維持　□ 改善（　　））<br>□ 摂食・嚥下機能（□ 維持　□ 改善（　　））<br>□ 食形態（□ 維持　□ 改善（　　））<br>□ 音声・言語機能（□ 維持　□ 改善（　　））<br>□ 誤嚥性肺炎の予防<br>□ その他（　　） |
| 実施内容 | □ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導<br>□ 口腔清掃、口腔清掃に関する指導<br>□ 音声・言語機能に関する指導<br>□ その他（　　） |

**その他特記事項**

| |
|---|
| |

## 口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

| | |
|---|---|
| 氏名（ふりがな） | |
| 性別 | □ 男　□ 女 |
| 生年月日 | □ 明治　□ 大正　□ 昭和　　年　　月　　日生まれ　　歳 |

**3　実施記録**

| | |
|---|---|
| 実施年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| サービス提供者 | □ 看護職員　□ 歯科衛生士　□ 言語聴覚士 |
| 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 | □ 実施 |
| 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 | □ 実施 |
| 音声・言語機能に関する指導 | □ 実施 |
| その他（　　） | □ 実施 |
| その他特記事項 | |

**3　実施記録**

| | |
|---|---|
| 実施年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| サービス提供者 | □ 看護職員　□ 歯科衛生士　□ 言語聴覚士 |
| 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 | □ 実施 |
| 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 | □ 実施 |
| 音声・言語機能に関する指導 | □ 実施 |
| その他（　　） | □ 実施 |
| その他特記事項 | |

# 口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

| | |
|---|---|
| 氏名（ふりがな） | |
| 性別 | □ 男　□ 女 |
| 生年月日 | □ 明治　□ 大正　□ 昭和　　年　　月　　日生まれ　　歳 |

**1　スクリーニング、アセスメント、モニタリング**

| | | |
|---|---|---|
| | | 令和　　年　　月　　日 |
| | | 記入者： |
| | | □ 看護職員　□ 歯科衛生士　□ 言語聴覚士 |
| 口腔衛生状態 | 口臭 | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | 歯の汚れ | □ あり　□ なし　□ 分からない　□ 無歯顎 |
| | 義歯の汚れ | □ あり　□ なし　□ 分からない　□ 義歯なし |
| | 舌苔 | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| 口腔機能の状態 | 食べこぼし | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | 舌の動きが悪い | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | むせ | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | 痰がらみ | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| | 口腔乾燥 | □ あり　□ なし　□ 分からない |
| 特記事項 | □ 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性<br>□ 音声・言語機能に関する疾患の可能性<br>□ その他（　　） | |

**3　実施記録**

| 実施年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
|---|---|
| サービス提供者 | □ 看護職員　□ 歯科衛生士　□ 言語聴覚士 |
| 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 | □ 実施 |
| 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 | □ 実施 |
| 音声・言語機能に関する指導 | □ 実施 |
| その他（　　） | □ 実施 |
| その他特記事項 | |

**3　実施記録**

| 実施年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
|---|---|
| サービス提供者 | □ 看護職員　□ 歯科衛生士　□ 言語聴覚士 |
| 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 | □ 実施 |
| 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 | □ 実施 |
| 音声・言語機能に関する指導 | □ 実施 |
| その他（　　） | □ 実施 |
| その他特記事項 | |

# ＜居宅訪問編＞

## 1　訪問まで

### 1　事前情報収集

①歯科的な主訴

主訴やその経過、希望もあわせて聞きます。また、緊急性の有無も確認します。

②状況

訪問先が自宅（駐車場はあるのか）なのか、もしくは病院・施設なのか、距離、現在の身体状況（寝たきりなのか、車椅子・杖歩行等）を確認します。主治医を把握し、場合によっては連絡を取ります。

③通院困難な理由

搬送、付き添いで通院が可能かどうか確認します。

④保険証の確認

医療保険証を確認します。生保の場合、医療券の申請が必要な場合があるので、初回訪問診療の前に社会福祉事務所に連絡し、先に治療を進めてよいか許可を得ます。

⑤介護認定の有無の確認

要介護認定を受けている場合、要介護区分を聞き、ケアマネジャーの連絡先を聞きます。ケアマネジャーと連携し、受けている医療や介護サービスや、薬や生活状況の情報を得ます。

⑥コミュニケーション能力の確認

知的、言語、視聴覚機能などの障害の有無や能力の程度を確認します。

### 2　訪問打合せ

●訪問日の打合せは原則、日常の世話をしている介助者が同席できる日時にします。

●依頼者が保健師やケアマネなどの専門職の場合、同席してもらいます。

●認知症の場合は、トラブルが発生しやすいので家族の方に同席してもらいます。

●保険証・おくすり手帳、福祉医療受給者証などを準備してもらいます。

●うがい用コップ、洗面器、ティッシュペーパー、タオル、歯ブラシなどを用意してもらいます。（いつも使っているものを用意してもらう）

●全身状態が悪くなったり、都合が悪くなったら、訪問日までに連絡してもらうようお願いします。

●緊急時のために、二次三次の医療機関を確保します。

4　器材準備

①バイタルチェック器械

血圧計、体温計、パルスオキシメータ、聴診器など

②照明器具

ペンライト、懐中電灯、ヘッドランプなど

③診査器具

基本セット（ミラー、ピンセット、探針、洗浄筒洗浄針など）

④口腔清掃用具

歯ブラシ、歯間ブラシ、綿棒、舌ブラシ、フロス、糸ようじ、スポンジスティック、手鏡、ガーグルベースン、吸引・吸水器具など

⑤義歯清掃用具

義歯用ブラシ、義歯安定剤、義歯洗浄剤など

⑥衛生材料

滅菌ガーゼ、ペーパータオル、アルコールワッテ、新聞紙、ウエットティッシュ、ビニール袋、ラップ、など

⑦薬剤など

アルコール、消毒液、イソジン、JG、軟膏、人工唾液、リップクリーム、洗口剤など

⑧その他

はさみ、カッター、テープ、テーピング、トレー、スポンジ、ゴムホース、輪ゴム、パンフレットなど

⑨治療用器材

携帯用エンジン、往診用ポータブルユニット、携帯用レントゲンなど

5　訪問時の注意

服装と身なり

衛生面、機能面、患者の状況を優先して考えます。

| | |
|---|---|
| 服装 | 基本的に白衣着用。必要に応じて、ディスポ―ザブルのエプロンを持参する。（疥癬が発生していることもあり得る） |
| 手袋・マスク | 使い捨てのものを準備する。 |
| 香水・香料など | 化学物質過敏症の患者もいるので、香水や香りの強い柔軟剤、整髪料、制汗剤などは使用しない。 |
| カバン・ケース | アルコールで拭けるものを用意し、訪問後は必ずアルコールで拭く。 |
| 消毒・洗浄 | 爪は短く切り、石鹸で手指をよく洗う。手指消毒後はペーパータオルで拭く。うがいをする。 |

## 2　訪問時

### 1　訪問前には必ず電話連絡

訪問日に電話して、訪問時間の確認と、当日の症状・体調等を確かめます。
初回訪問時は特に家族、介護者、ケアマネジャーに同席してもらいましょう。

### 2　診査・診断

全身状態が悪ければ無理をせず治療・処置を延期します。

### 3　治療

初回時の観血的治療は避け、応急的処置を行います。

① 急性症状（特に疼痛）の緩和と安静の確保
② 疾病の進行阻止
③ 決定的治療へのオリエンテーション

初回は治療よりもまずは患者や家族とのコミュニケーションをはかり、信頼関係を築く事が大切です。

### 4　治療方針の説明

今後必要と思われる処置について、患者（または家族）に説明して、承諾を得ます。
介護保険を活用する場合、報告及び承諾書に記入し、署名をもらいます。（ケアマネジャーへ報告）

### 5　治療費の支払い

原則としてその場でいただく。困難な場合は臨機応変に対応します。
（後日家族に来院していただく、次回訪問時にいただく等）
交通費は別途請求できます。

## 3　訪問後

1)訪問診療計画の作成

訪問診療計画を作成し、カルテに記載します。

2)ケアマネジャーへの報告をします。(ケアマネジャーへの情報提供が必須)

①患者の承諾を得ます。

初診時における歯科治療・口腔ケア・口腔リハビリテーションの
必要度に関する報告及び承諾書

歯科の治療と支援の項目

初診日　　年　　月　　日

患者氏名　　様

下記のチェック項目について歯科の治療と支援が必要と認めます。

| | | |
|---|---|---|
| 1；むし歯の治療と予防 | ： | 要　・　不要 |
| 2；歯周炎・歯周病の治療と予防 | ： | 要　・　不要 |
| 3；入れ歯による治療 | ： | 要　・　不要 |
| 4；歯の動揺対策 | ： | 要　・　不要 |
| 5；口臭対策 | ： | 要　・　不要 |
| 6；噛む力の支援 | ： | 要　・　不要 |
| 7；声を出す力の支援 | ： | 要　・　不要 |
| 8；しゃべり方への支援 | ： | 要　・　不要 |
| 9；鼻で息をするための支援 | ： | 要　・　不要 |
| 10；口を開けることの支援 | ： | 要　・　不要 |
| 11；食べ物を口に運ぶための支援 | ： | 要　・　不要 |
| 12；ぶくぶくうがいができるための支援 | ： | 要　・　不要 |
| 13；飲み込む力を良くするための支援 | ： | 要　・　不要 |
| 14；舌の動きを良くするための支援 | ： | 要　・　不要 |
| 15；唇をうまく閉じるための支援 | ： | 要　・　不要 |
| 16；言葉が鼻からもれないための支援 | ： | 要　・　不要 |

**歯科訪問診療では、医療保険と介護保険とを活用します。**

以上、治療内容の承諾を致します。

平成　　年　　月　　日

氏名　　続柄（　　）

②ケアマネージャへFAX等で報告します。

平成　　年　　月　　日

□居宅療養管理指導記録（歯科医師）
□介護予防居宅療養管理指導記録（歯科医師）

様

歯科医院

拝啓　平素は大変お世話になっております。
訪問診療させていただいております　　様の
訪問診療内容のご報告の為の資料の複写を送付させて頂きますので
ご査収の程よろしくお願い致します。

敬具

患者氏名　　様　（男・女）　M・T・S　　年　　月　　日生

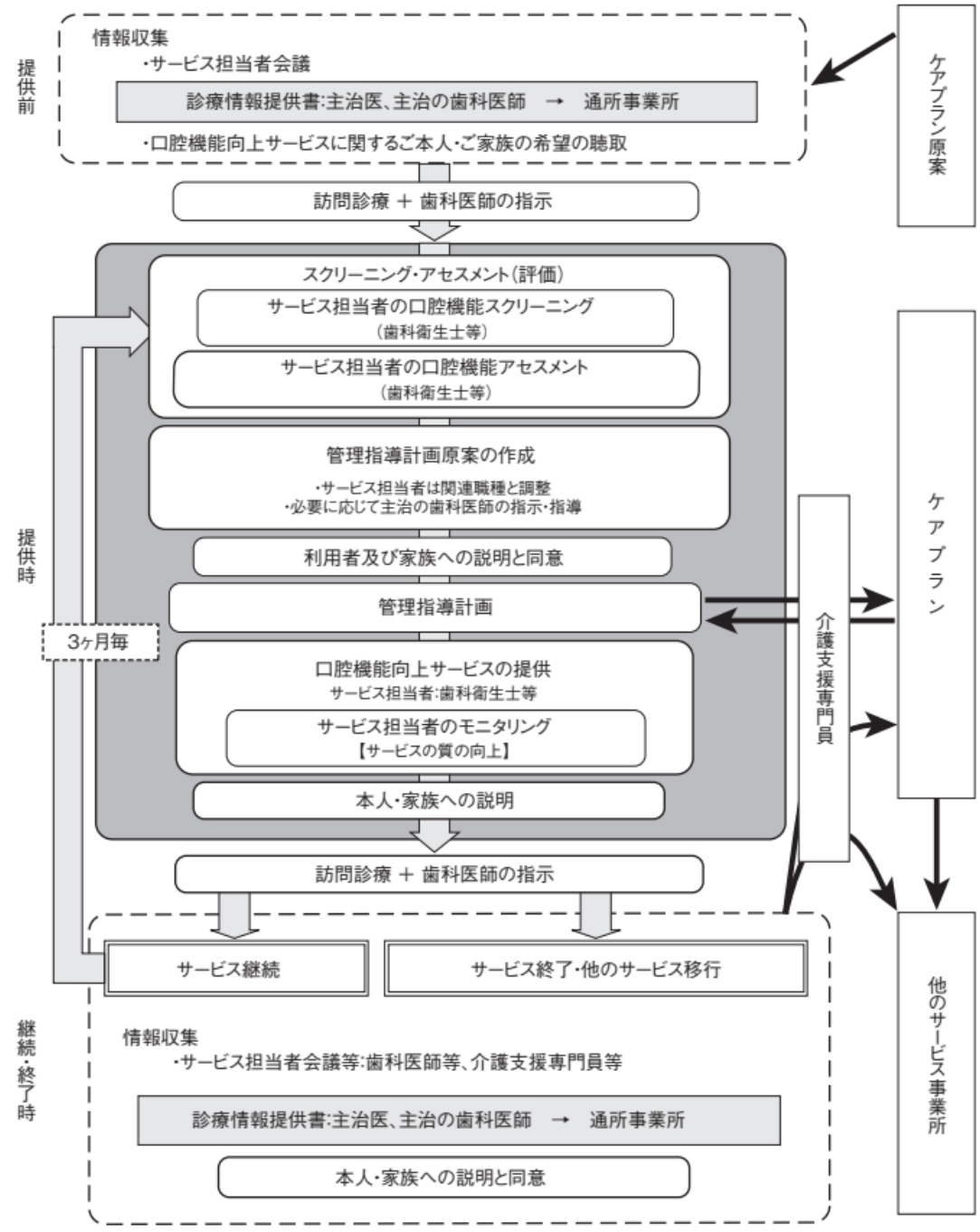
訪問先【居宅等】

| | |
|---|---|
| 管理指導内容<br>又は<br>診療上必要な事項 | 管理指導日　：　平成　　年　　月　　日 |
| 保険医療機関・担当医 | |



# 第２部
# 9章　訪問歯科に係る帳票類とレセプト記載例

図12-2　歯科衛生士等の居宅療養管理指導のフローチャート




全国保険医団体連合会「今日からできる歯科訪問診療の手引き（2021 年追補版）」より

# 1　介護保険の算定等に必要な文書帳票

## ①　居宅療養管理指導費の算定開始に必要な文書例

1-1 居宅療養管理指導運営規程（院内保管）
1-2 居宅療養管理指導契約書[含個人情報使用同意書・重要事項説明書]（利用者交付・院内保管）
1-3※訪問歯科診療（往診）依頼書（介護支援事業所発行：院内保管）
1-4※歯科訪問診療に向けた聴き取り項目リスト（患者・家族、ケアマネ：院内保管）
※制度上必要ではない

1-1 居宅療養管理指導運営規程(院内保管)

# 居宅療養管理指導　○○歯科医院　運営規程

第１条　○○医院が実施する指定居宅療養管理指導の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定める。

(事業の目的)

第２条　要介護状態又は要支援状態にある者（以下「要介護者等」という。）に対し、適切な指定居宅療養管理指導を提供することを目的とする。

(運営の方針)

第３条　○○医院が実施する指定居宅療養管理指導の従業者は、要介護者等が居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、心身の状況や環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、療養生活の質の向上を図ることを目的とする。

２　指定居宅療養管理指導の実施に当っては、居宅介護支援事業者、その他保健・医療・福祉サービスを提供する事業者との綿密な連携に努めるとともに、関係区市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

(事業所の名称等)

第４条　名称及び所在地は、次のとおりとする。

１　名称　○○歯科医院

２　所在地　住所・・・・・・・・・・・・

TEL　○○－○○○○－○○○○

FAX　○○－○○○○－○○○○

(職員の職種、員数及び職務内容)

第５条　指定居宅療養管理指導の従業者の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

１　歯科医師　　○人以上

歯科医師は、居宅を訪問し、医学的観点から、居宅介護サービス計画の作成等に必要な情報提供及び介護方法についての指導・助言、利用者家族に対する療養上必要な事項の指導・助言を行う。

２　歯科衛生士　　○人以上

歯科衛生士は、医師、歯科医師の指示に基づき居宅を訪問し、利用者の口腔機能の維持回復が図れるよう指示・援助を行う。

(営業日及び営業時間)

第６条　事業者の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

１　月曜日から金曜日　○：△△～○：△△

２　土曜日　　○：△△～○：△△

日曜日、祝日及び１２月２９日～１月３日を除く。

(事業の内容)

第７条　指定居宅療養管理指導の内容は次のとおりとする。

１　要介護者または家族からの介護全般に関する相談等に応じる。

２　居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）に対し、居宅サービス計画の作成等に必要な情報を提供する。

３　要介護者または家族に対し、居宅サービス利用上の留意事項や介護方法の指導・助言を行う。

４　その他療養生活向上のための指導・助言を行う。

（利用料等）
第８条　指定居宅療養管理指導を提供した場合の利用料は、次のとおりとする。
1　指定居宅療養管理指導を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める額とし、指定居宅療養管理指導が法定代理受領サービスであるときは、その額の１割又は２割とする。
2　居宅療養管理指導に要した交通費等については、実費を徴収する。
3　前項の費用の支払いを受ける場合は、利用者または家族に対して事前に説明し、支払いを受けるものとする。
（通常の事業の実施地域）
第９条　通常の事業の実施地域は、〇〇区、××区、△市とする。
ただし、△市はＸＸ町、〇〇町のみとする。
（苦情処理）
第１０条　居宅療養管理指導等に関わる苦情が生じた場合は、迅速かつ適切に対応するために受け付け窓口を設置し、苦情内容の記録など必要な措置を講じる。
利用者または家族に対して苦情に対する措置の概要について重要事項に記載、説明し事業所内に掲示する。
（事故処理）
第１１条　居宅療養管理指導の提供により事故が発生した場合は、市町村、家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に対して連絡を行い、記録等必要な措置を講じる。
賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行う。
（その他運営に関する重要事項）
第１２条
1　従業者の資質向上を図るため研修の機会を設け、業務体制を整備する。
（1）採用時研修　採用後１ヶ月以内
（2）継続研修　年〇回
2　従業者は業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持する。
3　従業者であった者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。
4　この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は〇〇医院が定めるものとする。

付則　この規程は平成△△年〇月◇日施行する。

1-2 居宅療養管理指導契約書[含個人情報使用同意書・重要事項説明書](利用者交付・院内保管)

# 居宅療養管理指導契約書
# 個人情報使用同意書

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

歯科診療所名：

月　　日現在

# 居宅療養管理指導契約書

様（以下、「利用者」といいます）と事業者　　（以下、「当医院」といいます）は、当医院が利用者に対して、居宅療養管理指導について次のとおり契約します。

第 1 条（サービスの目的及び内容）

1　当医院は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、次のサービスを提供します。

2　サービス内容の詳細は、【別紙 1】重要事項説明書に記載のとおりとします。

第 2 条（契約の有効期間）

1　この契約の有効期間は、平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日までの利用者の要介護認定期間または要支援認定期間満期日とします。

2　有効期間満了日の 7 日前までに、利用者から契約更新を行わない旨の意思表示がない場合には、当医院が利用者に対し契約更新の意思を確認し、契約は自動更新されるものとします。

3　利用者が有効期間満期日までに更新を行わない旨の意思表示をしない場合には、本契約は同じ条件で更新されるものとし、以降も同様とします。この場合において、本契約の有効期間は要介護・要支援更新認定有効期間を限度とします。

第 3 条（個別サービス計画）

1　当医院は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、個別サービスに従って計画的にサービスを提供します。報告書はケアマネ及び保健師に交付します。

2　当医院は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望し、その変更が居宅サービス計画（ケアプラン）の範囲内で可能な場合には、速やかに計画の変更等の対応を行います。

3　当医院は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合には、速やかに居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）への連絡調整等の援助を行います。

第 4 条（サービス提供の記録）
1　当医院は、サービスを提供したときは、あらかじめ定めた書面に、提供したサービス内容等の必要事項を記入します。

2　当医院は、第 1 項の記録書の書面を作成した後 5 年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

第 5 条（利用者負担金及びその滞納）
1　サービスに対する利用者負担金は、【別紙 1】重要事項説明書に記載するとおりとします。ただし、契約の有効期間中、介護保険法等の関係法令の改正により利用者負担金の改定が必要となった場合には、説明のうえ改定後の金額を適用するものとします。

2　利用者が正当な理由なく当医院に支払うべき利用者負担金を３ヵ月分以上滞納した場合には、当医院は１ヵ月以上の相当な時期を定めてその支払いを催告し、期間満了までに支払わないときに限り、文章により契約を解除することができます。

3　当医院は、前項の催告をした後、契約を解除するまでの間に、居宅サービス計画を作成した居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）と協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとします。

第 6 条（利用者による解約）
　利用者は 1 週間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解約することができます。

第 7 条（当医院の解除）
　当医院は、利用者の著しい不信行為によりこの契約を持続することが困難となった場合には、その理由を記載した文章を交付することにより、この契約を解除することができます。この場合には、当医院は居宅サービス計画を作成した居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）にその旨を連絡します。

第８条（契約の終了）
　利用者が介護老人保健施設等に入所し、又は要介護認定・要支援認定が受けられなかったこと等により、相当期間以上にわたり、この契約が目的とするサービスが提供できなくなった場合には、この契約は終了するものとします。この場合には、当医院は速やかに利用者及び居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）にその旨を通知します。

第９条（事故時の対応等）

1　当医院は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、家族への連絡その他、適切な措置を迅速に行います。

2　当医院は、前項の状況及びそれに伴う処置について記録します。

3　当医院は、サービス提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、当医院の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

第 10 条（秘密保持）

1　当医院は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約期間及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

2　当医院は、文章により利用者又はその家族の同意を得た場合には、居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

第 11 条（苦情対応）

1　利用者は、提供されたサービスに関して苦情がある場合には、事業者、居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）の居宅介護支援専門員、各区役所又は地域国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し出ることができます。

2　当医院は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにし、苦情の申し出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。

3　当医院は、利用者が苦情申し出等を行ったことを理由として不利益な取扱いをすることはありません。

第 12 条（契約外事項等）

　この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については関係法令の趣旨を尊重して、利用者と当医院の協議により定めます。

# 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施される下記居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）のサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合

2 使用する事業者の範囲（居宅サービス計画に定められた事業者）

| 区分（支援・サービス） | 所在地 | 事業者名 |
|---|---|---|
| 居宅介護（歯科） | | |

3 使用する期間

居宅療養管理指導契約書 第2条（契約の有効期間）に準ずる。

4 条 件

（1） 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

（2）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

年　月　日

居宅サービス事業者
（居宅介護支援事業者）　　様

【別紙 1】

年　　月　　日現在

# 重要事項説明書

1　法人・事業所・医院の概要

| | |
|---|---|
| 歯科医院名 | |
| 所　在　地 | 〒 |
| 介護保険事業者番号 | |
| 管　理　者 | |
| 連　絡　先 | 電話　　FAX |

2　医院の職員体制

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 診療所管理者 | 名（歯科医師兼務） | | | | |
| 歯科医師 | 名 | 常　勤 | | 非常勤 | 名 |
| 歯科衛生士 | 名 | 常　勤 | 名 | 非常勤 | 名 |
| 歯科助手・受付・他 | 名 | 常　勤 | | 非常勤 | 名 |

（運営基準を満たした上で、職員数が増減することがあります）

3　通常のサービスの提供日と時間

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 平日 | 午前　：　～　午後　： | | 土曜 | 午前　：　～　午後　： | |

・ 休診日：　曜日 ・　曜日 ・ 祝　日

・ 利用者の身体状況や介護状況に応じて適宜対応をいたしております。

※地震、災害等で交通機関が停止した場合や、道路が使用できない状態等の時、台風や荒天時等、又は訪問担当者の緊急やむを得ない事情で、訪問できない場合もあります。

※訪問日が祝日に当たる場合は、歯科医師等の人員の関係で、事前に連絡・調整のうえ祝日前後に振り替えて訪問させて頂く場合がありますので、ご理解をお願い致します。

4　サービス利用料及び利用者負担金

（1）介護保険のサービスで利用者から頂く利用者負担金はおよそ次のとおりです。
（1ヵ月ごとの計算では、1 円未満の端数で一致しない場合があります）
介護保険の利用者負担金（1割）は次項の金額です。（1 円未満切捨て）

介護報酬

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 歯科医師 | 居宅療養管理指導料（単数） | | 同 指導料（複数） | |
| 月 2 回限度 | 同一建物居住者以外 | 単位 | 同一建物居住者 | 単位 |
| 歯科衛生士 | 居宅療養管理指導料 | 単位 | 同一建物居住者以外（単数） | |
| | 居宅療養管理指導料 | 単位 | 同一建物居住者　（複数） | |

（2）サービス提供地域外（保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が１６キロメートルを超えた場合）の場合、これらのサービスを提供することはできません。なお、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合はこの限りではありません。

（3）歯科訪問診療に要した交通費は、実費をいただきます。

（4）利用者負担金は、サービスを行った日に頂くこととさせていただきます。

5　サービスの中止（キャンセル）

（1）利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかに下記の連絡先にご連絡下さい。

・連 絡 先　　電話番号　　歯科医院

・連絡時間　　午前　　：　　～　　午後　　：　　（平日）

（2）利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけ早くご連絡下さい。

6　当歯科医院の理念（サービスの方針）

1　地域の皆様が安心し、安全に暮らせ、高い自己実現に向かって生活できる環境をつくります。

2　利用者及び家族の主体性や価値観を常に重んじます。

3　質の高いサービスの責任を持って提供し、利用者及び家族が満足し信頼を得るよう努めます。

7　相談窓口及び苦情対応

○サービスに関する相談や苦情は、下記の窓口で対応いたします。

| | |
|---|---|
| 診療所名　　歯科医院 | 電　話 |
| 管理者　　歯科医師名 | ＦＡＸ |

対応時間は午前　　時　～　午後　　時です。

○住所地の各区役所（サービス課介護保険担当）においても、苦情の申し出等ができます。

○　　国民健康保険団体連合会（国保連）にも苦情の申し出ができます。

住 所　〒

電 話

8　事故時の対応等

1　当医院は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、家族への連絡その他、適切な措置を迅速に行います。

2　当医院は、前項の状況及びそれに伴う処置について記録します。

3　当医院は、サービス提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、当医院の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

【説明確認欄】

居宅療療養管理指導サービスの提供に当たり、上記のとおり説明いたしました。

年　月　日

（事業者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、契約書および本書式により、上記記載説明者より、重要事項の説明を受けました。

（利 用 者）　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（家族代筆人）　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

立 会 人　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

1-3 訪問歯科診療(往診)依頼書(介護支援事業所発行:院内保管)

# 訪問歯科診療（往診）依頼書

事業所名　：　　年　月　日

担当者名　：

（ケアマネジャー名）

電　話　：

ＦＡＸ　：

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 往診依頼者　（　家族　・　社協　・　施設　・　病院　・　その他　） | | | | |
| （よみがな） | | 年　齢 | 才 | 男　・　女 |
| 患者氏名 | | 生年月日 | | |
| 住所 | | | | |
| 電話番号 | | ＦＡＸ | | |
| 主訴 | | | | |
| 口腔内状況 | | | | |
| 全身状態 | | 介護度 | | |
| 疾患名（主病名） | | | | |
| 投薬内容（抗凝固剤の有無） | | | | |
| 感染症疾患の有無（肝炎・血友病等） | | | | |
| 他科主治医・病院名 | | | | |
| 他科からの往診実績の有無 | | | | |
| 過去に通院していた歯科医院（家族の主治医） | | | | |
| その他 | | | | |

連絡先　：

1-4 歯科訪問診療に向けた聴き取り項目リスト(患者・家族、ケアマネ:院内保管)

# 歯科訪問診療に向けた聞き取り項目リスト

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>申込者氏名 | | 患者との続柄 | |
| ふりがな<br>患者氏名 | | | |
| 患者住所 | 自宅　　TEL | | |
| 施設名 | (病院・施設)　　TEL<br>(施設区分:　　) | | |
| 歯科的主訴 | 1．歯が痛い　2．歯が動く　3．歯ぐきが腫れた<br>4．歯ぐきから血が出る　5．入れ歯を入れたい　6．入れ歯が合わない<br>7．むし歯の治療希望　8．その他(　　) | | |
| 現在の身体状況 | 寝たきり・車いす・つえ歩行・長時間の歩行不可・自立歩行 | | |
| 訪問先 | 在宅・病院・施設・その他(　　) | 駐車場(有・無) | |
| 現在の全身の状態<br>(現病歴) | | | |
| 保険の種類 | 国保・社保・後期高齢者・生保 | 身障者手帳　有(　種　級)・無 | |
| 要介護度 | 自立・要支援(　　)・要介護(　　) | | |
| ケアマネージャー | (事業所名　　TEL　　)<br>(FAX　　) | | |
| 主治医 | (病院名　　TEL　　) | | |

## ② 歯科医師居宅療養管理指導費の算定に必要な文書例

2-1 居宅療養管理指導計画書（歯科医師作成義務。利用者交付は努力義務）
2-2 指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（ケアマネへの情報提供義務）
2-3※歯科診療情報提供書（歯科医師作成：医師、家族、ケアマネ等交付）
2-4※訪問治療計画書（歯科医師作成：ケアマネ交付）
※制度上必要ではない

2-1 居宅療養管理指導計画書(歯科医師作成義務。利用者交付は努力義務)

# 管理指導計画書
(居宅療養管理指導)

年　月　日

様

医療機関名

所在地

電話番号　　FAX番号

歯科医師氏名

基本情報

| | | | |
|---|---|---|---|
| 利用者氏名 | | 男・女 | 〒<br>連絡先 |
| | 生（　　歳） | | |

利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的

(2) 病状、経過等
□口腔衛生状態不良
□う蝕等
□歯周病
□口腔粘膜疾患（潰瘍等）
□義歯の問題（　□義歯新製が必要な欠損　□義歯破損・不適合等　）
□摂食・嚥下機能の低下
□口腔乾燥
□その他（　　）
□配慮すべき基礎疾患（　　）

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療
□う蝕治療　□冠・ブリッジ治療　□義歯の新製や修理等
□歯周病の治療　□口腔機能の維持・向上　□その他（　　）

(2) 利用すべきサービス
□居宅療養管理指導（　□歯科医師　□歯科衛生士　）　□その他（　　）

(3) その他留意点
□摂食・嚥下機能　□誤嚥性肺炎　□低栄養　□その他（　　）

(4) 連携すべきサービス
□特になし　□あり（　　）
→必要な支援（　　）

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題　□特になし　□あり
（　　）
→ 必要な支援（　　）

(3) 特記事項

2-2 指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書(ケアマネへの情報提供義務)

## 都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

年　月　日

様

医療機関名

所在地

電話番号　　FAX番号

歯科医師氏名

基本情報

| | | | |
|---|---|---|---|
| 利用者氏名 | | 男・女 | 〒<br>連絡先 |
| | 生（　　歳） | | |

利用者の病状、経過等

（1）情報提供の目的

（2）病状、経過等
□口腔衛生状態不良
□う蝕等
□歯周病
□口腔粘膜疾患（潰瘍等）
□義歯の問題（　□義歯新製が必要な欠損　□義歯破損・不適合等　）
□摂食・嚥下機能の低下
□口腔乾燥
□その他（　　）
□配慮すべき基礎疾患（　　）

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

（1）必要な歯科治療
□う蝕治療　□冠・ブリッジ治療　□義歯の新製や修理等
□歯周病の治療　□口腔機能の維持・向上　□その他（　　）

（2）利用すべきサービス
□居宅療養管理指導（　□歯科医師　□歯科衛生士　）　□その他（　　）

（3）その他留意点
□摂食・嚥下機能　□誤嚥性肺炎　□低栄養　□その他（　　）

（4）連携すべきサービス
□特になし　□あり（　　）
→必要な支援（　　）

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

（1）利用者の日常生活上の留意事項

（2）社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題　□特になし　□あり
（　　）
→ 必要な支援（　　）

（3）特記事項

2-3 歯科診療情報提供書（歯科医師作成：医師、家族、ケアマネ等交付）

## 歯科診療情報提供書

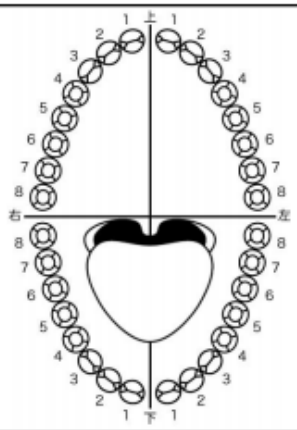
宛先

患者様名

様

住所：

TEL：　　生年月日：　　性別：

| 訪問日 | ／次回の訪問予定　　頃 |
|---|---|
| 主訴 | |
| 口腔内状況 | 健全歯：／<br>虫歯C１：C1<br>虫歯C２：C2<br>虫歯C３：C3<br>残根：C4<br>入れ歯：PD<br>入れ歯：FD<br>処置歯：○<br>欠損歯：△<br>ブリッジ：Br<br><br>［状況報告］<br>虫歯　有・無（　）本<br>歯周病　軽度・中度・重度・無（　）本<br>入れ歯の不具合　有・無<br>口腔ケアの必要性　有・無<br>その他 |
| 診療内容 | |
| 備考 | |

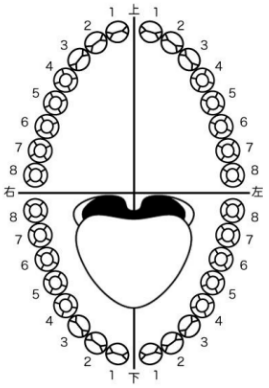
2-4 訪問治療計画書(歯科医師作成:ケアマネ交付)

## 訪問治療計画書

年　月　日

患者氏名：　　様　（男・女）　M・T・S　年　月　日生

訪問先：　　（施設名：　　）

| | |
|---|---|
| 基礎疾患・病状・経過・特記事項(感染症含)： | 服薬：□無　□有 |
| 介護認定：□無　□有<br>（要支援：　　）（要介護：　　） | 食事形態：□普通食　□介護食　□非経口<br>日常生活動作：□自立　□一部介助　□全介助 |
| 口腔内の状態<br>健全歯:／<br>虫歯C1:C1<br>虫歯C2:C2<br>虫歯C3:C3<br>残根:C4<br>入れ歯:PD<br>入れ歯:FD<br>処置歯:○<br>欠損歯:△<br>ブリッジ:Br<br><br> | 訪問治療計画<br>病名：<br>治療計画： |
| | 保険医療機関名<br>住所・電話番号<br>担当歯科医師名　　印 |

## ③ 歯科衛生士居宅療養管理指導費の算定に必要な文書

### 3-1 居宅療養管理指導計画書(歯科医師作成義務。利用者交付は義務)

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

1 基本情報

| | | | |
|---|---|---|---|
| 利用者氏名 | | 年　月　日生<br>(　　歳) | 男<br>・<br>女 |
| 食形態 | □経口摂取( □常食 □嚥下調整食( □4 □3 □2－2 □2－1 □1j □0t □0j))<br>□経腸栄養　□静脈栄養 | | |
| 誤嚥性肺炎の発症・罹患 | □あり　(発症日：　　年　月　日　)　□なし | | |

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6ヶ月以内の状況について記載すること。

2 スクリーニング、アセスメント

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記入者・記入年月日 | (氏名) | | 年　月　日 |
| 口腔衛生状態 | 口臭 | □あり　□なし　□分からない | |
| | 歯の汚れ | □あり　□なし　□分からない | |
| | 義歯の汚れ | □あり　□なし　□分からない | |
| | 舌苔 | □あり　□なし　□分からない | |
| 口腔機能の状態 | 食べこぼし | □あり　□なし　□分からない | |
| | 舌の動きが悪い | □あり　□なし　□分からない | |
| | むせ | □あり　□なし　□分からない | |
| | 痰がらみ | □あり　□なし　□分からない | |
| | 口腔乾燥 | □あり　□なし　□分からない | |
| (以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施) | | | |
| 歯科疾患等 | 歯数 | (　　)歯 | |
| | 歯の問題(う蝕、破折、脱離等) | □あり　□なし　□分からない | |
| | 歯周病 | □あり　□なし　□分からない | |
| | 粘膜の問題(潰瘍等) | □あり　□なし　□分からない | |
| | 義歯の問題(不適合、破折) | □あり　□なし　□分からない | |
| 特記事項 | | | |

3 居宅療養管理指導計画　　利用者家族に説明を行った日　　年　月　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 初回作成日 | 年　月　日 | 作成(変更)日 | 年　月　日 |
| 記入者 | 歯科医師： | 歯科衛生士： | |
| 目標 | □歯科疾患(　□重症化予防　□歯科治療　)<br>□口腔衛生(　□自立　□介護者の口腔清掃技術の向上　□専門職の定期的な口腔清掃等)<br>□摂食・嚥下機能(　□維持　□改善　) | □食形態(　□維持　□改善　)<br>□栄養状態(　□維持　□改善　)<br>□誤嚥性肺炎の予防<br>□その他(　　) | |
| 実施内容 | □口腔の清掃<br>□口腔の清掃に関する指導<br>□義歯の清掃<br>□義歯の清掃に関する指導 | □摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導<br>□誤嚥性肺炎の予防に関する指導<br>□その他(　　) | |
| 訪問頻度 | □月4回程度　□月2回程度　□月1回程度　□その他(　　) | | |
| 関連職種との連携 | | | |

4 実施記録

| | | | |
|---|---|---|---|
| 訪問日 | 年　月　日　　時　分 ～　時　分 | 実施者 | |
| 訪問先 | □自宅 □認知症グループホーム □特定施設 (有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム) | | |
| 歯科医師の同行の有無 | □無し　□有り　　年　月　日　　時　分 ～　時　分 | | |
| 実地指導の要点 | □口腔の清掃<br>□口腔の清掃に関する指導<br>□義歯の清掃<br>□義歯の清掃に関する指導 | □摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導<br>□誤嚥性肺炎の予防に関する指導<br>□その他(　　) | |
| 解決すべき課題 | | | |
| 特記事項 | □実地指導に係る情報提供・指導(　　)<br>□管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示(　　) | | |

# 2　医療保険の算定等に必要な文書帳票

## ①　歯科医師が発行するもの

4-1 歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書[歯在管]（歯科医師作成：本人・家族交付）
4-2 診療情報提供書
4-3 診療情報提供依頼書

## 4-1 歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書[歯在管]（歯科医師作成：本人・家族交付）

### 歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書

年　月　日

| 患者氏名 | （フリガナ） | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日　（　歳） |
|---|---|---|---|---|

【全身の状態】

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 基礎疾患 | 1.なし　2.あり　（疾患名：　） |
| 2 | 服　薬 | 1.なし　2.あり　（薬剤名：　） |
| 3 | 肺炎の既往 | 1.なし　2.あり　3.繰り返しあり |
| 4 | 低栄養リスク（体重の変化等） | 1.なし　2.あり　3.不明 |

【口腔内の状態】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 口腔衛生の状況 | 1.良好　2.不良　3.著しく不良 | 特記事項があれば記載 |
| 2 | 口腔乾燥 | 1.なし　2.軽度　3.重度 | |
| 3 | う　蝕(むし歯) | 1.なし　2.あり　治療の緊急性 □なし　□あり | |
| 4 | 歯周疾患 | 1.なし　2.あり　治療の緊急性 □なし　□あり | |
| 5 | 口腔軟組織疾患 | 1.なし　2.あり　治療の緊急性 □なし　□あり | |
| 6 | 義歯(入れ歯)の使用状況 | 上　顎　1.総義歯　2.部分床義歯　3.義歯なし<br>義歯製作・修理・調整等の必要性 □なし　□あり<br>下　顎　1.総義歯　2.部分床義歯　3.義歯なし<br>義歯製作・修理・調整等の必要性 □なし　□あり | |
| 7 | 咬合接触（臼歯部）（義歯での咬合を含む） | 1.あり（片側・両側）　2.なし | |

【口腔機能等】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 口腔咽頭機能 | 舌の運動 | 1.良好　2.やや不良　3.不良 |
| | | 頬、口唇の動き | 1.良好　2.やや不良　3.不良 |
| | | 開口量 | 1.3横指　2.2横指　3.1横指以下 |
| | | 軟口蓋の動き(/ア/発声時) | 1.良好　2.やや不良　3.不良 |
| 2 | 咀嚼運動 | 1.通常の咀嚼が可能　2.下顎および舌の上下運動<br>3.下顎の上下運動のみ　4.ほとんど下顎の動きがない | |
| 3 | 構音機能 | 発音の状況 | 1.明瞭　2.不明瞭な音あり　3.不明瞭 |
| 4 | 頸部可動性 | 頸部可動域 | 1.制限なし　2.少し動く　3.不動 |
| 5 | 食事摂取状況 | 座位保持 | 1.良好　2.やや不良　3.不良 |
| | | むせ | 1.なし　2.液体で時々あり　3.頻繁にあり |
| | | 経管栄養 | 1.なし　2.あり　a)胃ろう　b)経鼻　3.その他<br>└1)一部経口摂取あり　2)経口摂取なし |
| | | 水分 | 1.トロミなし　2.トロミあり　3.禁 |
| | | 食形態 | 1.常食　2.常食(一口大)　3.軟菜食(ソフト食)　4.刻み食<br>5.嚥下調整食（　）　6.その他（　） |

【口腔清掃状況等】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 口腔清掃の状況 | 1.自立　2.一部介助　3.全介助 | |
| 2 | うがいの状況 | 口腔内での水分の保持 | 1.可能　2.困難　3.不可能→むせ<br>4.飲んでしまう　5.口から出る |
| | | 含嗽(ブクブクうがい) | 1.可能　2.困難　3.不可能→むせ<br>4.飲んでしまう　5.口から出る |

【管理方針等】

| | |
|---|---|
| | |
| 医療機関名<br>住　所<br>電話 / FAX<br>担当歯科医師 | |

4-2 診療情報提供書

# 診療情報提供書

年　月　日

| | |
|---|---|
| 患者氏名 | 性別 |
| 患者住所 | |
| 電話番号 | |
| 生年月日 | |

【歯科疾病名／既往歴】

【紹介目的】

【症状経過及び検査結果】

【治療経過】

【現状の処方】

【備考】

紹介元医療機関の住所及び名称

住　所
医院名
医師名　　印
電　話
ＦＡＸ

4-3 診療情報提供依頼書

# 診療情報提供依頼書

年　月　日

| | |
|---|---|
| 患者氏名 | 性別 |
| 患者住所 | |
| 電話番号 | |
| 生年月日 | |

【歯科疾病名／既往歴】

【紹介目的】

【症状経過及び検査結果】

【治療経過】

【現状の処方】

【備考】

紹介元医療機関の住所及び名称

住　所
医院名
医師名　　印
電　話
ＦＡＸ

## ② 歯科衛生士・歯科医師が発行するもの

5-1 訪問歯科衛生指導説明書（本人・家族交付）
5-2 口腔衛生管理加算実施計画・実地録（施設等訪問先に交付）
5-3 経口移行・経口維持計画（本人・家族・ケアマネ交付）
5-4 食事に関しての問題点および対策・食事指導（本人・家族・ケアマネ交付）
5-5 口腔機能低下症口腔機能精密検査記録用紙（院内保管）
5-6 口腔機能低下症管理指導記録簿（院内保管）
5-7 口腔機能向上サービスに関する評価票（院内保管）
5-8 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録（院内保管）

5-1 訪問歯科衛生指導説明書(本人･家族交付)

訪問歯科衛生指導

# 訪問歯科衛生指導説明書

様　　年　月　日

訪問先　　□居宅　□施設　(　　)

## 口腔の状況

| | | | |
|---|---|---|---|
| 歯垢 | □有　□無 | 口腔乾燥 | □有　□無 |
| 歯石 | □有　□無 | 口臭 | □有　□無 |
| 食物残渣 | □有　□無 | 義歯清掃状態 | □良　□要改善 |
| 舌苔 | □有　□無 | 義歯装着状態 | □良　□要改善 |
| 口腔内出血 | □有　□無 | 義歯保管状態 | □良　□要改善 |
| びらん・潰瘍 | □有　□無 | その他 | |

## 口腔の清掃について

□口腔清掃の重要性
□含嗽、ブラッシング、歯肉マッサージの励行
□ブラッシング方法 (フォーンズ　スクラッビング　バス　ツマヨウジ)
□使用器具 (ブラシ　スポンジブラシ　舌ブラシ　電動ブラシ)
□唾液腺のマッサージ、舌・顔面体操、摂食・嚥下等の指導

## 有床義歯の清掃指導について

□義歯の清掃 (クラスプ　床粘膜面　床後縁　人工歯)
□鉤歯、残存歯、歯肉のブラッシング
□義歯の着脱指導・着脱介護指導
□就寝時の扱い方　清掃後に、(水中　洗浄剤中) で　保管・装着

## 注意事項(食生活の改善等)

| | |
|---|---|
| 歯科衛生士 | 時間(　　～　　) |

| | |
|---|---|
| 保険医療機関名<br>所在地・電話番号<br>担当歯科医 | |

5-2 口腔衛生管理加算実施計画･実地録(施設等訪問先に交付)

## 口腔衛生管理加算 実施計画・実地録

※前月より（ □変更なし　□変更あり ）※変更があった場合は変更箇所を記入

| | |
|---|---|
| 氏名（フリガナ） | 性別　（ □男・□女 ） |
| 生年月日 | □明 □大 □昭　　年　月　日生まれ　　歳 |
| 要介護度・病名等 | 病名（　　） |
| かかりつけ歯科医 | □あり　□なし　　義歯の使用　□あり　□なし |
| 食形態等 | □経口摂取( □常食 □嚥下調整食( □4 □3 □2－2 □2－1 □1j □0t □0j))<br>□経腸栄養　□静脈栄養 |
| 誤嚥性肺炎の発症・罹患 | □あり （発症日：　　年　月　日　） □なし |
| 同一月内の訪問歯科衛生指導(医療保険)の実施の有無(注) | □あり （　　）回　□なし |

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、６月以内の状況について記載すること。
※医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に３回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1　口腔に関する問題点（スクリーニング）　※前月より（ □変更なし　□変更あり ）※変更があった場合は変更箇所を記入

記入日：　　年　月　日　（記入者：　　）

| | |
|---|---|
| 口腔に関する問題点<br>(該当する項目をチェック) | □口腔衛生状態（　□歯の汚れ　□義歯の汚れ　□舌苔　□口臭　□食渣　）<br>□その他（　　）<br>□口腔機能の状態（　□食べこぼし　□舌の動きが悪い　□むせ　□痰がらみ　□口腔乾燥　）<br>□その他（　　） |
| | □歯数（　　）歯<br>□歯の問題（　□う蝕　□歯の破折　□修復物脱離　□その他（　　））<br>□義歯の問題（　□不適合　□破損　□その他（　　））<br>□歯周病　□口腔粘膜疾患（潰瘍等） |

2　口腔衛生の管理内容（アセスメント）

記入日：　　年　月　日

| | |
|---|---|
| 記入者 | （指示を行った歯科医師名：　　） |
| 実施目標 | □歯科疾患（　□予防　□重症化予防　）<br>□口腔衛生（　□自立　□介護者の口腔清掃の技術向上　□専門職の定期的な口腔清掃等　）<br>□摂食・嚥下機能（　□維持　□改善　）　□食形態（　□維持　□改善　）<br>□栄養状態（　□維持　□改善　）　□誤嚥性肺炎の予防<br>□その他（　　） |
| 実施内容 | □口腔の清掃　□口腔の清掃に関する指導　□義歯の清掃　□義歯の清掃に関する指導<br>□摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導　□誤嚥性肺炎の予防に関する指導<br>□その他（　　） |
| 実施頻度 | □月４回程度　□月２回程度　□月１回程度　□その他（　　） |

3　歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日：　　年　月　日　（記入者：　　）

| | |
|---|---|
| 口腔衛生等の管理 | □口腔の清掃　□口腔の清掃に関する指導　□義歯の清掃　□義歯の清掃に関する指導<br>□摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導　□誤嚥性肺炎の予防に関する指導<br>□その他（　　） |
| 介護職員への技術的助言等の内容 | □入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施　□口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性<br>□食事の状態、食形態等の確認　□現在の取組の継続<br>□その他（　　） |

実施日：　　年　月　日　（記入者：　　）

| | |
|---|---|
| 口腔衛生等の管理 | □口腔の清掃　□口腔の清掃に関する指導　□義歯の清掃　□義歯の清掃に関する指導<br>□摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導　□誤嚥性肺炎の予防に関する指導<br>□その他（　　） |
| 介護職員への技術的助言等の内容 | □入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施　□口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性<br>□食事の状態、食形態等の確認　□現在の取組の継続<br>□その他（　　） |

4　その他の事項（介護職員からの質問・相談等）※必要に応じて記載

| |
|---|
| 質問・相談内容： |
| 回答・対応内容： |

## 5-3 経口移行・経口維持計画（本人・家族・ケアマネ交付）

### 経口移行・経口維持計画

| 氏名 | 性別<br>□男　□女 | 生年月日 | 経口摂取の状態<br>□歯又は使用中の義歯がある<br>□食事の介助が必要である | 算定加算<br>□経口移行加算<br>□経口維持加算（Ⅰ）<br>□経口維持加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）<br>歯科医療機関名<br>（　　） |
|---|---|---|---|---|

| 摂食・嚥下機能検査の実施<br>□水飲みテスト　□頸部聴診法　□嚥下内視鏡検査　□嚥下造影検査　□咀嚼能力・機能の検査<br>□認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認）　□その他（　　） | 検査実施日 | 検査結果や観察等を通して把握した課題の所在<br>□認知機能　□咀嚼・□腔機能<br>□嚥下機能 |
|---|---|---|

#### 1．経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点

食事の観察を通して気づいた点
食事の観察の実施日:
食事の観察の参加者: □医師 □歯科医師 □管理栄養士/栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員

| | |
|---|---|
| ① 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である | □はい　□いいえ |
| ② 頚部が後屈しがちである | □はい　□いいえ |
| ③ 食事を楽しみにしていない | □はい　□いいえ |
| ④ 食事をしながら、寝てしまう | □はい　□いいえ |
| ⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない | □はい　□いいえ |
| ⑥ 食事又はその介助を拒否する | □はい　□いいえ |
| ⑦ 食事に時間がかかり、疲労する | □はい　□いいえ |
| ⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ | □はい　□いいえ |
| ⑨ 口腔内が乾燥している | □はい　□いいえ |
| ⑩ 口腔内の衛生状態が悪い | □はい　□いいえ |
| ⑪ 噛むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある） | □はい　□いいえ |
| ⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる | □はい　□いいえ |
| ⑬ 上下の奥歯や義歯が咬み合っていない | □はい　□いいえ |
| ⑭ 口から食物や唾液がこぼれる | □はい　□いいえ |
| ⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ | □はい　□いいえ |
| ⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる | □はい　□いいえ |
| ⑰ 食事中や食後に濁った声になる | □はい　□いいえ |
| ⑱ 一口あたり何度も嚥下する | □はい　□いいえ |
| ⑲ 頻繁にむせたり、せきこんだりする | □はい　□いいえ |
| ⑳ 食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする | □はい　□いいえ |
| ㉑ 観察時から直近1 ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある | □はい　□いいえ |
| ㉒ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など） | □はい　□いいえ |

多職種会議における議論の概要
会議実施日:
会議参加者: □医師 □歯科医師 □管理栄養士/栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員

| 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点 | | |
|---|---|---|
| | ①食事の形態・とろみ、補助食の活用 | □現状維持　□変更 |
| | ②食事の周囲環境 | □現状維持　□変更 |
| | ③食事の介助の方法 | □現状維持　□変更 |
| | ④口腔のケアの方法 | □現状維持　□変更 |
| | ⑤医療又は歯科医療受療の必要性 | □あり　□なし |

| 算定加算 | 担当職種 | 担当者氏名 | 気づいた点、アドバイス等 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 食事形態の種類・とろみの程度 | | | |

#### 2．経口による食事の摂取のための計画

| 初回作成日（作成者） | （　　）　説明： | | |
|---|---|---|---|
| 作成(変更)日（作成者） | （　　）　説明： | | |
| 入所(院)者又は家族の意向 | | 同意者のサイン | 説明と同意を得た日 |
| 解決すべき課題や目標、目標期間 | | | |
| 経口による食事の摂取のための対応 | | | |

5-4 食事に関しての問題点および対策･食事指導(本人･家族･ケアマネ交付)

## 食事に関しての問題点および対策・食事指導

発行年月日

| 氏名 | 性別 | 年齢 | 介護度 |
|---|---|---|---|
| 様 | □男　□女 | 歳 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 基礎疾患 | | | |
| 実施済の検査 | | | |
| 血液検査値　服薬 | | | |
| 食事状況 | | | |
| 食事姿勢 | | | |
| 食事時間 | | 臼歯部での咬合(義歯含む) | 有・無 |
| 食事量 | | | |

食事に関する問題点

①姿勢　体力　活動
□上半身が前後左右に傾く傾向にあり、座位の保持が困難
□頭部が後屈しがち
□食事に時間がかかり、疲労する
□食事をしながら寝てしまう
□車いすか椅子へ移動するのに介助が必要
□寝たきり、全介助が必要

②栄養状態
□BMI＜19
□3ヶ月以内に体重が3キロ以上減少
□アルブミン≦3.0
□食事または水分摂取量に問題がある
□3ヶ月以内に精神的ストレス　急性疾患あり
□下腿周囲長が31cm未満

③全身状態
□食欲がない
□現在発熱あり
□誤嚥性肺炎を繰り返している
□平常時より、痰がらみあり　吸引を要する
□呼吸が苦しそう　Sp02が低い
□排泄機能に問題あり

④先行期　認知機能　覚醒状態
□食べ始められない、中断する、集中できない
□食事の拒否または介助の拒否がある
□次から次へと食べ物を口に運ぶ
□食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる
□声をかけたときの反応が悪い　いつもと違う
□食事に介助が必要

⑤口腔機能　摂食機能
□口の中の乾燥あり
□食事中、食べこぼしがある
□上手くかめていない様子
□入れ歯を入れたがらない、外してしまう
□食後に口の中にたくさん食物残渣あり
□口の中の衛生状態不良

⑥嚥下機能
□食事の後半にむせやすい
□食事中や食後に濁った声になる
□一口あたり何度も嚥下する
□頻繁にむせたり、咳き込む
□1か月以内に嘔吐あり
□食形態が合っていない

対策

アセスメント結果

## 5-5 口腔機能低下症口腔機能精密検査記録用紙(院内保管)

### 口腔機能精密検査 記録用紙

| フリガナ<br>患者氏名 | | 患者番号 | | 生年月日 | （　　歳） | 男・女 |
|---|---|---|---|---|---|---|

計測日　　年　月　日

| 下位症状 | 検査項目 | 該当基準 | 検査値 | 該当 |
|---|---|---|---|---|
| ① 口腔衛生状態不良 | 舌苔の付着程度 | 50%以上 | % | □ |
| ② 口腔乾燥 | 口腔粘膜湿潤度 | 27 未満 | | □ |
| | 唾液量 | 2g/2 分以下 | | |
| ③ 咬合力低下 | 咬合力検査 | 350N 未満<br>（デンタルプレスケールⅡ・フィルタあり）<br>500N 未満（デンタルプレスケールⅡ・フィルタなし）<br>200N 未満<br>（デンタルプレスケール）<br>375N 未満<br>（Oramo-bf） | N | □ |
| | 残存歯数 | 20 本未満 | 本 | |
| ④ 舌口唇運動機能低下 | オーラルディアドコキネシス | どれか 1 つでも，<br>6 回/秒未満 | 「パ」　回/秒<br>「タ」　回/秒<br>「カ」　回/秒 | □ |
| ⑤ 低舌圧 | 舌圧検査 | 30kPa 未満 | kPa | □ |
| ⑥ 咀嚼機能低下 | 咀嚼能力検査 | 100mg/dL 未満 | mg/dL | □ |
| | 咀嚼能率スコア法 | スコア 0，1，2 | | |
| ⑦ 嚥下機能低下 | 嚥下スクリーニング検査<br>（EAT－10） | 3 点以上 | 点 | □ |
| | 自記式質問票<br>（聖隷式嚥下質問紙） | A が 1 項目以上 | | |

該当項目が３項目以上で「口腔機能低下症」と診断する。　**該当項目数：**＿＿

歯科医師　：

歯科衛生士：

5-6 口腔機能低下症管理指導記録簿(院内保管)

管理指導記録簿

| フリガナ<br>患者氏名 | | 患者番号 | | 生年月日 | (　　歳) | 男・女 |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | 評価項目 | 評価　(1:改善 ・ 2:維持 ・ 3:悪化) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 全身状態 | 1 | 栄養・体重 | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) |
| 口腔機能の状態 | 1 | 口腔衛生 | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) |
| | 2 | 口腔乾燥 | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) |
| | 3 | 咬合・義歯 | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) |
| | 4 | 口唇機能 | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) |
| | 5 | 舌機能 | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) |
| | 6 | 咀嚼機能 | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) |
| | 7 | 嚥下機能 | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) | 評価(1・2・3) |
| 所見 | 1 | 全身状態 | | | | |
| | 2 | 口腔機能 | | | | |
| | 3 | その他 | | | | |
| 管理内容 | | | | | | |

歯科医師　：

歯科衛生士：

## 5-7 口腔機能向上サービスに関する評価票(院内保管)

### 口腔機能向上サービスに関する
課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | □男　□女 | 生まれ | | 歳 |
| 氏名 | | 要介護度・病名等 | | | |
| | | かかりつけ歯科医 | □あり　□なし | 入れ歯の使用 | □あり　□なし |

1．関連職種等により把握された課題等(該当する項目をチェック)

(記入日：、記入者：　　)

□かみにくさ　□むせ　□口のかわき　□口臭　□歯みがき　□飲み込み　□会話　□食べこぼし
□義歯(痛み・動揺・清掃状態・管理状態)　□その他（　　）

2．事前・事後アセスメント・モニタリング　　(アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 事前※1 | 記入者 | モニタリング※2 | 記入者 | 事後※2 | 記入者 |

| 観察・評価等 | | 評価項目 | 事前 | モニタリング | 事後評価 |
|---|---|---|---|---|---|
| ①課題の確認･把握 | 固いもののかみにくさ | 1ない　2ある | | | |
| | お茶や汁物等によるむせ | 1ない　2ある | | | |
| | 口のかわき | 1ない　2ある | | | |
| ②咬筋の触診(咬合力) | | 1強い　2弱い　3無し | | | |
| ③歯や義歯のよごれ | | 1ない　2ある　3多い | | | |
| ④舌のよごれ | | 1ない　2ある　3多い | | | |
| ⑤ブクブクうがい(空ブクブクでも可) | | 1できる　2やや不十分　3不十分 | | | |
| (以下の⑥と⑦の評価は専門職の判断により必要に応じて実施) | | | | | |
| ⑥RSST(※30秒間の喉頭挙上の回数) | | (　)回/30秒 | (　)回/30秒 | (　)回/30秒 | (　)回/30秒 |
| ⑦オーラルディアドコキネシス | | パ(　)回/10秒<br>タ(　)回/10秒<br>カ(　)回/10秒 | パ(　)回<br>タ(　)回<br>カ(　)回 | パ(　)回<br>タ(　)回<br>カ(　)回 | パ(　)回<br>タ(　)回<br>カ(　)回 |
| ⑧特記事項等※3 | | | | | |
| ⑨問題点 | | □かむ　□飲み込み　□口のかわき　□口臭　□歯みがき　□食べこぼし<br>□むせ　□会話　□その他（　　） | | | |

※1　事前・事後アセスメントについては、把握された課題やモニタリング結果を確認した上で行う。
※2　モニタリングについては、利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する。
※3　対象者・利用者の状況により観察・評価に係る項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

3．総合評価※4

| | |
|---|---|
| ①日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項 | |
| ②サービスを継続しないことによる口腔機能の低下のおそれ | □あり　□なし |

【総合評価結果】

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①サービス継続の必要性 | □あり(継続)　□なし(終了) | ②計画変更の必要性 | □あり　□なし |
| 備考: | | | |

※4　総合評価については、関連職種は、サービス担当者と連携して行うこと。

5-8 口腔機能向上サービスの管理指導計画･実施記録(院内保管)

# 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | □男　□女 | 生まれ |
| 氏名 | | | |

1．口腔機能改善管理指導計画

※:内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要

| | | | |
|---|---|---|---|
| 初回作成日 | | 作成者氏名: | 職種: |
| 作成(変更)日 | | 作成者氏名: | 職種: |
| ご本人または<br>ご家族の希望 | | | |
| 解決すべき<br>課題・目標 | | | |

【実施計画】(実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」に記入する。)

| | | |
|---|---|---|
| 関連職種又は専門職種の実施項目 | 指導等 | □口腔機能向上に関する情報提供　□口腔体操・嚥下体操　□歯みがき支援　□食事姿勢や食環境の指導 |
| | その他 | |
| 専門職の実施項目 | 機能訓練 | □歯みがき実施指導　□かむ　□飲み込み　□発音・発声　□呼吸 |
| | その他 | |
| 家庭での実施項目 | 本人 | □口腔体操・嚥下体操　□歯みがきの実施　□その他（　　） |
| | 介護者 | □歯みがき支援(確認・声かけ・介助)　□口腔体操等支援　□その他（　　） |

| | | | |
|---|---|---|---|
| サービスの説明と同意 | 開始時: | 同意者: □本人　□家族　□その他（　　） | 担当者名: |
| | 継続時: | 同意者: □本人　□家族　□その他（　　） | 担当者名: |

2．口腔機能向上サービスの実施記録(実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

| 実施年月日<br>担当者名 | 年月日<br>担当者名 | 年月日<br>担当者名 | 年月日<br>担当者名 | 年月日<br>担当者名 | 年月日<br>担当者名 | 年月日<br>担当者名 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| □　口腔機能向上に関する情報提供 | | | | | | |
| □　摂食・嚥下機能に関する訓練(指導) | | | | | | |
| □　口腔衛生に関する指導(歯・義歯・舌、支援・実施含む) | | | | | | |
| □　発音・発声・呼吸に関する訓練(指導) | | | | | | |
| □　食事姿勢や食環境についての指導 | | | | | | |
| □　その他<br>(　　) | | | | | | |

| 特記事項(注意すべき点、利用者の変化等) |
|---|
| |

# 3　訪問診療、居宅療養管理指導レセプト記載例

全国保険医団体連合会「今日からできる歯科訪問診療の手引き（2021 年追補版）」より

## 症例 1　居宅への訪問診療、居宅療養管理指導

病名　7┼6 PD ハセツ　6┼7 PD フテキ、Dul　$\frac{\lfloor 7}{7}$C1　$\frac{\lfloor 7}{7}$P2

| 主訴　入れ歯が割れた<br>所見　上顎PDの中央部で破折。残存歯に動揺、出血あり。根面にう蝕を認める | | | |
|---|---|---|---|
| 日付 | 傷病名 | 処置・療法 | 点数 |
| 4/2 | | 初診 | ／ |
| | | 脳性麻痺で通院困難、患者家族から依頼で患家訪問 | ／ |
| | | 訪問診療 1 PM1：30 ～ 2：05　(1,100) | 1,100 |
| | | 下顎義歯粘膜面に褥瘡あり。就寝時も義歯を入れていたため、就寝時は外すように指 | ／ |
| | | 導 | ／ |
| | | 在推進　(100) | 100 |
| | | 特　(175) | 175 |
| | | 顎の安定が得られず衛生士が固定 | ／ |
| | | 訪補助ロ（1）(DH　保険医花子)　(90) | 90 |
| | 7┼6 | 修理imp（アルジネート）　(42×150/100) | 63 |
| | | BT　(187×170/100) | 318 |
| | 6┼7 | 歯リハ 1（1）　(124) | 124 |
| | | 床縁調整と義歯の違和感について説明のうえ預かる | ／ |
| | $\frac{\lfloor 7}{7}$ | P 基検　(50) | 50 |
| | | ⌊7 ポケット 5mm　動揺度 2 度 | ／ |
| | | 7⌋ ポケット 5mm　動揺度 2 度 | ／ |
| | | SC　((72+38) ×150/100) | 165 |
| | | P 基処（$H_2O_2$）　(10×150/100) | 15 |
| | | 訪問診療計画 | ／ |
| | | ・①上顎義歯の破折は間接法で修理②下顎義歯の不適合・粘膜びらんは口腔内での適合 | ／ |
| | | を図る③ $\frac{\lfloor 7}{7}$ は鉤歯のプラークおよび歯肉縁上・縁下歯石の除去 | ／ |
| | | ・衛生士の定期的な指導の必要性を確認ケアマネジャーに連絡をとる | ／ |
| | | 居宅療養管理指導費（I）　(516) | 516 |
| | | サービス担当者会議に出席できないため文書（FAX）でケアマネジャーに情報提供 | ／ |
| | | （患者了解済み） | ／ |
| 4/16 | | 再診 | ／ |
| | | 訪問診療 1 PM1：30 ～ 2：05　移動困難も体調良　(1,100) | 1,100 |
| | | 在推進　(100) | 100 |
| | | 特　(175) | 175 |
| | | 顎の安定が得られず衛生士が固定 | ／ |
| | | 訪補助ロ（1）(DH　保険医花子)　(90) | 90 |
| | 7┼6 | 床修理 set　(312×150/100) | 468 |
| | $\frac{7}{6}$┼$\frac{6}{7}$ | 下顎義歯の辺縁部を削合により再調整 | ／ |
| | $\frac{\lfloor 7}{7}$ | F 局（DH　保険医花子）　(110×150/100) | 165 |
| | | 居宅療養管理指導費（I）　(516) | 516 |
| | | 義歯の着脱と就寝時の取り扱いを家族に指導、スクリーニング、アセスメントを行い | ／ |
| | | 管理指導計画作成 | ／ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 居宅療養管理指導費（衛生士）PM2：10～2：35　(361) | 361 |
| | | 義歯の清掃、残存歯の清掃方法を指導するように指示 | ／ |

合計　4,298

介護保険請求分　1,393

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5/2 | | 再診 | ／ |
| | | 訪問診療１ PM1：30～2：05　移動困難も体調良　(1,100) | 1,100 |
| | | 義歯の調整と残存歯の歯周基本治療を行う | ／ |
| | | 在推進　(100) | 100 |
| | | 特　(175) | 175 |
| | | 顎の安定が得られず衛生士が固定 | ／ |
| | 7 6 6 7 | 歯リハ１（１）　(124) | 124 |
| | | 床粘膜面の調整と定期調整について説明 | ／ |
| | | 訪補助ロ（１）（DH　保険医花子）　(90) | 90 |
| | 17 | P基処（$H_2O_2$）　(10×150/100) | 15 |
| | | P基検　(50) | 50 |
| | | ⌊7 ポケット４mm　動揺度２度 | ／ |
| | | 7⌋ ポケット４mm　動揺度２度 | ／ |
| | | F局（DH　保険医花子） | ／ |
| | | 居宅療養管理指導費（Ｉ）　(516) | 516 |
| | | 義歯に適した食事について家族に指導 | ／ |
| | | 居宅療養管理指導費（衛生士）PM2：10～2：30　(361) | 361 |
| | | 義歯の清掃、保管方法を指導するように指示 | ／ |
| 5/14 | | 居宅療養管理指導費（衛生士）PM3：00～3：30　(361) | 361 |
| | | 義歯清掃および口腔内清掃指導を指示 | ／ |

合計　1,654

介護保険請求分　1,238

## 症例２　介護老人保健施設への訪問診療

病名　$\frac{7}{}\!\!-\!\!\!+\!\!-\!\frac{6}{}$ PD ハセツ　$\frac{6}{}\!\!-\!\!\!+\!\!-\!\frac{7}{}$ PD フテキ、Dul　$\frac{\lfloor 7}{7\rfloor}$ $P_2$

| 主訴　入れ歯が割れた<br>所見　上顎PDの中央部で破折。残存歯に動揺、出血あり | | | |
|---|---|---|---|
| 日付 | 傷病名 | 処置・療法 | 点数 |
| 4/2 | | 初診 | ／ |
| | | 脳梗塞による麻痺で通院困難なため、施設を通じて入れ歯の修理依頼、老健施設○○ | ／ |
| | | 苑に訪問 | ／ |
| | | 訪問診療２　PM1：30～2：10　移動困難　(361) | 361 |
| | | 下顎義歯粘膜面に褥瘡あり。就寝時も義歯を入れていたので、就寝時は外すよう指導 | ／ |
| | | 特　(175) | 175 |
| | | 顎の安定が得られないため衛生士が固定 | ／ |
| | | 訪補助ロ（２）(DH　保険医花子)　(50) | 50 |
| | $\frac{7}{}\!\!-\!\!\!+\!\!-\!\frac{6}{}$ | 修理imp（アルジネート）　(42×150/100) | 63 |
| | | BT　(187×170/100) | 318 |
| | $\frac{\lfloor 7}{7\rfloor}$ | P基検　(50) | 50 |
| | | $\lfloor 7$　ポケット５mm　動揺度２度 | ／ |
| | | $\overline{7\rfloor}$　ポケット５mm　動揺度２度 | ／ |
| | | SC　((72＋38)×150/100) | 165 |
| | | P基処（$H_2O_2$）　(10×150/100) | 15 |
| | $\overline{6}\!\!-\!\!\!+\!\!-\!\overline{7}$ | 歯リハ１（１）　(124) | 124 |
| | | 辺縁調整と定期的な調整について説明 | ／ |
| | | 歯在管　文　(250＋10) | 260 |
| | | ・①上顎義歯の破折は間接法で修理 ②下顎義歯の不適合による粘膜びらんは口腔内で | ／ |
| | | の適合を図る ③ $\frac{\lfloor 7}{7\rfloor}$ は歯石除去および縁下プラーク除去を図る ④ 舌運動不良、摂食 | ／ |
| | | 時のむせ改善が必要 | ／ |
| | | ・義歯、残存歯ともプラークの付着が著しいので、改善を図るため、衛生士による定期 | ／ |
| | | 的な指導を行う | ／ |
| | | 在口衛　(120×150/100) | 180 |
| | | タフト歯ブラシで $\frac{\lfloor 7}{7\rfloor}$ 孤立歯歯頸部周囲の清掃を指示（DH　保険医花子） | ／ |
| 4/16 | | 再診 | ／ |
| | | 訪問診療２　PM2：05～2：20　移動困難　(253) | 253 |
| | | 特　(175) | 175 |
| | | 顎の安定が得られず衛生士が固定 | ／ |
| | | 訪補助ロ（２）(DH　保険医花子)　(50) | 50 |
| | $\frac{7}{}\!\!-\!\!\!+\!\!-\!\frac{6}{}$ | 床修理 set　(312×150/100) | 468 |
| | | 割れた正中部の修理と義歯粘膜面の調整 | ／ |
| | $\frac{\lfloor 7}{7\rfloor}$ | P基処（$H_2O_2$） | ／ |
| | | 訪衛指２　PM2：30～2：50　(328) | 328 |
| | | 義歯の清掃と着脱を指導するよう指示 | ／ |

合計　3,035

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5/2 | | 再診 | ／ |
| | | 訪問診療３　PM1：30～1：55　移動困難　(185) | 185 |
| | | 特　(175) | 175 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 顎の安定が得らず衛生士が固定 | ／ |
| | | 訪補助ロ（2）（DH　保険医花子） (50) | 50 |
| | $\frac{7}{6}$ $\frac{6}{7}$ | 歯リハ1（1） (124) | 124 |
| | | 床粘膜面調整と義歯のプラークについて説明 | ／ |
| | $\frac{\lfloor 7}{7}$ | P基処（$H_2O_2$） (10×150/100) | 15 |
| | | P基検 (50) | 50 |
| | | ポケット3mm　動揺度1度 | ／ |
| | | ポケット3mm　動揺度1度 | ／ |
| | | 歯在管　文 (250+10) | 260 |
| | | ポケット、動揺度ともに少し改善がみられる上下義歯の鉤歯の歯肉縁プラークの状態 | ／ |
| | | 改善、義歯の適合性良好、義歯を使った食事について指導 | ／ |
| | | 訪衛指3　PM2：06～2：30 (300) | 300 |
| | | 義歯に適した食事について介護者への説明を指示 | ／ |
| 5/16 | | 訪衛指3　PM2：30～2：50　移動困難も体調良 (300) | 300 |
| | | 義歯清掃および口腔内清掃の指導を指示 | ／ |

合計　1,459

## 症例３　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理

病名　4 3|3 4 P₂　7-5 2|2 5-7 義歯フテキ　　摂食機能障害

| 主訴　入れ歯が不調でよく噛めない、食事中むせる、歯がぐらつく<br>所見　義歯不適合、嚥下障害あり、残存歯の動揺あり | | | |
|---|---|---|---|
| 日付 | 傷病名 | 処置・療法 | 点数 |
| 4/2 | | 初診 | ／ |
| | | 脳梗塞後遺症、誤嚥性肺炎を繰り返す。 | ／ |
| | | 寝たきりで通院困難なため、家族から食事でむせるのと義歯が合わないと依頼。○○ | ／ |
| | | 特別養護老人ホームに訪問 | ／ |
| | | 訪問診療１　PM12：55～1：37　移動困難　(1,100) | 1,100 |
| | | 特　(175) | 175 |
| | | 顎の安定が得られないため衛生士が固定 | ／ |
| | | 訪補助ロ（１）（DH　保険医花子）　(90) | 90 |
| | | RSST：２回／30秒、嚥下に時間がかかり発音不明瞭 | ／ |
| | 4 3\|3 4 | Ｐ基検 | ／ |
| | | 4 3\|3 4 ポケット５mm　動揺度３度 | ／ |
| | | 訪問口腔リハ　PM1：15～1：35　(350) | 350 |
| | | SC | ／ |
| | | Ｐ基処（$H_2O_2$） | ／ |
| | | 摂食機能療法　PM1：15～1：35 | ／ |
| | | 食事中にむせるので、痰を促すために強く短い咳ばらいの訓練指導。家族にむせこん | ／ |
| | | だ時の対応を指示 | ／ |
| | 7-5 2\|2 5-7 | 歯リハ１（１）　(124) | 124 |
| | | クラスプがゆるくなっていたので調整 | ／ |
| | | 訪衛指１　PM1：40～2：05　(360) | 360 |
| | | 4 3\|3 4 鉤歯の清掃を指示 | ／ |
| 4/9 | | 再診 | ／ |
| | | 訪問診療１　PM12：30～1：15　移動困難　(1,100) | 1,100 |
| | | 特　(175) | 175 |
| | | 顎の安定が得られず衛生士が固定 | ／ |
| | | 訪補助ロ（１）（DH　保険医花子）　(90) | 90 |
| | 7-5 2\|2 5-7 | 歯リハ１（１） | ／ |
| | | 義歯の清掃方法を指導し、床内面を調整 | ／ |
| | | 訪問口腔リハ　PM12：35～1：10　(350) | 350 |
| | | NST ２　(80) | 80 |
| | | ４／８　食事観察　PM12：35～１：00 | ／ |
| | 4 3\|3 4 | Ｐ基処（$H_2O_2$） | ／ |
| | | 摂食機能療法　PM12：35～1：10 | ／ |
| | | 家族から食事内容、食べ方などを聞く。食事のとき座位が安定するよう指導。嚥下体 | ／ |
| | | 操、舌の運動を訓練 | ／ |
| | | 訪衛指１　PM1：20～1：45　(360) | 360 |
| | | スポンジブラシで舌の清掃を指示 | ／ |
| 4/16 | | 再診 | ／ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 訪問診療１　PM1：30～2：25　移動困難 | (1,100) | 1,100 |
| | | 訪補助ロ（1）(DH　保険医花子) | (90) | 90 |
| | | 訪問口腔リハ　PM1：35～2：20 | (350) | 350 |
| | 4 3\|3 4 | P基検 | | ／ |
| | | 4 3\|3 4 ポケット4mm　動揺度2度 | | ／ |
| | | SRP | | ／ |
| | | P基処（$H_2O_2$） | | ／ |
| | | 摂食機能療法　PM1：50～2：20 | | ／ |
| | | 食事前の嚥下体操、発音練習の習慣づけを指導。頬をふくらませたりしながら口唇の | | ／ |
| | | 力をつける訓練 | | ／ |
| | | 訪衛指１　PM2：25～2：48 | (360) | 360 |
| | | 残存歯の清掃方法を指示 | | ／ |
| 4/23 | | 再診 | | ／ |
| | | 訪問診療１　PM1：45～2：15　移動困難 | (1,100) | 1,100 |
| | | 特 | (175) | 175 |
| | | 顎の安定が得らず衛生士が固定 | | ／ |
| | | 訪補助ロ（1）(DH　保険医花子) | (90) | 90 |
| | | 訪問口腔リハ　PM1：45～2：10 | (350) | 350 |
| | | 摂食機能療法　PM1：45～2：05 | | ／ |
| | | 口唇閉鎖の訓練を実施。舌と口唇のマッサージを行い、発声訓練を指導 | | ／ |
| | 4 3\|3 4 | P基処（$H_2O_2$） | | ／ |
| | | 訪衛指１　PM2：20～2：40 | (360) | 360 |
| | | 4 3\|3 4 歯間ブラシの使用方法を指示 | | ／ |

合計　8,329

# 参考・引用書籍・文献・HP

厚生労働省保険局「令和 4 年度診療報酬改定の概要」

厚生労働省老健局社会保障審議会介護給付分科会第 220 回資料 5「居宅療養管理指導」

厚生労働省老健局在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3（令和 2 年）

厚生労働省保険局中央社会保険医療協議会総会 3.11.10 資料「在宅歯科医療について」

厚生労働省保険局中医協診療報酬改定結果検証部会 5.3.22 資料「在宅歯科医療等実施状況調査報告書案」

公益社団法人日本歯科医師会「オーラルフレイル対応マニュアル 2020 年版」

公益社団法人日本歯科衛生士会「施設における口腔健康管理推進マニュアル」

一般社団法人日本老年歯科医学会「診察参加型臨床実習マニュアル『移乗』」

一般社団法人日本老年歯科医学会「診療参加型臨床実習マニュアル『摂食嚥下障害のスクリーニング検査』2021 年」

公益社団法人日本障害者歯科学会「診察参加型臨床実習『障害の特性を考慮した介助みがきの指導』」

公益社団法人日本障害者歯科学会「診察参加型臨床実習『障害者への口腔清掃指導』」

公益社団法人日本障害者歯科学会「診察参加型臨床実習『障害者の頭頸部・口腔の診察」

公益社団法人日本障害者歯科学会「診察参加型臨床実習『口腔保険指導」

公益社団法人日本障害者歯科学会「診察参加型臨床実習『移乗（トランスファー）介助」

公益社団法人日本障害者歯科学会「診察参加型臨床実習『安全管理・内部障害への対応」

公益社団法人日本障害者歯科学会「ダウン症候群の歯科診療における診断と処置方法ガイドライン 2022」

一般社団法人日本老年歯科医学会「脳卒中患者への医科歯科連携に関するガイドブック 2019 年」

一般社団法人日本老年歯科医学会「介護保険施設等入所者の口腔衛生管理マニュアル」

一般社団法人日本老年歯科医学会「在宅歯科医療の基本的考え方 2022 改訂の経緯と内容」

一般社団法人日本老年歯科医学会「歯科訪問診療における感染予防策の指針 2022 版」

水口俊介他：高齢期における口腔機能低下学会見解論文,老年歯学会誌,31-2, 81～98,2016

Fumiko KOBAYASHI: Historical Study on the Modern Dentistry in Japan : Dynamism of the Japanese Oral and Dental Care System ,The journal of the Japan Association for Social and Economic Systems Studies,37,101～116,2016

伊藤公一：薬物性歯肉増殖症の治療と現状,歯薬療法,68～78,Vol27,No2,2008

日医工株式会社：摂食嚥下障害質問紙スコア評価式https://www.nichiiko.co.jp/medicine/swallow/score.php

MNA-SF簡易式栄養状態評価表高齢者の栄養スクリーニング：https://rehabilikunblog.com/

MMSE：https://tsuneeet.parallel.jp/entry/2018-01-02-000000_3/

太田ステージ研究会：https://www.ohta-stage.org/

日本介護食品協議会：https://www.udf.jp/index.html

日本摂食嚥下リハビリテーション学会：https://www.jsdr.or.jp/

農林水産省スマイル食：https://www.maff.go.jp/j/shokusan/seizo/kaigo.html

堺市消防局JCS：三重県歯科医師会：訪問歯科診療マニュアル 2019

山口県歯科医師会：はじめての歯科訪問診療マニュアル平成 23 年

全国保険医団体連合会：今日からできる歯科訪問診療の手引き 2021 年追補版

大久保正彦：横浜市泉区歯科医師会「在宅でできる嚥下機能検査（2022）」

医歯薬出版株式会社：「歯科衛生士のための摂食嚥下リハビリテーション第 2 版」

医歯薬出版株式会社：「高齢者歯科第 2 版」

医歯薬出版株式会社：「障害者歯科第 2 版」

医歯薬出版株式会社：「歯科衛生士のための訪問歯科ハンドブック」

訪問歯ロー：https://www.houmon-hello.com/

ティーアンドケー株式会社「口腔乾燥を引き起こしやすい薬剤リスト（2019）」：https://www.comfort-tk.co.jp/

日本老年歯科医学会在宅歯科医療委員会：「高齢者施設職員向け口腔ケアの手引き-新型コロナウイルス感染予防のための正しい知識とケアの方法－」

索引


＜あ＞

アカシジア 43, 45, 47, 48

アセチルコリン 32, 37, 46, 52

アテトーゼ 45

アナトミー・トレイン 17

アルツハイマー型認知症 31, 32, 33, 35, 37, 59

＜い＞

息こらえ嚥下法 89, 98

異食 31

意味性認知症 28, 29

医療廃棄物 159

陰性症状 40, 41, 43, 47, 48

咽頭期 11, 86, 89, 97, 103, 105, 111, 170

咽頭筋 15

＜え＞

エアロゾル 148, 151, 152, 153, 158

栄養指導 124

嚥下反射 11, 48, 77, 96, 97, 98, 110, 169

嚥下食ピラミッド 128

嚥下造影検査 76, 86, 152

嚥下調整食 124, 125, 128, 129

嚥下内視鏡検査 76, 86, 152

遠城寺式乳幼児・分析的発達検査法 67, 69

＜お＞

太田ステージ 67, 70

オレキシン 56, 57, 64

＜か＞

解釈過程 137

改定水飲みテスト 58, 82

改訂長谷川式簡易知能評価スケール 79

改訂日本版デンバー式発達スクリーニング検査 67, 68

カウプ指数 71

下顎神経 5, 6, 7, 8, 12, 14

過食 29, 31

顎下腺 9

過鎮静 46, 49

カミカミ期 23

換気 152, 154, 159

間接接触 148

感染経路 148

漢方薬 38, 60

顔面神経 4, 5, 7, 8, 14, 81

＜き＞

客観的情報 135

吸啜 18, 19, 20, 72

吸啜窩 19

記録（書面化） 145

筋強剛 32, 36, 48

筋刺激訓練法 92, 94, 95

筋弛緩作用 54, 56, 58

＜く＞

クーイング期 25

空気感染 148, 149

クリティカルシンキング 134

グルタミン酸 32, 37, 46

＜け＞

頸部聴診法 48, 84

血中酸素飽和度 77103

幻覚 29, 32, 37, 41, 43, 47, 48, 49

幻視 36, 37, 38, 39

原始反射 19, 20

＜こ＞

抗うつ薬 33, 46, 50, 51, 52, 53, 58, 59, 62

口渇 33

咬筋 6, 9, 17, 107

口腔期 10, 11, 86, 89, 92, 94, 95, 103, 111, 169

抗コリン作用 46, 49, 52, 53, 58

抗コリン薬 46
甲状軟骨 8, 13, 82, 91, 95, 100
口唇訓練 89, 92
口唇傾向 29
口唇反射 20
抗精神病薬 32, 33, 38, 40, 42, 43, 46, 47, 48, 50, 59, 60, 61
抗てんかん薬 33
喉頭蓋 11, 13, 20, 101, 113
巧緻運動能 67
口内乾燥 46, 47, 52, 53, 58
咬反射 20
抗不安薬 50, 54, 55, 56, 58, 63
口輪筋 4, 23, 92
誤嚥性肺炎 45, 114, 117, 119, 124
氷なめ訓練 89, 97
ゴックン期 21
コリンエステラーゼ阻害薬 32, 37, 59, 60
コルチゾール 50, 54

＜さ＞

三叉神経 5
三環系抗うつ薬 52, 53, 62

＜し＞

歯科衛生アセスメント 135
歯科衛生ニーズ 139
歯科衛生過程 133, 134, 135, 145
歯科衛生介入 143
歯科衛生計画 141
歯科衛生診断 138, 139, 140
歯科衛生評価 144
自我障害 41, 43
耳下腺 9
四環系抗うつ薬 53, 62
ジスキネジア 32, 45, 48
ジストニア 32, 45, 54
失認 31, 34
シナプス 51
シャキアエクササイズ 89, 99
周辺症状 31, 32, 37
主観的情報 135
準備期 4, 5, 15, 89, 92, 94, 95, 103, 109, 169
常同行動 28, 29,
食事時の外部観察と評価 72
自律神経 36, 38, 60
神経伝達物質 33, 40, 50, 51, 54, 56
進行性非流暢性失語症 28
新生児 19, 20, 25, 77
振戦 32, 36, 45, 48

＜す＞

随意運動 10, 11, 25, 45, 48
錐体外路症状 32, 38, 43, 44, 45, 47, 48, 49
推論過程 137
スクリーニング質問票 85
スタンダードプリコーション 150
スマイルケア食 125, 127
スライス型ゼリー丸呑み法 110

＜せ＞

声帯内転運動 89100
舌咽神経 5, 10, 11, 12, 15, 16, 81
舌下線 9
舌筋 6, 8, 10, 12, 14, 95
舌訓練 89, 95
舌骨 7, 8, 10, 11, 13, 14, 17, 20, 21, 22, 24, 48, 76, 89, 95, 99, 100, 171
舌骨筋 7, 8, 14
接触感染 148, 149, 153
摂食状況と栄養状態 71
摂食嚥下リハ学会 125, 129, 131
切迫摂食 29, 48, 49

セロトニン 29, 32, 33, 46, 47, 50, 51, 52, 54, 61, 62
先行期 3, 89, 103, 106, 169
前舌保持嚥下訓練 89, 101
前頭側頭葉変性症 28
＜そ＞
咀嚼訓練 103, 109
粗大運動能 66
ゾーニング 155
＜た＞
第一世代抗精神病薬 42, 47, 61
第二世代抗精神病薬 42, 47, 61
待機時間 154, 157, 158
胎児期の発達 18
唾液腺 9, 46, 49, 58
脱感作 89, 91
探索反射 20
＜ち＞
中核症状 31, 32, 37
直接接触 148
＜つ＞
強い息こらえ嚥下法 89, 99
＜て＞
低栄養 48, 117, 118, 119, 124, 125
抵抗法（ボタン訓練） 93
挺出反射 20
ディープフロントライン 17
＜と＞
統合失調症 40, 61
頭部挙上訓練 89, 99
特別用途食品 125, 130
ドーパミン 32, 38, 40, 42, 43, 46, 47, 51, 52, 54, 61, 62
トランスポーター 51
とろみ調整用食品 125, 130
＜な＞
喃語 25
軟口蓋 10, 11, 12, 25, 76, 81, 89, 100
＜に＞
乳幼児身体発育曲線 71
＜の＞
喉のアイスマッサージ 89, 97
ノルアドレナリン 33, 46, 50, 51, 52, 53, 54, 62
＜は＞
パーキンソニズム 36, 43, 45, 60
パーキンソン症状 36
バキューム 151, 152
ハフィング 89, 98
バンゲード法 92, 94, 95
ハンドピース 151, 152, 153
反復唾液嚥下テスト 48, 58, 82, 171
＜ひ＞
非ベンゾジアゼピン（BZ）受容体作動薬 56
飛沫感染 148, 149, 151
＜ふ＞
フードテスト 48, 83
プッシング・ブリンク訓練 89, 100
分析過程 137
＜へ＞
ベンゾジアゼピン（BZ）受容体作動薬 54, 56
扁桃体 35, 54
＜ほ＞
捕食訓練 103, 107
頬訓練 89, 94
哺乳反射 18, 21
＜み＞
ミールラウンド 49, 118, 120, 121, 123, 135
＜め＞
メラトニン 56, 57, 64
メンデルソン手技 89100

＜も＞

妄想　29, 32, 37, 38, 41, 43, 47, 48, 49

モグモグ期　22

モノアミン仮説　51

＜ゆ＞

ユニバーサルデザインフード　125, 126, 130

＜よ＞

陽性症状　40, 41, 42, 43, 47

＜り＞

りっぷるとれーなー　93

離乳期　19, 21, 22, 23

離乳食　21, 66, 76

臨床推論　134

＜る＞

ルーティーン化療法　29

＜れ＞

冷圧刺激　89, 96

レビー小体型認知症　36, 37, 38, 39, 60

レム睡眠行動障害　36, 39, 60

＜ろ＞

ローレル指数　71

＜アルファベット＞

BMI　80, 118

GABA　46, 54, 56

ＪＣＳ　78, 104

NaSSA　33, 52, 53, 62

NMDA 受容体阻害薬　32, 37, 59, 60

SNRI　52, 62

SOAP 形式　143

SSRI　29, 33, 52, 62