

## 案

公益社団法人 神戸市歯科医師会・公益社団法人 兵庫県歯科衛生士会  
訪問口腔ケア推進事業実施要綱

## 事業目的

神戸市が予算化した「訪問口腔ケア推進事業」を受け、公益社団法人神戸市歯科医師会・公益社団法人兵庫県歯科衛生士会が共同で、超高齢社会を迎え、要介護状態となった高齢者の口腔機能を維持し、口から食べられる生活を続けられるように専門職を派遣し要介護者の口腔内に介入することを目的とする。

## 事業実施主体

公益社団法人神戸市歯科医師会

## 事業実施対象

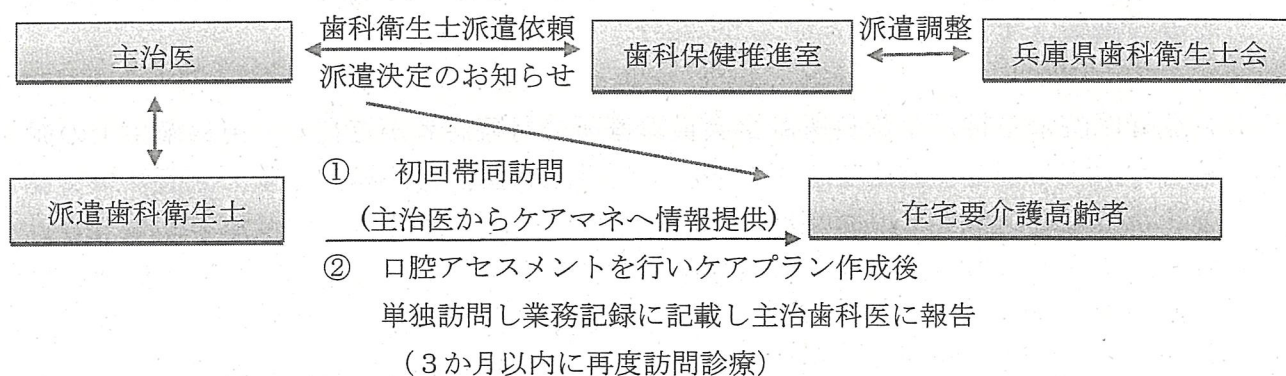
居宅の要介護者で専門職による継続的な口腔機能管理が必要な方。

## 事業実施要項

- 1) 本事業の実施診療所は、所定研修会を受講した公益社団法人神戸市歯科医師会会員診療所とし、派遣歯科衛生士は所定の研修を受講した公益社団法人兵庫県歯科衛生士会会員歯科衛生士とする。
- 2) 対象は、登録診療所の訪問歯科診療対象となる患者の継続的口腔機能管理が必要な要介護者とする。
- 3) 登録医院たる神戸市歯科医師会会員診療所で対象患者が存在し、歯科衛生士の派遣を希望する場合、公益社団法人神戸市歯科医師会歯科保健推進室に派遣依頼文書をFAXにて送付する。歯科保健推進室では、公益社団法人兵庫県歯科衛生士会人材センターと連携、調整後、派遣歯科衛生士を決定し、申し込み診療所に派遣歯科衛生士情報を提供する。その後は申し込み診療所と派遣歯科衛生士間で、実施要綱細則に沿った個人間契約を締結し、患者に赴き訪問口腔機能管理を行う。
- 4) 歯科衛生士派遣は継続的訪問口腔機能管理業務に限定し、原則として訪問歯科診療の診療補助業務は対象外とする。
- 5) 訪問口腔機能管理が終了する場合、何らかの理由により派遣歯科衛生士が交代する場合は、歯科保健推進室あてに報告を行う。
- 6) 公益社団法人神戸市歯科医師会は、年度ごとに実施患者数、実施延べ回数、その他の報告を神戸市保健福祉局健康部地域保健課に対して行う。

## 事業の流れ

1. 登録歯科医療機関で居宅の寝たきり要介護者で、専門職による継続的口腔機能管理が必要と判断され、本人や家族が希望し、本事業システムを利用する場合、マニュアルにとじ込みの「訪問歯科衛生士派遣依頼用紙」に必要事項を記入し、神戸市歯科医師会歯科保健推進室（FAX 391-6480）に送信する。
2. 神戸市歯科医師会歯科保健推進室では、兵庫県歯科衛生士会人材センターに情報提供を行い、派遣歯科衛生士が決定したら「派遣決定のお知らせ」を申し込み歯科診療所に送信する。
3. 診療所と派遣歯科衛生士間で個人間契約を締結し、最初は帯同して患者を訪問する。口腔アセスメントを行いマニュアルのとじ込みのアセスメント票に記録しケアプランを作成する。主治歯科医はケアマネジャーへの情報提供を行う。
4. 訪問歯科衛生士はケアプランに基づき単独で訪問し、継続的口腔機能管理を行い業務記録を整備し、主治歯科医に報告する。
5. 初回の訪問診療後3か月以内に改めて訪問診療を行い、主治歯科医の指示の下に継続して管理指導を行う。



- ★ 歯科衛生士の訪問に係る器材、消耗品は主治歯科医が用意する。
- ★ 歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の介護保険請求は主治歯科医が行う





# 在宅訪問口腔ケアの手順

## 1、在宅訪問口腔ケアの依頼(兵庫歯科衛生士無料職業紹介所より)

### 事前情報収集・訪問準備

- 1) 依頼用紙にて、訪問前の事前情報収集  
(主訴、または全身疾患や既往歴、ADL、介護の環境など)
- 2) 担当歯科医師へ連絡  
患者情報の共有・歯科医院と個人契約
- 3) 初回訪問日の決定→訪問場所の確認
- 4) 訪問準備

## 2、訪問歯科診療へ初回同行

- ①在宅入室→挨拶
- ②現場での情報提供
- ③口腔観察、口腔内の問題抽出→治療の実施
- ④口腔清掃、口腔機能アセスメント→課題分析
- ⑤目標設定
- ⑥口腔マネジメントの計画(仮計画)
- ⑦口腔マネジメントの説明→承諾

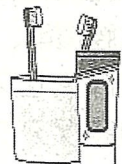


## 3、歯科衛生士による定期的な訪問口腔管理開始

歯科医師の指示により、歯科衛生士単独での定期的な口腔管理へ

- ・在宅訪問口腔ケア、口腔機能管理の開始
- ・口腔の問題点の早期発見・早期管理
- ・摂食嚥下機能管理
- ・食支援

など



## 1、在宅訪問口腔ケアの依頼（ひょうご歯科衛生士無料職業紹介所より）

### 1) 事前情報の収集・訪問準備

- ・訪問診療依頼書より、訪問先、主訴、家族構成、主訴、または全身疾患や既往歴、ADL、介護の環境などを確認する

### 2) 担当歯科医に連絡

- ・患者情報の共有、患者の主訴、訪問歯科診療の状況の確認
- ・歯科医師との契約
- ・初回同行訪問日の決定

### 3) 利用者に連絡

- ・在宅（本人もしくは家族などキーパーソン）への電話連絡
- ・簡単な主訴の聞き取り→歯科診療や

### 4) 訪問準備

- ・口腔ケアバッグの準備
- ・吸引機、舌圧計など口腔ケアに6\*必要な器材、薬剤の準備
- ・当日の集合、必要物の確認

## 2、初回同行訪問

### ①在宅入室→挨拶

- ・挨拶：第一印象は非常に重要。笑顔を忘れず、自己紹介をし、訪問の目的を述べる。視線をあわせ、言葉遣いはゆっくりと丁寧に話す。

### ③現場での情報提供

- ・事前情報を確認し、追加情報を収集する。全身状態、意識状態、座位姿勢、歩行等の身体状況を確認する。その他下記の情報について確認する。
- ・家族の状況（介護力、理解力、家族構成、本人への思い、室内環境）

### ④口腔観察、口腔内の問題抽出

- ・口腔内の状態（主訴、歯、粘膜、舌、義歯の状態、唾液の分泌状態、口腔周囲の麻痺、動き、開口度など）
- ・咀嚼、嚥下の状態、うがいの可否
- ・食事の状態（姿勢、形態、内容、量、スピード、食事時間、むせ、嘔声、こぼれ、食具、介助状態）

### ⑤口腔清掃、口腔機能アセスメント→課題分析

- ・口腔機能、食事、義歯、咬合、疾患、口腔乾燥、口腔清掃状態についてアセスメント行う
- ・口腔アセスメント票（別紙）に記入し、課題分析

### ⑥口腔ケアプラン作成（仮計画）

- ・課題分析を行い、必要な口腔ケア、口腔機能訓練等の方法、また訪問回数等などを決定し

たケアプラン（仮）を作成。

- ・介護者に関する情報（介護者の仕事、疾患や口腔ケアへの理解度、協力度、療養者への関わり、現在の生活への満足度、希望）も収集し、家族に負担をかけない方法を検討する。

⑦口腔ケアプランの説明→承諾

- ・口腔ケアプラン（仮）について、本人、家族に説明し承諾を得る。

3、歯科衛生士による定期的な訪問口腔管理開始

1) 初回訪問直前

- ・事前情報から状況を頭に描き、必要な物品を用意する。訪問時の服装は、華美な服装は避け、清潔感のあるものを選ぶ。髪は整えて名札をつけ、マスク着用。

・必要物品

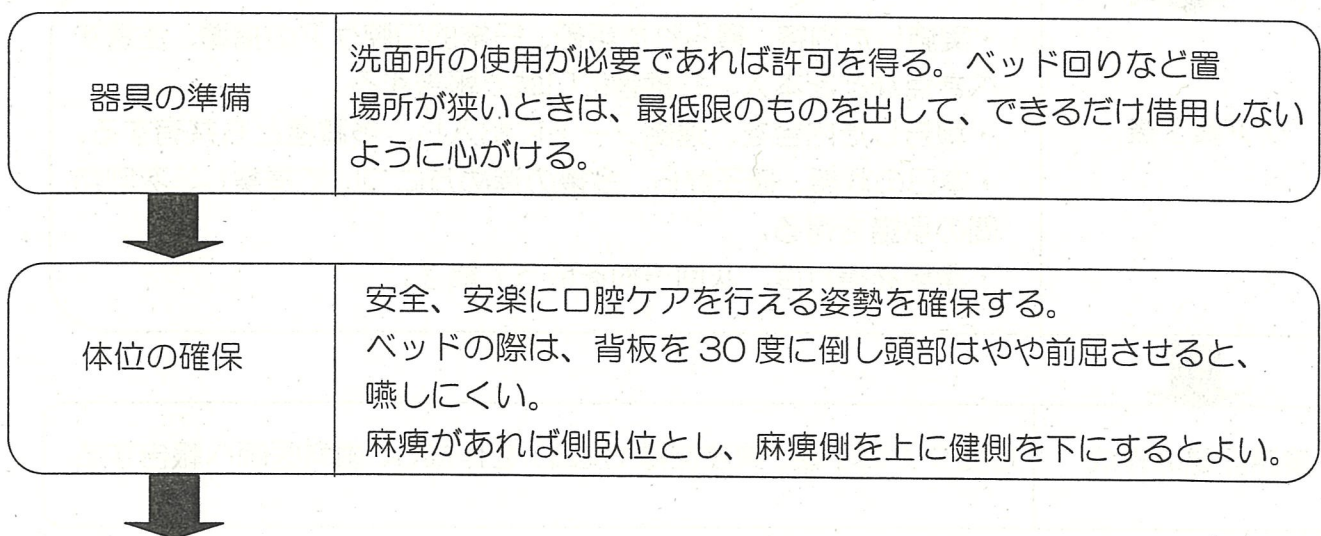
マスク、手袋、ゴーグル、エプロン、ハンドソープ、ペーパータオル、ごみ袋、  
血圧計、パルスオキシメーター、聴診器

紙トレー、ペンライト、紙コップ、ガーグルベースン、口腔保湿剤、洗口液、  
口腔ケアウェット、アルコールワッテ、手鏡、ケア用品（歯ブラシ、ワンタフトブラシ、  
舌ブラシ、歯間ブラシ、スポンジブラシ、義歯ブラシ、義歯安定剤など）そのほか  
疾患に応じて用意

筆記具、メモ用紙、口腔ケア記録用紙、アセスメント票など記録用紙



2) ケアの手順



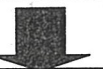
ケアの実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>• バイタルサイン（体温、血圧、呼吸、血中酸素濃度など）を測定し、体調の確認を行う</li> <li>• 食後すぐ（胃瘻注入後）にケアを行うと、口腔を刺激し嘔吐を誘発しやすいので、30分はあけること。</li> <li>• いきなり口にさわると拒否が出やすいので、肩や顔に触れリラックスさせてから口腔に触れるとよい。</li> <li>• 何をするのか、常に声をかけながら行う。</li>   <li>• 自分で磨ける人には、できるだけ自分で磨けるように歯ブラシを改良するなどの支援を行う。</li>   <li>• 乾燥した口腔内は、湿らせてから始める。（自身によるうがい、ウェットガーゼでのふき取り、スポンジブラシの使用など）</li> <li>• 歯ブラシによるブラッシング</li> <li>• 補助的清掃用具（ワンタフトブラシ、歯間ブラシ、糸ようじなど）</li> </ul>
-------	--



後片付け	<p>使用した器具類、ごみ（持ち帰る）は手早くまとめる。借りた物、動かした物があれば、元の位置に戻す。汚さな</p>
------	--



ケア終了後	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 実施した内容、得られた評価、日常的口腔ケアの指導、注意すべき点などを本人、介護者に口頭で報告する</li> <li>• 報告した内容を、連絡ノートに記入し、多職種とも共有する。</li> <li>• 本日の状態、様子から、今後の進め方について提案し、次回訪問の承諾を得る。</li> <li>• 承諾を得れば、次回予約を取って終了。</li> </ul>
-------	--

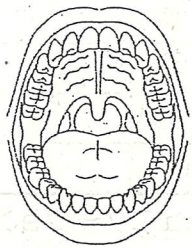


業務記録の作成	<p>口腔ケア終了後、業務記録（別紙）を作成し、歯科医師へ報告する。</p>
---------	--

4、3ヵ月ごとに歯科医師と同行訪問



# 口腔機能アセスメント票

記入年月日		平成	年	月	日	記入者																																											
ふりがな 氏名		(男・女)			明治・大正・昭和		年 月 日生 歳																																										
口の中の状況や訴え、本人・家族の希望																																																	
																																																	
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td colspan="4">右</td><td colspan="4">左</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>				8	7	6	5	4	3	2	1	右				左				8	7	6	5	4	3	2	1	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>				1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
		8	7	6	5	4	3	2	1																																								
右				左																																													
8	7	6	5	4	3	2	1																																										
1	2	3	4	5	6	7	8																																										
1	2	3	4	5	6	7	8																																										
口腔機能	口唇閉鎖	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ( )																																															
	咀嚼	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ( )																																															
	食事中のむせ	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ( )																																															
	嚥下	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ( )																																															
	うがい	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ( )																																															
食事	栄養摂取法	<input type="checkbox"/> 経口 (食形態: 普通・軟食・その他 ) <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> IVH																																															
	水分摂取法	<input type="checkbox"/> トロミなし <input type="checkbox"/> トロミあり																																															
義歯	義歯の状況	上 (有・無) <input type="checkbox"/> FD <input type="checkbox"/> PD 下 (有・無) <input type="checkbox"/> FD <input type="checkbox"/> PD																																															
	義歯の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 ( ) <input type="checkbox"/> 全介助																																															
	義歯の使用	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> ときどき ( ) <input type="checkbox"/> 不使用																																															
咬合	義歯なし	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左右のどちらかあり <input type="checkbox"/> 両側あり																																															
	義歯あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左右のどちらかあり <input type="checkbox"/> 両側あり																																															
疾患	ウ蝕	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本 (痛み なし・あり)																																															
	歯周疾患	<input type="checkbox"/> 軽度・発赤 <input type="checkbox"/> 中等度・微量出血 <input type="checkbox"/> 重度																																															
	粘膜異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )																																															
口腔乾燥		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )																																															
口腔清掃状況	食物残渣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )																																															
	歯垢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )																																															
	粘膜の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )																																															
	舌苔	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (色: 白 黄 黒 )																																															
	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																																															
日常の口腔ケア		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (家族・ヘルパー・看護師・その他 ) 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前 回/日・週																																															
特記事項																																																	

# 口腔ケアプラン票

作成日 年 月 日

ふりがな 名 前		男・女		歯科診療所	
生年月日 M・T・S・H		年 月 日		歳	
基礎疾患・服薬・病態等		ADL・食事状態		口腔の状態	
	要介護度		咬合		口唇閉鎖
	移動		義歯		咀嚼
	食事姿勢		むし歯		むせ
	栄養摂取		歯周疾患		嚥下
	水分摂取		粘膜異常		うがい
長期目標					コミュニケーション法

課題	短期目標	ケア内容	期待される効果

特記事項

ご本人・ご家族の同意署名

歯科診療所 住所

電話番号

# 訪問口腔ケア業務記録 (A)

訪問口腔ケア業務記録 (A)				患者名	男・女	年齢 ( ) 歳
訪問先	□居宅 □施設 ( )			使用器具	□歯ブラシ □タフトブラシ □フロス	
保険	□医療保険 □介護保険 □その他				□スポンジブラシ □歯間ブラシ	
実施日；	月 日 ( )	歯科衛生士名		実施日；	月 日 ( )	歯科衛生士名
時 分～	時 分			時 分～	時 分	
実施体位	自立座位・よりかかり座位・ファーラ位・セミファーラ位・側臥位・仰臥位			実施体位	自立座位・よりかかり座位・ファーラ位・セミファーラ位・側臥位・仰臥位	
食物残渣	□なし □あり ( )			食物残渣	□なし □あり ( )	
歯 垢	□なし □あり ( )			歯 垢	□なし □あり ( )	
粘膜の汚れ	□なし □あり ( )			粘膜の汚れ	□なし □あり ( )	
義歯の汚れ	□なし □あり ( )			義歯の汚れ	□なし □あり ( )	
舌 苔	□なし □あり ( )			舌 苔	□なし □あり ( )	
口 臭	□なし □あり ( )			口 臭	□なし □あり ( )	
口腔乾燥	□なし □あり ( )			口腔乾燥	□なし □あり ( )	
口腔清掃	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施 <input type="checkbox"/> 舌・粘膜の清掃 <input type="checkbox"/> 歯肉マッサージ <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 洗口指導			口腔清掃	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施 <input type="checkbox"/> 舌・粘膜の清掃 <input type="checkbox"/> 歯肉マッサージ <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 洗口指導	
機能訓練	<input type="checkbox"/> 顔・首・唾液腺マッサージ指導・実施 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 (舌・口・頬) <input type="checkbox"/> 深呼吸・咳訓練 <input type="checkbox"/> 発音・発声・歌 <input type="checkbox"/> 吹き戻し・ブローイング			機能訓練	<input type="checkbox"/> 顔・首・唾液腺マッサージ指導・実施 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 (舌・口・頬) <input type="checkbox"/> 深呼吸・咳訓練 <input type="checkbox"/> 発音・発声・歌 <input type="checkbox"/> 吹き戻し・ブローイング	
備考	指導の要点・歯科医師からの指示等			備考	指導の要点・歯科医師からの指示等	
実施日；	月 日 ( )	歯科衛生士名		実施日；	月 日 ( )	歯科衛生士名
時 分～	時 分			時 分～	時 分	
実施体位	自立座位・よりかかり座位・ファーラ位・セミファーラ位・側臥位・仰臥位			実施体位	自立座位・よりかかり座位・ファーラ位・セミファーラ位・側臥位・仰臥位	
食物残渣	□なし □あり ( )			食物残渣	□なし □あり ( )	
歯 垢	□なし □あり ( )			歯 垢	□なし □あり ( )	
粘膜の汚れ	□なし □あり ( )			粘膜の汚れ	□なし □あり ( )	
義歯の汚れ	□なし □あり ( )			義歯の汚れ	□なし □あり ( )	
舌 苔	□なし □あり ( )			舌 苔	□なし □あり ( )	
口 臭	□なし □あり ( )			口 臭	□なし □あり ( )	
口腔乾燥	□なし □あり ( )			口腔乾燥	□なし □あり ( )	
口腔清掃	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施 <input type="checkbox"/> 舌・粘膜の清掃 <input type="checkbox"/> 歯肉マッサージ <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 洗口指導			口腔清掃	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施 <input type="checkbox"/> 舌・粘膜の清掃 <input type="checkbox"/> 歯肉マッサージ <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 洗口指導	
機能訓練	<input type="checkbox"/> 顔・首・唾液腺マッサージ指導・実施 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 (舌・口・頬) <input type="checkbox"/> 深呼吸・咳訓練 <input type="checkbox"/> 発音・発声・歌 <input type="checkbox"/> 吹き戻し・ブローイング			機能訓練	<input type="checkbox"/> 顔・首・唾液腺マッサージ指導・実施 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 (舌・口・頬) <input type="checkbox"/> 深呼吸・咳訓練 <input type="checkbox"/> 発音・発声・歌 <input type="checkbox"/> 吹き戻し・ブローイング	
備考	指導の要点・歯科医師からの指示等			備考	指導の要点・歯科医師からの指示等	

訪問口腔ケア業務記録 (B)

歯科衛生士名:

患者名	男・女	歳	訪問先 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設( )
使用物品 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> タフトブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他			

口腔ケア実施日 : H 年 月 日 時間 : ~ :

アセスメント		実施内容: <input type="checkbox"/> 粘膜清拭 <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> その他
口腔乾燥	なし 唾液粘性 唾液泡状 乾燥	
食物残渣	なし 1・2 か所 3・4 か所 多量	
歯垢	わずか 1/3以下 2/3以下 多量	
義歯	不要 必要(使用 未使用 その他)	
歯の問題	なし あり( )	
粘膜異常	なし あり( )	

口腔ケア実施日 : H 年 月 日 時間 : ~ :

アセスメント		実施内容: <input type="checkbox"/> 粘膜清拭 <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> その他
口腔乾燥	なし 唾液粘性 唾液泡状 乾燥	
食物残渣	なし 1・2 か所 3・4 か所 多量	
歯垢	わずか 1/3以下 2/3以下 多量	
義歯	不要 必要(使用 未使用 その他)	
歯の問題	なし あり( )	
粘膜異常	なし あり( )	

口腔ケア実施日 : H 年 月 日 時間 : ~ :

アセスメント		実施内容: <input type="checkbox"/> 粘膜清拭 <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> その他
口腔乾燥	なし 唾液粘性 唾液泡状 乾燥	
食物残渣	なし 1・2 か所 3・4 か所 多量	
歯垢	わずか 1/3以下 2/3以下 多量	
義歯	不要 必要(使用 未使用 その他)	
歯の問題	なし あり( )	
粘膜異常	なし あり( )	

口腔ケア実施日 : H 年 月 日 時間 : ~ :

アセスメント		実施内容: <input type="checkbox"/> 粘膜清拭 <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> その他
口腔乾燥	なし 唾液粘性 唾液泡状 乾燥	
食物残渣	なし 1・2 か所 3・4 か所 多量	
歯垢	わずか 1/3以下 2/3以下 多量	
義歯	不要 必要(使用 未使用 その他)	
歯の問題	なし あり( )	
粘膜異常	なし あり( )	