

在宅要介護者等歯科保健推進事業実施要領

1 目的

在宅の要介護者等に対し、歯科健診等を行うことにより口腔機能の向上を図り、要介護状態の悪化を防ぎ、生活の質の向上に向けた歯科保健サービス提供体制を構築する。

2 実施主体

- (1) 実施主体は新潟県とし、事業を新潟県歯科医師会に委託する。
- (2) 新潟県歯科医師会は、郡市歯科医師会の協力を得て事業を実施する。

3 内容

(1) 訪問歯科健診事業

ア 事業内容

居宅を訪問し、以下を実施する。

- (ア) 歯科健診によるアセスメント
- (イ) 保護者、介護者等に対する口腔ケア指導、健康教育等
- (ウ) 歯科治療や居宅療養管理指導が必要と認められる者に対する指導

イ 対象者

以下のいずれにも該当する者

- (ア) 口腔に関する自覚症状はないが、歯科健診を希望する者（本人以外の者によって明確な所見が確認できる場合は除く）

なお、口腔に関する症状とは、以下を指すものとする。

- ・ 入れ歯：合わない、壊れた、歯ぐきにあたって痛い
- ・ 歯ぐき：痛い、出血する、腫れている
- ・ 歯：痛い、詰め物がとれた、むし歯がある、グラグラする

- (イ) 歯科保健サービスを受けることが困難な在宅の要介護者及び重度障害者等で、以下のいずれかに該当し、保健所を設置する市を除く市町村に在住する者

a 介護保険制度の要介護状態区分における要介護3・4・5

b 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（厚生労働省）におけるランクB・C

c 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（厚生労働省）におけるⅢ・Ⅳ・M

d 療育手帳Aまたは身体障害者手帳1・2級所持者

e 上記aからdと同程度であると地域振興局健康福祉（環境）部長が認めた者

ウ 実施方法

別記1「訪問歯科健診事業事務要領」に基づき事業を実施する。

エ 実施回数

同一対象者に対し、年1回とする。

(2) 口腔ケア実地研修事業

ア 事業内容

指定通所介護事業所等において当該職員に対し、口腔機能向上に向けた知識・技術習得を目的とした以下の項目の研修を実施する。

- (ア) 口腔ケアについて
- (イ) 口腔リハビリについて
- (ウ) 口腔機能アセスメント及び口腔機能改善管理計画に関する助言

イ 対象施設

保健所を設置する市を除く市町村に所在する介護保険法（平成9年法律第123号）及び老人福祉法（昭和38年法律第133号）に基づく以下の施設（以下、「指定通所介護事業所等」という。）

- (ア) 指定通所介護事業所
- (イ) 指定通所リハビリテーション事業所
- (ウ) 指定認知症対応型通所介護事業所
- (エ) 指定小規模多機能型居宅介護事業所
- (オ) 指定認知症対応型共同生活介護事業所
- (カ) 短期入所生活介護事業所
- (キ) 介護保険施設
- (ク) 養護老人ホーム
- (ケ) 軽費老人ホーム
- (コ) 上記（ア）から（ケ）と同程度であると地域振興局健康福祉（環境）部長が認めた事業所

ウ 実施方法

別記2「口腔ケア実地研修事業事務要領」に基づき事業を実施する。

エ 実施回数

- 1施設あたり原則年1回とする。
- ただし、施設の状況に応じて年2回まで可能とする。

(3) 連絡協議会

在宅要介護者等に対する歯科保健サービスの提供体制の充実に向け、関係者による連絡協議会を開催する。

(附 則)

この要領は、平成15年4月1日から実施する。

(附 則)

この要領は、平成18年4月1日から適用する。

(附 則)

この要領は、平成19年4月1日から適用する。

(附 則)

この要領は、平成 21 年 4 月 1 日から適用する。

(附 則)

この要領は、平成 28 年 4 月 1 日から適用する。

(附 則)

- 1 この要領は、令和元年 8 月 1 日から適用する。
- 2 令和元年度のこの要領の実施に関し、必要な事項は別記 3 に定める。

(附 則)

この要領は、令和 2 年 7 月 1 日から適用する。

別記1

訪問歯科健診事業事務要領

1 内 容

郡市歯科医師会は歯科医師1名、歯科衛生士1名を派遣し、以下の訪問歯科業務を行う。

- (1) 歯科健診によるアセスメント
- (2) 保護者、介護者等に対する口腔ケア指導、健康教育等
- (3) 歯科治療や居宅療養管理指導が必要と認められる者に対する指導

2 申込み

事業を希望する者(以下「申込者」という。)は、別紙第1号様式により地域振興局健康福祉(環境)部または市町村に申し込む。

申込みを受けた市町村は、速やかに地域振興局健康福祉(環境)部に連絡する。

3 実施の決定

- (1) 地域振興局健康福祉(環境)部は、別紙第1号様式を確認し、必要に応じて事前調査を行い、対象者の選定を行う。

ア 地域振興局健康福祉(環境)部は、対象者として適当な申込者については、別紙第1号様式により郡市歯科医師会に紹介する。

イ 地域振興局健康福祉(環境)部は、対象者として適当でない場合には、申込者又は市町村に連絡する。

- (2) 郡市歯科医師会は、地域振興局健康福祉(環境)部の紹介に基づき、担当歯科医師を決定し、訪問歯科健診を依頼する。

- (3) 担当歯科医師は介護者、市町村、介護支援専門員及び主治医等と連絡をとり、対象者の適否を最終的に判断する。

ア 担当歯科医師は、対象者となった申込者について、介護者と日程の調整を行う。また、申込者の担当介護支援専門員と連携し、口腔の継続的な観察及び口腔ケア並びに必要なに応じて歯科治療や居宅療養管理指導が行えるよう助言する。

イ 担当歯科医師は、対象者として適当でないと判断した申込者について、地域振興局健康福祉(環境)部に連絡する。

4 実施報告

- (1) 担当歯科医師は訪問歯科健診等実施後に別紙第2号様式に実施内容を記載し、郡市歯科医師会を通じて、県歯科医師会及び地域振興局健康福祉(環境)部に報告する。

- (2) 県歯科医師会は前項の報告書を取りまとめ県に報告する。

5 その他

訪問歯科健診には必要に応じて市町村の保健師等が同行する。

また、地域振興局健康福祉(環境)部は、必要に応じて協力する。

訪問歯科健診事業申込(同意)書

次の要件に該当するため、以下のとおり申し込みます。

<input type="checkbox"/> 口腔に関する自覚症状はないが、歯科健診を希望する者 ※本人以外の者によって明確な所見が確認できる場合は除く ※口腔に関する症状・所見の例 入れ歯：合わない、壊れた、歯ぐきにあたって痛い 歯ぐき：痛い、出血する、腫れている 歯：痛い、詰め物がとれた、むし歯がある、グラグラする

年 月 日

1 申込者名(※健診対象者本人の場合は記載不要)

申込者名(※)	ふりがな	所属・職名
住所	〒	TEL ()

2 健診対象者名

健診対象者名	ふりがな	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)
住所	〒	TEL ()

3 健診対象者の状況

主な介護者			本人との続柄	
世帯状況	・単身世帯 ・高齢者のみの世帯 ・その他()			
気になる場所				
通院していた歯科医院	・あり(歯科医院名)		・なし	TEL ()
希望する歯科医院				TEL ()
主治医				TEL ()
現在の主たる病名				
医科の受診状況	・通院(診療科名)		・往診	
可能な姿勢	・いすに座る ・車いすに乗る ・ベッド等を起こした状態 ・寝たまま ・特記事項()			
意志の疎通	・完全に通じる ・ある程度通じる ・ほとんど通じない ・特記事項()			
要介護状態区分	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	介護支援 専門員	TEL ()	
障害者手帳の有無	身体障害者手帳	有(級) 無	療育手帳	A B 無
日常生活自立度等	障害高齢者(寝たきり度) 認知症高齢者	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
その他特記事項				

地域振興局健康福祉 (環境)部記入欄	受付 年 月 日	受付番号	事業対象の適否	適・否
-----------------------	----------	------	---------	-----

※申込者(健診対象者本人以外)へは、訪問終了後、別紙第2号様式「在宅要介護者等歯科保健推進事業報告書(口腔ケアアセスメント票)」を送付します。

在宅要介護者等歯科保健推進事業報告書(口腔ケアアセスメント票)

	事業実施日		受付番号
郡市歯会	担当歯科医師氏名	歯科衛生士氏名	

氏名	ふりがな	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)
住所	〒	TEL ()

【食事の状況】

食事のとり方	1. 自分で食べられる 2. 介助が必要
義歯の使用	1. 使用している 2. 使用していない 3. 必要がない
使用している用具	1. はし 2. スプーン 3. フォーク 4. その他()
食事内容	1. 普通食 2. きざみ 3. ミキサー(トロトロ) 4. 経管栄養(経鼻 ・ その他) 5. その他・特記事項()

【口腔内の清掃状態】

歯磨き	1. 自分でできる 2. 介助があればできる 3. できない
舌の清掃	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
口臭	1. なし 2. やや臭う 3. 強い
義歯の着脱	1. 自分でできる 2. 介助があればできる 3. できない
義歯の清掃	1. 自分でできる 2. 介助があればできる 3. できない

【口腔機能の状況】

うがい	1. 自分でできる 2. 介助があればできる 3. できない
嚥下機能	1. 正常 2. 液状の食べ物でむせる 3. どんな食べ物でもむせる 4. 飲み込めない
発音機能	1. 正常 2. 聞き取りにくい 3. 話せない
口腔乾燥	1. なし 2. 時々乾いている 3. 乾いていることが多い

【歯・歯肉の状態】

		右	左													
	歯肉															歯の状態 ・健全歯 : / ・未処置歯 : C ・処置歯 : O ・要補綴 : Δ ・床義歯 : D ・ブリッジ : B 歯肉の状態 ・歯周病 : +
	歯															
	歯肉															

*口腔清掃に対する総合的な評価	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
*指導区分	1. 健全 2. 要指導 3. 要治療
*その他、義歯の適合状態や口腔粘膜等の問題点	

【実施した口腔ケア】

		1. ブラッシング指導 2. 義歯の取り扱い 3. その他() 4. 実施不可
事後の対応(予定)	1. 歯科訪問診療 2. 通院治療 3. 入院治療 4. 居宅療養管理指導 5. なし	

【介護支援専門員への情報提供】

		1. 同行訪問した 2. 事業終了後、結果を連絡した 3. 何もしていない 4. 担当する介護支援専門員がいない
		5. その他()

※訪問後、速やかに報告書を提出すること

別記2

口腔ケア実地研修事業事務要領

1 内 容

事業実施を希望する指定通所介護事業所等の職員に対し、歯科医師1名、歯科衛生士1名が口腔機能向上に関する知識及び技術に関する研修を行う。

(1) 口腔ケアについて

- ア ブラッシング（歯磨き）方法
- イ 舌の清掃
- ウ 義歯の清掃
- エ 補助用具の使用方法

(2) 口腔リハビリについて

- ア 口の体操
- イ 摂食・嚥下訓練

(3) 口腔機能アセスメント及び口腔機能改善計画に関する助言

2 申込み

事業実施を希望する指定介護事業所等(以下「申込事業所」という。)は、別紙第3号様式により地域振興局健康福祉（環境）部または市町村に申し込む。

申込みを受けた市町村は、速やかに地域振興局健康福祉（環境）部に連絡する。

3 実施の決定

(1) 地域振興局健康福祉（環境）部は、別紙第3号様式を確認し、申込事業所と研修内容について調整を行った後、別紙第4号様式とともに郡市歯科医師会に送付する。

(2) 郡市歯科医師会は、地域振興局健康福祉（環境）部からの連絡に基づき、担当歯科医師を決定し、依頼する。

(3) 担当歯科医師は申込事業所と連絡をとり、研修会開催日時及び内容の最終調整を行い、実施する。

4 実施報告

(1) 担当歯科医師は研修終了後に別紙第4号様式に実施内容を記載し、郡市歯科医師会を通じて、県歯科医師会及び地域振興局健康福祉（環境）部に報告する。

(2) 県歯科医師会は前項の報告書を取りまとめ県に報告する。

受付 番号	
----------	--

口腔ケア実地研修事業申込書

地域振興局健康福祉(環境)部長 様

口腔ケア研修を次のとおり申し込みます。

事業所・担当者名 _____
 所在地 _____
 TEL _____ FAX _____

1 実施希望日時

	希望日時					実施日に○
第1希望	年	月	日	午前・午後	時頃	
第2希望	年	月	日	午前・午後	時頃	
第3希望	年	月	日	午前・午後	時頃	

2 希望する研修内容(該当する項目に○をつける)

- (1)口腔ケアについて
 ア ブラッシング(歯磨き)方法 イ 舌の清掃 ウ 義歯の清掃
 エ 補助用具の使用法 オ その他()
- (2)口腔リハビリについて
 ア 口の体操 イ 摂食・嚥下訓練 ウ その他()
- (3)口腔機能アセスメント及び口腔機能改善管理計画に関する助言
 (4)その他()

3 口腔ケア実地研修によって習得したいサービス利用者の要介護度

- (該当する項目に○をつける:複数回答)
- ・要支援1 ・要支援2 ・要介護1 ・要介護2
 ・要介護3 ・要介護4 ・要介護5 ・その他()

口腔ケア実地研修事業紹介書

_____ 歯科医師会長 様

_____ 地域振興局健康福祉(環境)部長

上記事業所が口腔ケア研修を希望していますので紹介します。

口腔ケア実地研修事業依頼書

_____ 歯科医師 様

_____ 歯科医師会長

上記事業所での口腔ケア研修を依頼します

口腔ケア実地研修事業報告書

		事業実施日	年 月 日	受付番号	
郡市歯会名		歯科医師名		歯科衛生士名	

口腔ケア実地研修を次のとおり実施したので報告します。

事業所名											
事業所種別 (該当する番号に○を付ける。)	<ul style="list-style-type: none"> 1 指定通所介護事業所 2 指定通所リハビリテーション事業所 3 指定認知症対応型通所介護事業所 4 指定小規模多機能型居宅介護事業所 5 指定認知症対応型共同生活介護事業所 6 短期入所生活介護事業所 7 介護保険施設 8 養護老人ホーム 9 軽費老人ホーム 10 その他 () 										
研修参加者数	人										
研修内容 (該当する番号等に○を付ける。)	<ul style="list-style-type: none"> 1 口腔ケアについて <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">ア ブラッシング(歯磨き)方法</td> <td style="width: 50%;">イ 舌の清掃</td> </tr> <tr> <td>ウ 義歯の清掃</td> <td>エ 補助用具の使用方法</td> </tr> <tr> <td>オ その他()</td> <td></td> </tr> </table> 2 口腔リハビリについて <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">ア 口の体操</td> <td style="width: 50%;">イ 摂食・嚥下訓練</td> </tr> <tr> <td>ウ その他()</td> <td></td> </tr> </table> 3 口腔機能アセスメント及び口腔機能改善管理計画に関する助言 4 その他() 	ア ブラッシング(歯磨き)方法	イ 舌の清掃	ウ 義歯の清掃	エ 補助用具の使用方法	オ その他()		ア 口の体操	イ 摂食・嚥下訓練	ウ その他()	
ア ブラッシング(歯磨き)方法	イ 舌の清掃										
ウ 義歯の清掃	エ 補助用具の使用方法										
オ その他()											
ア 口の体操	イ 摂食・嚥下訓練										
ウ その他()											
備考											