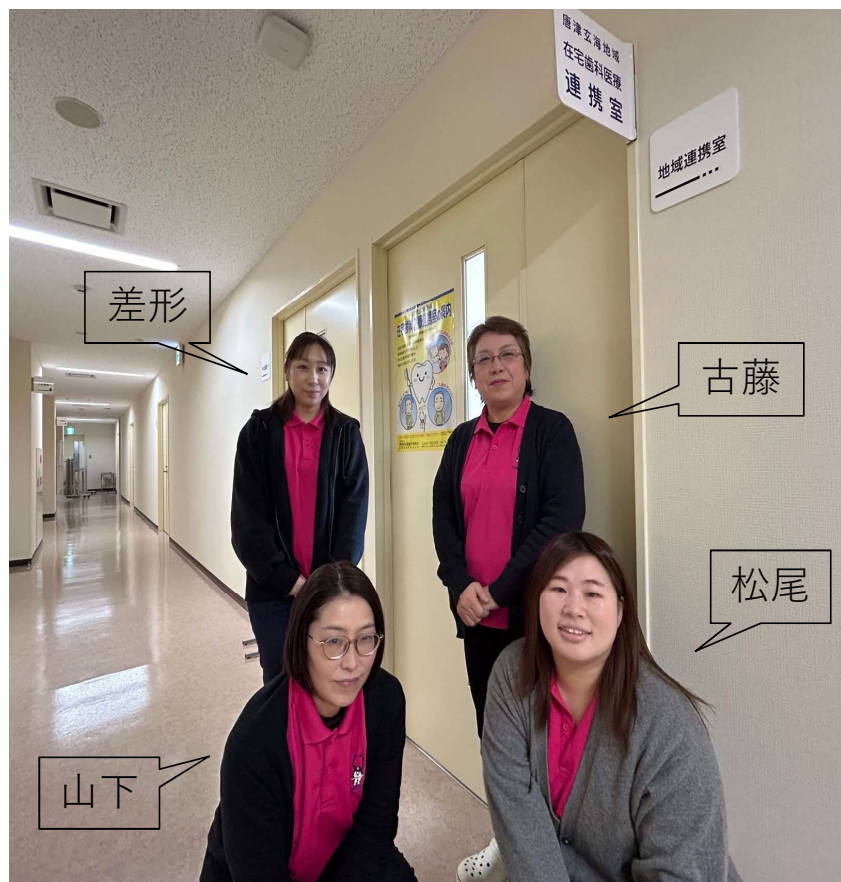


在宅歯科医療連携室の活動



～どんな時に相談する？～

唐津玄海地域在宅歯科医療連携室

認定歯科衛生士 古藤 美貴子

在宅歯科医療連携室の主な活動

- * 訪問の依頼を受け歯科医院へ繋ぐ
- * 口腔アセスメント相談受付
- * ご本人・ご家族様、病院・施設スタッフへの口腔ケア指導
- * 歯科講話
- * 電話相談
- * 地域ケア個別会議
- * 研修会・イベントへの参加
- * 住民への啓発

訪問歯科診療申込書

様式1

申込日： 年 月 日 (NO.)

(フリガナ)									
患者名				様	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		
訪問先住所									
電話番号	—	—	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> その他	()		
かかりつけ 歯科医院	<input type="checkbox"/> あり	歯科医師名 → ()							
かかりつけ 医師名	<input type="checkbox"/> あり	医師名 → ()							
依頼内容	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が折れた <input type="checkbox"/> 歯茎の痛み、腫れ <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> その他 ()								
口腔ケアに ついて	今後、継続した口腔ケアを希望しますか？ (お口の清掃や食べる機能のリハビリを含んだケア) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない								
訪問希望 日時	曜日	時頃	曜日	時頃	曜日	時頃	駐車スペース		
	曜日	時頃	曜日	時頃	曜日	時頃	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5								
全身疾患	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> リュウマチ <input type="checkbox"/> パーキンソン病 (列) 服用・食形態・ADL等								
特記事項									

※お申込者様へ折り返しご連絡を入れます。

(フリガナ)			
申込者名	様		
電話番号	—	—	<input type="checkbox"/> 家族 (： 続柄) <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> その他

《 歯科医師・歯科衛生士 記載欄 》

所見			
その他			

※個人情報の保護について この申込書に含まれる個人情報は、患者や家族の承諾がない限り目的外利用されることはありません。

FAX 0955-74-6403 ✉ khda-renkei@lily.ocn.ne.jp

唐津玄海地域在宅医療連携室 (TEL 0955-74-6402)



訪問の流れ

在宅歯科医療連携室へ電話
訪問申込書をFax

相談者（通所困難なご本人、ご家族、その関係者さま）

歯科衛生士が対応します。
相談内容確認
訪問診療受付

相談窓口：唐津玄海地域 在宅歯科医療連携室

平日 月曜日～金曜日 AM9:00～PM5:00

電話 74-6402

まずは
お電話を！

歯科衛生士の訪問がない
歯科医院へ繋ぐ
受付の確認を取り
情報提供を行う

連携室専任の歯科衛生士の事前訪問

無料

あらかじめ、お口や全身の状態を確認させていただきます。

歯科衛生士の訪問
アセスメント実施
・歯科医院へ繋ぐ
・ブラッシングや
機脳訓練指導

依頼者と相談をし訪問日を決める

歯科医師の訪問

有料

在宅歯科協力医が直接、相談者様へ連絡を入れます。

ご自宅、病院、施設に訪問し在宅歯科診療を行ないます。

※病院、施設のスタッフ指導（講話・ブラッシング指導）

ご相談下さい。

講話の様子



参加型資料

なぞなぞクイズ

問題1、象は象でも、お正月に食べる象ってなーだ？
ヒント：お餅を入れて食べます (お雑煮)

問題2、雪が降るとあちこちで見られる食べられない「かき」ってなーに？
ヒント：腰が痛くなる、あの作業です。(雪かき)

問題3、吹くと気持ちいいのに、ひくと嫌なものはなーに？
ヒント：ひくと喉や鼻水がつかい (風邪)

問題4、せつかついたのに食べられない餅ってなーに？
ヒント：お尻でつく痛みもちです。(尻もち)

問題5、「もしもし…もしもし」と言い続けたら、冷たいものが出てきたよなんだ？
ヒント：寒い日の朝は、柱を作って地面を持ち上げることもあるよ (霜)

問題6、春になると土の中からニコニコ出てくる「くし」ってなーに？
ヒント：佃煮にするとおいしいよ (つくし)

問題7、「め」も、「は」も、「はな」もあるのに顔がないのはなーに？
ヒント：赤や黄色、白などいろいろな色があります (花)

問題8、若いころは金髪、年を取ると白髪になるよ、これってなーだ？
ヒント：春に咲くかわいい花です (たんぽぽ)

問題9、1年に1回しか姿を現わさない、海にも、川にもいない魚ってなーに？
ヒント：風が吹くと生き生きと泳ぎます (こいのぼり)

問題10、1時と3時の間にしか見えないものってなーに？
ヒント：空に見える美しいアレです (虹)

問題15、秋の風に揺れる、群が好きな草ってなーに？
ヒント：「す」が「すき」ということは・・・ (ススキ)

問題16、風が吹いたら歌います、風がやんたら黙ります
ヒント：軒下につるされています (ふーりん)

問題17、海の中を4つの岩が泳いでいます。一体何？
ヒント：岩が4・・・魚です (イワシ)

問題18、「たる」が光って飛んでいるよ！なーんだ？
ヒント：夏の夜に見られる、お尻が光る虫です (ほたる)

問題19、海で1日中、行ったり来たりしている落ち着きのないものってなーに？
ヒント：大きかったり、小さかったりします (波)

問題20、砂浜の中に「くり」があるよ、なーだ？
ヒント：お吸い物にするとおいしい。(はまぐり)

果物を探しましょう

イ ネ ラ キ シ
ペ リ マ ン ヌ
コ オ イ ン ウ
ギ ン マ ン

2文字
3文字
4文字



バタカラ体操

パ	回	タ	回
カ	回	ラ	回

健康者の基準値
*それぞれ10秒間計り、その数を10で割った数

年齢	性別	パ	タ	カ	ラ
19~34歳	男性	5.8~8.2	5.8~8.3	5.8~8.4	5.8~8.5
	女性	6.3~8.3	6.3~8.4	6.3~8.5	6.3~8.6
35~59歳	男性	5.5~7.9	5.5~7.10	5.5~7.11	5.5~7.12
	女性	5.4~8.0	5.4~8.1	5.4~8.2	5.4~8.3
60歳以上	男性	4.4~7.2	4.4~7.3	4.4~7.4	4.4~7.5
	女性	4.2~7.2	4.2~7.3	4.2~7.4	4.2~7.5

判定マニキュアル

判定1: 舌の裏に舌がはみ出ていない
判定2: 舌の裏に舌がはみ出ていない
判定3: 舌の裏に舌がはみ出ていない

判定1: 舌の裏に舌がはみ出ていない
判定2: 舌の裏に舌がはみ出ていない
判定3: 舌の裏に舌がはみ出ていない

判定1: 舌の裏に舌がはみ出ていない
判定2: 舌の裏に舌がはみ出ていない
判定3: 舌の裏に舌がはみ出ていない

判定1: 舌の裏に舌がはみ出ていない
判定2: 舌の裏に舌がはみ出ていない
判定3: 舌の裏に舌がはみ出ていない

判定1: 舌の裏に舌がはみ出ていない
判定2: 舌の裏に舌がはみ出ていない
判定3: 舌の裏に舌がはみ出ていない



パ・タ・カ・ラ 評価



お口の体操

① 深呼吸 3回



② 頬の体操 3回



③ 唾液腺マッサージ

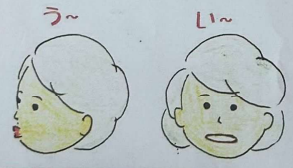


④ 舌の体操 交互に5秒を3回

舌を右の頬の内側に押し付け、指で口の中の舌先を頬の上から押す。左側も同じように押す。

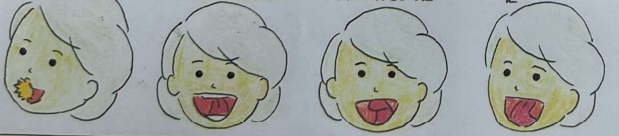


⑤ 唇の体操 それぞれ5秒 3回



⑥ パ・タ・カ・ラ体操

「パ」は舌をはくように 「タ」は舌先を上の前歯の裏につけるように 「カ」は舌の奥を上顎の裏につけるように 「ラ」は舌を丸めるように



⑦ 呼吸をして呼吸を整えましょう。 3回



お口の体操の 音声ガイド配布

研修会・イベントへの参加



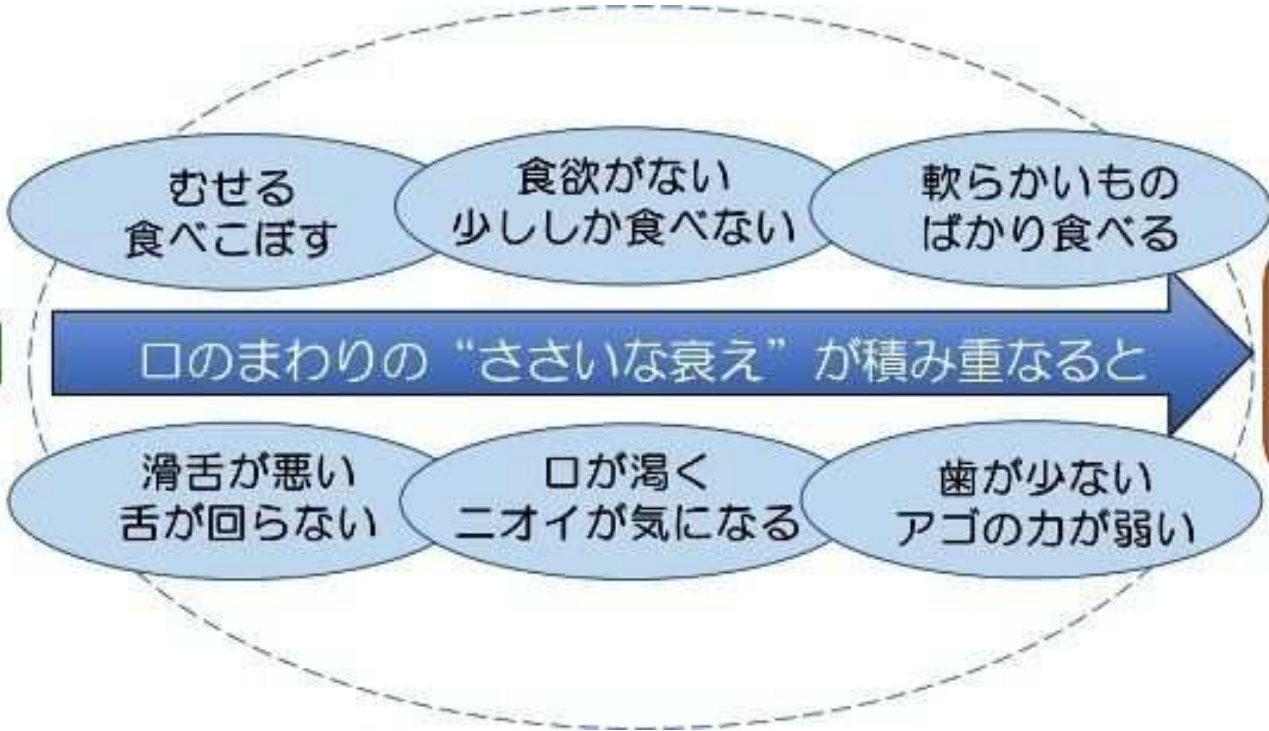
連携室を活用してのメリット

- 迅速に対応してもらえてありがたい
- 相談窓口があるのでスムーズに導入できた
- 事前に訪問してもらい口腔内を診て歯科医院に報告してもらえるので助かった
- うまく口腔内の状況を伝えられたので見に来てもらって助かった
- 直接歯科医院に電話しても誰が受付かわからなかったりするので窓口があると助かる

老化のサインは**口**にあり!
～新たな概念“**オーラルフレイル**”とは～



健康・元気

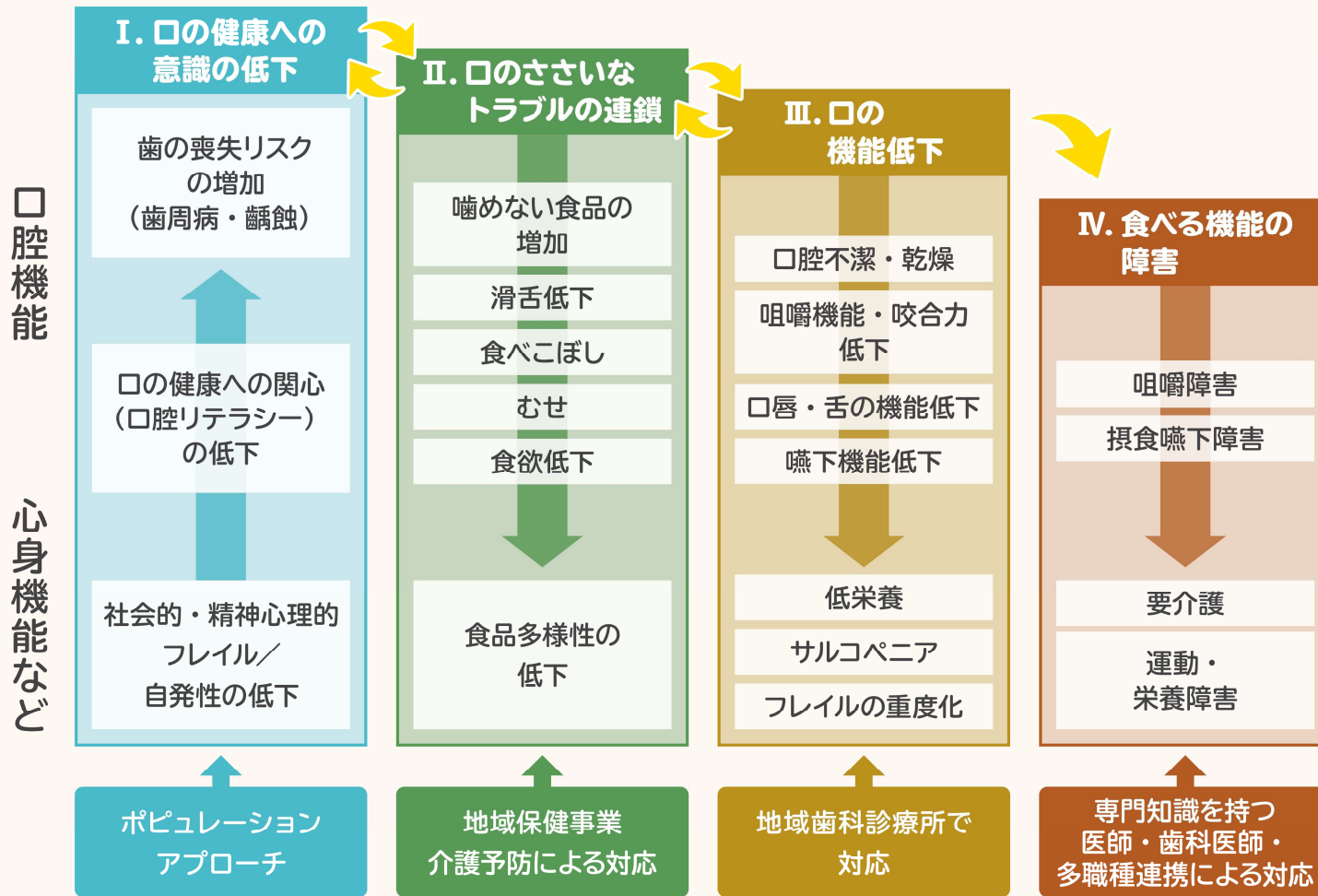


オーラルフレイル
フレイル
病気

オーラルフレイル概念図 2018年版

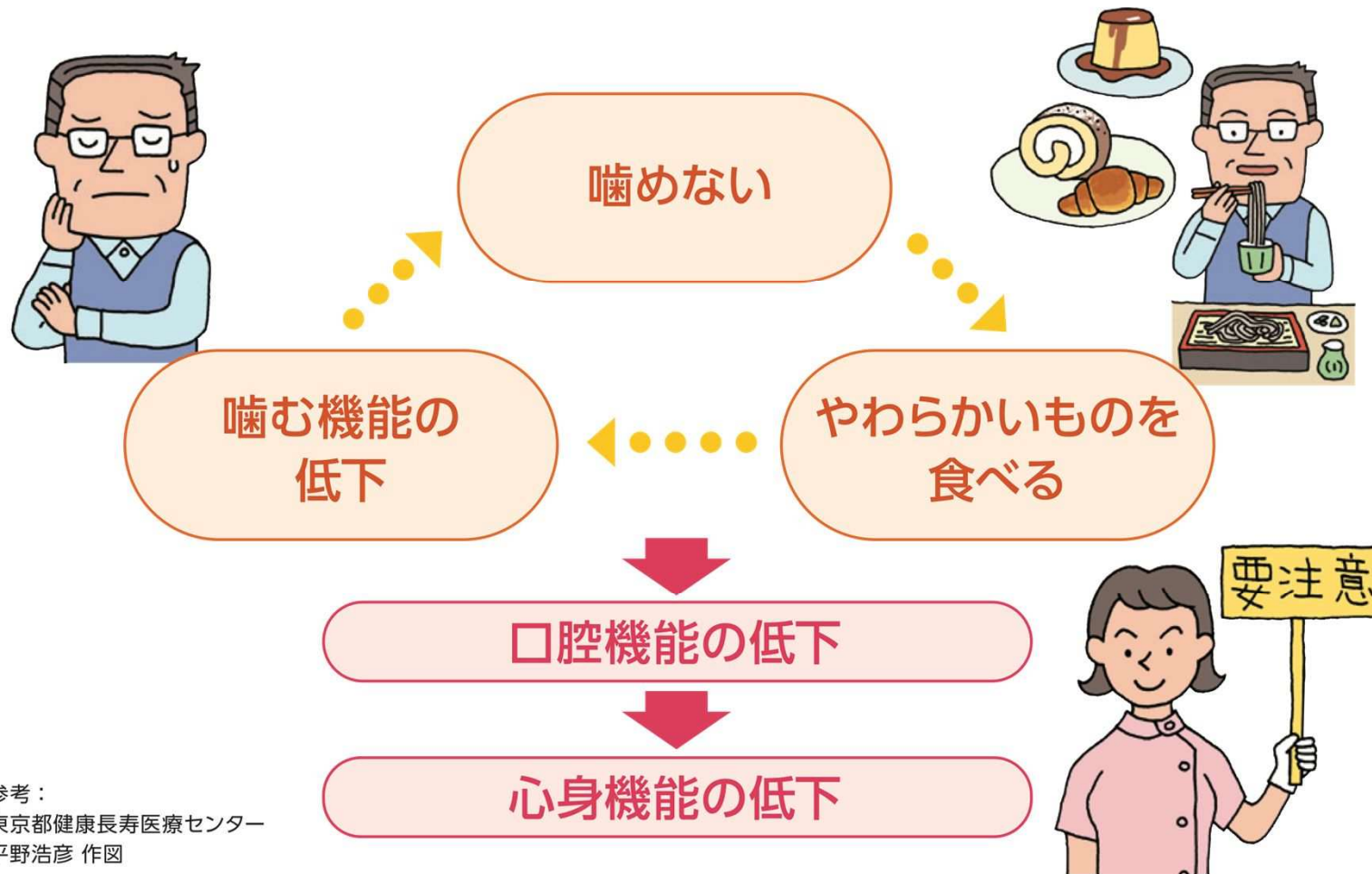
QOL (口腔・全身) / 生活機能

疾患 (多病) ・多剤 (ポリファーマシー)



オーラルフレイルの人の抱えるリスク

- ①自分の歯が20本未満
- ②滑舌の低下
- ③噛む力が弱い
- ④舌の力が弱い
- ⑤半年前と比べて硬い物が噛みにくくなった
- ⑥お茶や汁物でむせる



参考：
東京都健康長寿医療センター
平野浩彦 作図

オーラルフレイルへの取り組みによる効果

- ◇口腔衛生の意識の向上
- ◇呼吸器疾患の予防（誤嚥性肺炎の予防）
- ◇口腔疾患の予防（むし歯、歯周病、口腔粘膜疾患など）
- ◇口腔機能の維持・回復など（咀嚼機能の改善、摂食嚥下障害の改善、口腔粘膜の感覚機能改善＝味覚、触感、湿度感覚などの改善、コミュニケーションの回復）

基本チェックリスト

歯科衛生士の視点

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付けください)	
① 生活状況	1 バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
	2 日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
	3 預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
	4 友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
	5 家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
② 運動機能	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
	7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
	8 15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
	9 この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
③ 栄養状態	10 転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
	11 6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
④ 口腔機能	12 身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)		
	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
⑤ 閉じこもり	15 口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
	16 週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
⑥ 認知機能	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
	18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとわかりますか	1. はい	0. いいえ
	19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
⑦ うつ状態	20 今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
	21 (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
	22 (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
	23 (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
	24 (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
	25 (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) × 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

読み取って助言に繋げる(生活機能)

基本チェックリスト①～⑤

「義歯がない」「咀嚼できない」「むせる」など食べることに問題があり
家族や友人との外出機会に口腔が関係しているかもしれません。

例：歯や義歯がないため食事に時間がかかる、食べられる物が限られる
などの理由のため外出を控えることがある。

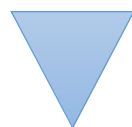


生活機能の低下に口腔が関係していないか探り、原因に直接アプローチする。

読み取って助言に繋げる(運動機能)

基本チェックリスト⑥～⑩

転倒については奥歯での噛み合わせがないことで、転倒リスクが高くなることがわかっています。転倒歴や転倒への不安を抱えている高齢者は大変多いです。



- 座位での歯磨き、洗面所に椅子を設置するなど、安全なセルフケア、環境整備を提案する。
- 義歯を使用している方は片手で義歯を持ち、片手で義歯ブラシを持ちます、立位保持がしっかりできるのか確認する。
- 階段のない歯科医院、バリアフリーの歯科医院、歯科訪問診療などの情報提供する。

読み取って助言に繋げる(栄養)

基本チェックリスト⑪⑫

体重減少の原因が口腔・嚥下機能と関係している場合も多くあり、口腔機能の⑬⑭⑮と合わせて注視する項目です。



- ・リハビリテーションを効果的に行うためには、たんぱく質を含むバランスの良い栄養摂取が必要であり、口腔環境を整える必要があることを提案する。

ささいな衰えに気づきましょう！

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付けください)	
① 生活状況	1 バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
	2 日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
	3 預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
	4 友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
	5 家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
② 運動機能	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
	7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
	8 15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
	9 この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
	10 転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
③ 栄養状態	11 6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
	12 身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)		
④ 口腔機能	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
	15 口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
⑤ 閉じこもり	16 週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
⑥ 認知機能	18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるといわれますか	1. はい	0. いいえ
	19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
	20 今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
⑦ うつ状態	21 (ここ2週間)毎日の生活に充実感が無い	1. はい	0. いいえ
	22 (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
	23 (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
	24 (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
	25 (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5未満の場合に該当とする。

チェック項目⑬⑭⑮を細かく観察しましょう

【受領簿番号】 口腔機能アセスメント票 実施日： 年 月 日

フリガナ 男・女 歳
氏名 様 生年月日 年 月 日

住所 連絡先・電話番号 () 情報提供の同意 同意 非同意

食事は、美味しく、楽しんで食べられていますか? はい いいえ

噛む

- ★両方の奥歯で噛みにくいですか? はい いいえ
- ★固いものが食べにくくなりましたか? はい いいえ
- ★昔は食べていたのに食べられなくなった食べ物がありますか? はい いいえ
- ★取り外しの入れ歯を使用していますか? はい いいえ
- ★入れ歯の不具合がありますか? (緩い、落ちる、動くなど) はい いいえ

飲み込み

- ★食べこぼしが増えたり、ムセたりすることがありますか? はい いいえ
- ★食べた後、声がかすれる はい いいえ
- ★口や舌の渇きがありますか? (口の中がべとべと、ヒリヒリする) はい いいえ
- ★食べ物や薬が飲み込みづらいことがありますか? はい いいえ
- ★食欲が落ちましたか? はい いいえ

観察

- ★口臭がある? (本人、周囲の方の気づき) はい いいえ
- ★舌の汚れがありますか? はい いいえ
- ★時々、血が出ることはありませんか? はい いいえ
- ★歯磨きができない、又はしない はい いいえ
- ★歯がグラグラしている はい いいえ
- ★噛むと痛いと感じる はい いいえ
- ★歯に物が詰まった感じがする はい いいえ

介護認定 (事業対象者、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)

歯科受診希望 有 無 かかりつけ歯科医院 有 (歯科医院名) 無

ふりがな調査者氏名 所属 電話番号

訪問歯科診療申込書 様式1 《問い合わせ先》 まずはお電話を!
申込書はQRコードから入手できます 唐津玄海地域在宅歯科医療連携室
TEL 74-6402 FAX 74-6403

連携室記入欄 (口腔機能低下リスクチェック) 「はい」のチェック数

噛む	飲み込み	観察・口腔ケア	チェック数
/ 5	/ 5	/ 7	/ 17

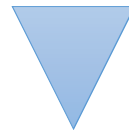
チェック項目が3つ以上、★印のところに1つでもチェックが入れば歯科治療の必要があります。

2023.8 版

読み取って助言に繋げる(閉じこもり)

基本チェックリスト⑯⑰

難聴と同様に、口腔の問題から食事や会話に支障をきたし、閉じこもりの要因になることもあります。

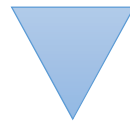


閉じこもりの要因に口腔が関係していないか探り、原因に直接アプローチする。

読み取って助言に繋げる(物忘れ)

基本チェックリスト⑱～㉔

噛むことは脳に多くの刺激を与え、奥歯の噛み合わせの有無は認知症の予防や抑制に大きく関与することがわかっています。



- ・奥歯の噛み合わせがない場合は歯科受診、義歯の装着や新製の必要性を提案する。
- ・認知症が進むと歯科受診することが難しくなるため、認知症と診断された場合は、早期に歯科受診することを提案する。
- ・奥歯の噛み合わせがあることで常食摂取が可能となり、家族の介護負担も軽減されることを提案する。

読み取って助言に繋げる(うつ予防)

基本チェックリスト⑳～㉔

食事や会話、口腔衛生等に影響を及ぼすことがあります。



- ・ 口腔衛生に対して関心がない、衛生観念が崩れてしまう場合もあります。促しや声掛けなど家族の介入等を提案する。
- ・ 通所サービスを利用している場合はスタッフの口腔ケア介入を提案する。

【受領簿番号 〽】口腔機能アセスメント票 実施日： 年 月 日

フリガナ 氏名	男 ・ 女	歳
生年月日	様	生年月日
住所	連絡先・電話番号 ()	情報提供の同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 非同意

食事は、美味しく、楽しんで食べられていますか？…………… はい いいえ

・ 両方の奥歯で噛みにくいですか？…………… はい いいえ

・ 固いものが食べにくくなりましたか？…………… はい いいえ

・ 昔は食べていたのに食べられなくなった食べ物がありますか？ はい いいえ

・ 取り外しの入れ歯を使用していますか？…………… はい いいえ

☆ 入れ歯の不具合がありますか？（細い、落ちる、動くなど）…………… はい いいえ

飲み込み

☆ 食べた後、声がかすれる…………… はい いいえ

☆ 口や唇の動きがありますか？（口の中がべとべと、ヒリヒリする） はい いいえ

・ 食べ物や薬が飲み込みづらいことがありますか？…………… はい いいえ

・ 食欲が落ちてきましたか？…………… はい いいえ

観察

・ 口臭がある？（本人、周囲の方の気づき）…………… はい いいえ

・ 舌の汚れがありますか？…………… はい いいえ

・ 時々、血が出ることはありませんか？…………… はい いいえ

・ 歯磨きができない、又はしない…………… はい いいえ

☆ 歯がグラグラしている…………… はい いいえ

・ 噛むと痛いと感じる…………… はい いいえ

・ 歯に物が詰まった感じがする…………… はい いいえ

介護認定（事業対象者、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）

歯科受診希望 有 無 かかりつけ歯科医院 有（歯科医院名） 無

ふりがな
調査者氏名

所 属	
電話番号	

訪問歯科診療申込書 様式 1

《問い合わせ先》 まずはお電話を！

申込書は QR コードから入手できます



TEL 74 - 6402 FAX 74 - 6403

連携空記入欄（口腔機能低下リスクチェック） 「はい」のチェック数

噛む	飲み込み	観察・口腔ケア	チェック数
/ 5	/ 5	/ 7	/ 17

チェック項目が3つ以上、☆印のところに1つでもチェックが入れば歯科治療の必要があります。

唐津玄海地域 在宅歯科医療連携室の案内

通所困難な方を対象にした相談窓口

自宅や病院・施設に歯科医師や
歯科衛生士がお伺いして
お口に関する困り事や
悩みに対応いたします。



歯や歯ぐきが痛い

入歯が合わない



皆様からの相談
待ってま〜す!



お口に関する事何でもお気軽にご相談ください! AM9:00~PM5:00
(土日祝日を除く)

一般社団法人
唐津東松浦歯科医師会
佐賀県歯科衛生士会

☎(0955)74-6402 FAX 74-6403
唐津市ニタ子1丁目5番1号【さんて】歯科口腔保健センター内

ご清聴ありがとうございました

ございました。