

令和 6 年度  
在宅要介護者訪問歯科健診事業  
「訪問歯科健診」  
実施要領

-令和 6 年 8 月 -



横浜市健康福祉局高齢在宅支援課  
一般社団法人横浜市歯科医師会



# 令和6年度 在宅要介護者訪問歯科健診事業 実施要領

## 1 目的

加齢に伴う口腔機能の低下は、感染症の発症や嚥下障害など高齢者のADL（日常生活動作）に大きく影響するが、在宅で暮らす多くの高齢者やそのご家族等にその事実が認識されていないことが多い。

そこで、横浜市は後期高齢者医療広域連合が実施する「高齢者の低栄養防止・重症化予防等事業」の補助金を活用し、要介護状態の在宅高齢者を対象に、口腔機能の改善を図るとともに口腔ケアの重要性を啓発します。

そして、訪問歯科健診の事業効果検証を通して、後期高齢者の低栄養防止・重症化予防を図る実施手法の検討と効果の検証を目的として「在宅要介護者訪問歯科健診事業『訪問歯科健診』」を実施する。

## 2 委託者（実施主体）

横浜市

## 3 受託者（実施担当）

一般社団法人 横浜市歯科医師会

## 4 対象者

横浜市内の神奈川県後期高齢者医療制度被保険者のうち、歯科健診を受診することができない在宅の原則要介護3以上※の後期高齢者で、医療保険や介護保険において歯科に関する管理を受けておらず（例：居宅療養管理指導を受けていない等）、本人またはその家族等が歯科健診を希望する方を対象とする。

※要支援1・2、要介護1・2の方は、医科の訪問診療を受けている場合に本事業の対象となります。

※後期高齢者医療制度被保険者が本事業の対象者です、**被保険者証を必ず確認してください。**

・**後期高齢者被保険者であれば、65歳～74歳の方も対象になります。**

・生活保護受給者は後期高齢者医療制度の対象とならないため、本事業の対象外となります。

対象者の確認を  
明記

## 5 実施期間

令和6年9月1日～令和7年1月31日

期間の修正

## 6 実施医療機関

一般社団法人横浜市歯科医師会（以下「横歯」という。）会員で、本事業の実施に協力する歯科医療機関（以下「協力歯科医療機関」という。）。

## 7 実施概要

### （1）訪問歯科健診の実施

「4 対象者」に対して、誤嚥性肺炎等の疾病を予防するため、及び低栄養 防止・歯科疾患の重症化予防に繋げるために訪問歯科健診を実施する。

また、訪問歯科健診については、健診結果をもとに相談対応及び指導も併せて実施する。健診を実施するにあたり、**480件**の訪問を上限とする。

なお、歯科医師1人につき、歯科衛生士1人を同行することが可能とする。

### （2）事業効果検証

訪問歯科健診を実施した者を対象にアンケートを実施し、口腔・栄養学的評価、摂

令和6年度も480件を限度とします。

食・嚥下機能評価を行うとともに、効果的・効率的なアセスメント及び介入支援の方法等について検証を行う。

検証後は、報告書を作成し、委託者に1部提出する。

#### 8 受診者の負担

受診者の自己負担はないものとする。

#### 9 本事業と治療の区分

訪問歯科健診と併せて、治療行為は行わないこと。

#### 10 個人情報の保護

原則として、対象者の個人情報を第三者に提供してはならない。ただし、訪問歯科健診の結果を地域包括支援センター、ケアマネジャー及び介護保険事業所に情報提供することを本人から事前に同意を得ていた場合には、この限りではない。

また、受託者は、この契約による事務を処理するための個人情報の取扱いについては、「個人情報特記事項」及び「電子計算機処理等の契約に関する情報取扱特記事項」を遵守しなければならない。

#### 11 実施回数及び費用

(1) 実施回数：対象者1人につき実施期間中1回

(2) 費用：歯科医師 1回あたり 12,760円 (源泉差引前の額)

歯科衛生士 1回あたり 5,290円

感染症対策用費用

歯科医師 1回あたり 1,000円

歯科衛生士 1回あたり 1,000円

#### 12 本事業の申込・問合せ

訪問歯科健診を希望する者からの申込・問合せは、一般社団法人横浜市歯科医師会が受け付ける。

(一社)横浜市歯科医師会  
住所〒231-0012 横浜市中区相生町6-107  
電話 045(681)1553 FAX 045(212)4618

# 訪問歯科健診の実施方法

## 1 歯科健診前

- \* 横浜市歯科医師会または各地域連携室より訪問歯科健診の協力依頼と日程調整の電話があります。
- \* 日程調整完了後、受診希望者へは横浜市歯科医師会または各地域連携室より健診日時の連絡をします。

## 2 歯科健診当日

### 2-1 当日の確認事項

- \* 被保険者証の提示を求め、本人確認と要介護度の確認を行います。要介護2以下の方を健診する場合は、訪問診療が介入していることが条件となりますので、併せてご確認ください。
- \* 歯科健診後の効果検証を行うためのために歯科健診実施前に事前アンケートを行ってください。 **別紙1**
- \* 個人情報取り扱いに関する同意と本事業の対象者であることの申告について確認欄に署名が必要であることをご説明ください。 **別紙1**
- \* 被保険者番号（後期高齢者医療保険）は、必ず被保険者証を確認したうえで、記入してください。  
(※被保険者証が確認できない場合は、生活保護受給者など対象外の可能性があります。)

| 後期高齢者医療被保険者証  |                 |
|---|-----------------|
| 有効期限  |                 |
| 被保険者番号  |                 |
| 被<br>保<br>險<br>者  | 住<br>所          |
|   |                 |
| 氏<br>名  |                 |
| 生<br>年<br>月<br>日  |                 |
| 資格取得年月日   |                 |
| 発効期日  |                 |
| 交付年月日   |                 |
| 一部負担金の割合  |                 |
| 保<br>險<br>者<br>番<br>号<br>並<br>び<br>に<br>保<br>險<br>者<br>の<br>名<br>称<br>及<br>び<br>印 | 神奈川県後期高齢者医療広域連合 |

### 2-2 歯科健診の開始

- \* 訪問歯科健診診査票 **別紙2** の項目に従って歯科健診を実施してください。
- \* 歯科健診の内容は次のとおりです。

#### ■口腔診査

- (1) 歯の状態
- (2) 咬合の状態

- (3) 軟組織の状態
- (4) 口腔乾燥の状態
- (5) 口腔衛生の状態
- (6) 歯肉の炎症の程度 (GI ; Gingival Index)
- (7) 舌・嚥下機能評価
- (8) 摂食機能評価

■相談対応

健診結果を含め受診者や家族から口腔に関する相談に応じてください。

■指導

- (1) う蝕・歯周疾患の予防法(ブラッシング指導、食事・生活指導など)
- (2) 口腔機能向上
- (3) その他

\* 歯科健診を担当した歯科医療機関名、担当歯科医師名、担当歯科衛生士名をご記入ください。

## 2-3 健診結果の説明と報告

- \* 「訪問歯科健診」結果の報告[別紙3]に歯科健診結果を記入のうえ、忘れずに受診者に渡してください。
- \* 現在の口腔内がどのような状態であるか、治療が必要な部位や歯肉の炎症等について、手鏡等を使用して受診者やその家族が確認できるよう、具体的に説明してください。
- \* 歯科治療と口腔ケアが必要な場合は、その旨を記載し、歯科受診の喚起を行ってください。
- \* 歯科訪問診療を希望する場合は、担当のケアマネジャーまたは歯科医療連携室へご相談ください。

## 2-4 事後アンケート

- \* 事後アンケート[別紙4]と返信用封筒を本人・家族に渡してください。
- \* 返信用封筒の所定の欄に返信期限の日付(2週間後)を記入して、必ず郵送するよう伝えてください。

## 3 歯科健診後

- \* 歯科健診後は以下の書類をとりまとめて歯科健診終了から1週間以内に横浜市歯科医師会(〒231-0012横浜市中区相生町6-107)まで郵送にてご提出ください。

- |                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| <input type="radio"/> 事前アンケート       | 別紙1 |
| <input type="radio"/> 訪問歯科健診診査票     | 別紙2 |
| <input type="radio"/> 「訪問歯科健診」結果の報告 | 別紙3 |
| <input type="radio"/> 事業実施報告書兼請求書   | 別紙5 |

- \* 歯科健診費用は、原則として先生方が開設されている神奈川県歯科医師信用組合の口座に振込みさせていただきます。
- \* 歯科衛生士同行の有無は、診査票[別紙2]の担当歯科衛生士名の記入で判断させていただきますので忘れずにご記入ください。

無料

～健康は健口(けんこう)から～

先着480名限定

# 訪問歯科健診

この事業は、横浜市の令和6年度在宅要介護者訪問歯科健診事業により実施します。

## 《事業実施期間》

令和6年9月1日～令和7年1月31日

加齢に伴う口腔機能の低下は、感染症の発症や嚥下障害など高齢者のADL（日常生活動作）に大きく影響します。

そこで、通院が困難な在宅高齢者を対象に、訪問歯科健診を行うことにより、早期対応及び口腔機能の改善を図ります。

### ◆実施内容

◇対象者:・市内在住で歯科健診に行くことができない75歳以上（神奈川県後期高齢者医療制度対象者）で**要介護3以上※の方**



※ **要支援1・2、要介護1・2の方**は、内科等の定期的な訪問診療を受けている場合に**本事業の対象となります**。

・現在、医療保険や介護保険において歯科に関する治療・管理を受けていない方

◇内容:無料で、歯科医師によるむし歯、歯周病のチェック、お口の機能のチェック、歯科衛生士による歯みがきアドバイス等を行います。

\*むし歯等の問題が見つかった場合で、診療、治療につながった場合は、保険診療となります。

◇自己負担: **無料**

◇申込方法:下記問合せ先までお電話・申込書(裏面)に必要事項をご記入のうえFAXにてお申し込み下さい。

「訪問歯科健診」に関する問合せ・申込は  
(一社)横浜市歯科医師会 歯科医療連携室

電話:0120-814-594 FAX:0120-458-557

- 在宅要介護者訪問歯科健診事業 -

横浜市・(一社)横浜市歯科医師会



# 在宅要介護者訪問歯科健診連絡表

【申込日】令和 年 月 日

|          |  |       |  |
|----------|--|-------|--|
| 申込者氏名    |  |       |  |
| 患者さんとの関係 | <input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他( ) |       |  |
| 電話番号     |  | FAX番号 |  |

|   |   |                            |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
|---|---|----------------------------|---|---|---|---|---|---|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
| 利用者(患者)<br>氏名   | ふりがな  |                            | 男・女   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| 生年月日  | 年 月 日 滿 歲   |                            |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| 住 所   | 〒 横浜市 区   |                            |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| 電話番号  |   |                            |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| 介護認定  | <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<br> <input type="checkbox"/> 医科の訪問診療介入有<br><input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 |                            |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| ・生活保護   | <input type="checkbox"/> 有  | <input type="checkbox"/> 無 | ・医療保険 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無     |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| ・障害者手帳  | <input type="checkbox"/> 有  | <input type="checkbox"/> 無 | ・かかりつけ主治医 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| ・かかりつけ歯科医   | <input type="checkbox"/> 有  | <input type="checkbox"/> 無 | 医院・医師名 電話番号   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| 医院・医師名  | 電話番号  | 医院・医師名                     | 電話番号  |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| 患者さんの状態(環境)   |   |                            |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 自力で移動できる <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要  |   |                            |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| 訪問健診希望曜日  | 駐車スペース  |                            |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |   | 月                          | 火   | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 午前 |  |  |  |  |  |  |  | 午後 |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |  |  |
|   |   | 月                          | 火   | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| 午前  |   |                            |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| 午後  |   |                            |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |

FAX 0120-458-557  
 横浜市歯科医師会 歯科医療連携室

年度を  
変更しています。

## 《訪問歯科健診》事後アンケート

月 日 ( ) に実施した訪問歯科健診のその後の状況につきまして、以下の事後アンケートにご協力いただきますよう、よろしくお願ひいたします。

記入日：令和 年 月 日

住 所：

氏 名：

代筆者： (ご本人とのご関係)

※代筆する場合は、代筆者の欄に氏名をご記入ください。

あてはまる部分の□に✓をつけて下さい

① お口の症状で気になることは何ですか？

入れ歯 歯ぐき 歯 食べにくい・飲み込みにくい  
その他 [ ]

② お口の粘つきや口臭を感じますか？

ある 少しある あまりない ない

③ 訪問歯科健診を受けられていかがでしたか？

良かった ふつう あまり良くなかった

④ 訪問歯科健診により、お困りごとが解決しましたか？

はい いいえ

⑤ 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。

はい いいえ

⑥ お茶や汁物等でむせることができますか？

はい いいえ

⑦ (訪問歯科健診の結果のご報告で歯科治療が必要と記載されていた方にお聞きします。)

訪問歯科健診後に歯科治療を受けましたか？

はい 訪問診療 通院診療 (歯科医療機関名：)

申込中

いいえ (差支えなければ、その理由も教えてください。)

ご協力ありがとうございました。

## 訪問歯科健診 診査票★被保険者証を確認のうえ、記入してください。

|       |                              |                 |               |
|-------|------------------------------|-----------------|---------------|
| 診査実施日 | 年 月 日                        | 住 所             | (〒 )          |
| 受診者氏名 |                              |                 | 電話番号 ( )      |
| 要介護度  | 3 · 4 · 5<br>支1 · 支2 · 1 · 2 | 被保険者番号(後期高齢者医療) |               |
|       | 性別                           | 男・女             | 生年月日 大昭年月日(歳) |

★以下の診査を実施していただき、ご記入または○印を付けてください

## 1. 歯の状態

(デンチャー部位など記載欄)

右

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

(デンチャー部位など記載欄)

歯式の記入にあたり用いる記号(例)

健全 : /

う歯 : C (未処置歯)

残歯根 : C4

処置歯 : ○ 壊失歯 : △

義歯 : FD, PD

インプラント : Im

ポンティック : Po

※義歯、ブリッジ(Br)の詳細

は欄外に記載

① 現在歯数 [ / + C(C4除く) + ○ ] ( 本) うち未処置歯数( 本) ( · 機能歯数※( 本)

※機能歯=現在歯/ + C(C4除く) + ○ + 義歯(FDPD) + ポンティック(Po) + インプラント(Im)  
(歯冠があるものは対合歯がなくても機能歯とする。)

② 義歯の部位 上顎 ( 総義歯 · 局部 ) 下顎 ( 総義歯 · 局部 ) インプラント ( 有 · 無 )

③ 義歯の状況 有の場合、適合状況 ( 良好 · 義歯不適合 · 義歯破損 )

## 2. 咬合の状態

①現在歯による臼歯部での咬合 : 右側 (なし・あり) : 左側 (なし・あり)

②義歯装着による臼歯部での咬合 : 右側 (なし・あり) : 左側 (なし・あり)

## 3. 軟組織の状態

異常 : なし・あり (部位 : 齒肉・舌・粘膜・その他)

&gt;)

## 4. 口腔乾燥の状態

異常 : なし・あり (軽度・中程度・重度)

## 5. 口腔衛生の状態

①プラーク付着状況 : 殆どない・中程度・多量

②食 渣 : 殆どない・中程度・多量

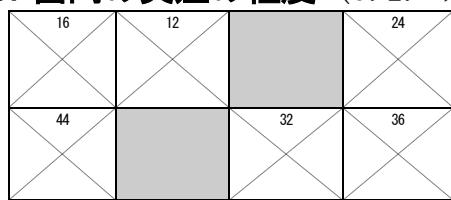
③歯 石 : 残留 : 残留

④舌 苔 : 残留 : 残留

⑤口 臭 : 残留 : 残留

⑥義歯清掃状況 : 良好・普通・不良・義歯なし

## 6. 齒肉の炎症の程度 (G. I. ; Gingival Index) =各歯のスコアの合計/被歯数



1歯につき頬側、舌側、近心側、遠心側の4箇所測定し合計する

G. I. =

0: 炎症認められない

1: 軽度の炎症。わずかな色調変化。プローブによる歯肉炎擦過による出血

2: 中等度の炎症。表面の光沢、発赤、浮腫、腫脹が認められる。歯肉辺縁の擦過により出血が認められる。

3: 高度の炎症。著明な発赤、腫脹、自然出血の傾向が認められる。あるいは潰瘍形成が認められる。

## 7. 舌・嚥下機能評価 ※舌・嚥下機能評価が行えない場合その理由をご記入ください。( )

①舌機能:挺舌(舌出し)が : 十分・下唇を越えない・不能

②反復唾液嚥下テスト(RSST)

唾液の嚥下を30秒間繰り返してもらいます。「できるだけ何回も飲み込んでください」と指示します。

喉頭隆起(のど仏)あたりに指をあてて嚥下回数を確認。 30秒間に2回以下 · 30秒間に3回以上

歯科医師・歯科衛生士指導内容

感染症防止対策の

実施チェック欄

(右欄に□してください)

歯科健診医療機関名

担当歯科医師名

担当歯科衛生士名

年度を  
変更しています。

## 「訪問歯科健診」結果の報告

|       |   |       |       |
|-------|---|-------|-------|
| 受診者氏名 | 様 | 診査実施日 | 年 月 日 |
|-------|---|-------|-------|

あなたの歯科健康診査の結果は次の通りですでお知らせします。

## あなたのお口の健康状態

※該当する箇所に○印を付けてください

- ( ) 残っている歯は ( ) 本あります  
 ( ) 良好な状態です。  
 ( ) むし歯があります。  
 ( ) 歯ぐきに炎症があります。  
 ( ) かみ合わせに問題があります。  
 ( ) 入れ歯が合っていません。  
 ( ) 入れ歯に汚れがついています。  
 ( ) 軟組織〔歯肉、舌、粘膜など〕に異常がある可能性があります。  
 ( ) 舌の動きや飲み込む機能に問題がある可能性があります。  
 ( ) お口の中が乾燥しています。  
 ( ) お口の中に汚れがみられます。  
 ( ) 口臭があります。  
 ( ) その他 [ ]

## お口の健康を保つために

- ( ) 今のところ治療の必要はないと思われますが、歯科医院で定期的に歯科健診（有料・自己負担）を受けることをお勧めします。  
 ( ) 歯のみがき方、入れ歯の清掃の仕方などの指導を受けて、お口の清掃を心がけてください。  
 ( ) 検査や治療を必要とします。歯科医院を受診してください。  
 ( ) その他 [ ]

生涯おいしく楽しく食べるため、かかりつけの歯科医院をもち、お口の健康を保ちましょう。

かかりつけの歯科医院がある方はそちらにお問い合わせ下さい。

かかりつけの歯科医院がない、または通院できない場合は、

担当のケアマネジャーまたは歯科医療連携室へご相談ください。

訪問歯科健診 担当歯科医師氏名

＼ 年度を  
変更しています。

## 《訪問歯科健診》事前アンケート

以下の内容にご了承いたいただける場合は□に✓をつけて下さい。

(1)～(3)の□に☑が入らない方は、この訪問歯科健診事業の対象になりません。

- (1)□ 訪問歯科健診実施後、その結果を横浜市、ケアマネジャー、介護保険事業所、その他必要な範囲で関係するものに提示することに同意します。
- (2) 訪問歯科健診を受診するにあたり、医療保険や介護保険において歯科に関する管理を受けていないことを申告します。
- 歯科の通院をしていません。  
□ 歯科医師や歯科衛生士の訪問、指導を受けていません。
- (3)□ 横浜市が国へ事業報告するにあたり、対象者の健康診査データや医療保険・介護保険のデータを提供することに同意します。(個人情報は匿名化します。)

記入日：令和 年 月 日

ご署名：

代筆者： (ご本人とのご関係)

※代筆する場合は、代筆者の欄に氏名をご記入ください。

あてはまる部分の□に✓をつけて下さい

① お口の症状で気になることは何ですか？

- 入れ歯    □歯ぐき    □歯    □食べにくい・飲み込みにくい  
□その他    [ ]

② お口の粘つきや口臭を感じますか？

- ある    □少しある    □あまりない    □ない

③ 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか？

- はい    □いいえ

④ お茶や汁物等でむせることがありますか？

- はい    □いいえ

⑤ この半年間で歯科に通院しましたか？

- はい    □いいえ

⑥ この事業は何で知りましたか？

- ①家族から □②友人や知人から □③ケアマネジャーから □④ケアプラザから、  
□⑤医療機関から □⑥介護保険認定通知の同封ちらし □⑦その他 ( )

ご協力ありがとうございました。

一般社団横浜市歯科医師会  
会長 吉田 直人 殿

|          |     |  |  |  |  |  |
|----------|-----|--|--|--|--|--|
| 医療機関コード  |     |  |  |  |  |  |
| 地区歯科医師会名 |     |  |  |  |  |  |
| 歯科医療機関名  |     |  |  |  |  |  |
| 住 所      | 〒 - |  |  |  |  |  |
| 氏 名      |     |  |  |  |  |  |

## 訪問歯科健診実施報告書 兼 請求書

横浜市在宅要介護者訪問歯科健診事業について、下記のとおり報告し、あわせて健診費用を請求します。

1 請求金額 \_\_\_\_\_ 円

| 健診費用単価・感染対策費          | 健診回数 | 計 |
|-----------------------|------|---|
| 歯科医師 12.760 円+1.000 円 | 回    | 円 |
| 歯科衛生士 5.290 円+1.000 円 | 回    | 円 |
| 合計                    |      | 円 |

2 添付書類 でご確認下さい

事前アンケート 別紙1

訪問歯科健診診査票 別紙2

訪問歯科健診」結果の報告 別紙3

事業実施報告書兼請求書 別紙5

3 健診費用振込先

神奈川県歯科医師信用組合 本店・[ ]支店 普通預金・当座預金

口座番号 [ ] 名義人 [ フリガナ ]

## 実績報告書

令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( )

連携室名 : \_\_\_\_\_ 記入者氏名 : \_\_\_\_\_

依頼数 \_\_\_\_\_ 件

## 【連携室報告】

| No | 申込み日 | 健診日 | 健診を受ける方<br>の名前 | 健診医氏名 | 備考 |
|----|------|-----|----------------|-------|----|
| 1  |      |     |                |       |    |
| 2  |      |     |                |       |    |
| 3  |      |     |                |       |    |
| 4  |      |     |                |       |    |
| 5  |      |     |                |       |    |
| 6  |      |     |                |       |    |
| 7  |      |     |                |       |    |
| 8  |      |     |                |       |    |
| 9  |      |     |                |       |    |
| 10 |      |     |                |       |    |

## 【連絡事項】連絡必要な事項

## 実績報告書

1週間分のご報告をお願いいたします

令和6年9月2日（月）～令和6年9月8日（日）

連携室名：

記入者氏名：

依頼数

件

健診の依頼数についてご記入ください

## 【連携室報告】

| No | 申込み日 | 健診日  | 健診を受ける方の名前   | 健診医氏名           | 備考                      |
|----|------|------|--------------|-----------------|-------------------------|
| 1  | 9.3  | 9.4  | ○○ ○○        | ○○歯科医院<br>○○ ○○ |                         |
| 2  | 9.11 | 9.20 | ○○ ○○<br>他○名 | ○○歯科医院<br>○○ ○○ | 健診を受ける方複数有<br>代表者のみ氏名記載 |
| 3  |      |      |              |                 |                         |
| 4  |      |      |              |                 |                         |
| 5  |      |      |              |                 |                         |
| 6  |      |      |              |                 |                         |
| 7  |      |      |              |                 |                         |
| 8  |      |      |              |                 |                         |
| 9  |      |      |              |                 |                         |
| 10 |      |      |              |                 |                         |

【連絡事項】連絡必要な事項

令和6年度在宅要介護者訪問歯科健診事業

**訪問歯科健診診査票 別紙2 の記入方法**

後期高齢者医療被保険者証および介護保険証の提示をもとめ、診査票上部の枠内に漏れがないよう記入してください。

**1. 歯の状態**

- ・右表に記載のある記号を参考し歯式、記入してください。
- ・それぞれ歯式下の①②③カッコ内にその本数を記載してください。
- ・インプラントに関しては治療の有無の聞き取り等で確認しても構いません。

**咬合の状態**

- ・臼歯部での咬合状態を咬合紙等にて確認してください。

**3. 軟組織の状態**

- ・炎症等の異常所見があるかどうか、その部位を記入してください。

**4. 口腔乾燥の状態**

- ・下記を目安に記載してください。  
なし=正常   ・ あり=軽度   =唾液の粘性が亢進  
中等度=泡沢状の唾液  
重度   =唾液がほとんどなく乾燥

**5. 口腔清掃の状態**

①プラーク付着状況

- 歯面に付着しているプラーク（歯垢）の量を視診にて診査する。
- ・殆どない=プラークがほとんど見られない場合
  - ・中等度=歯面の1/3を超えてプラークが付着している場合
  - ・多量=歯面の1/3を超えてプラークが付着している場合

②食渣

- 歯面に付着している食渣の量を視診にて診査する。

- ・殆どない=食渣がほとんど見られない場合
- ・中等度=歯面の1/3を超えて食渣が付着している場合
- ・多量=歯面の1/3を超えて食渣が付着している場合

③歯石

- 歯面に付着している歯石の量を視診にて診査する。

- ・殆どない=歯石がほとんど見られない場合

- ・中等度=歯面の1/3を超えず歯石が付着している場合
- ・多量=歯面の1/3を超えて歯石が付着している場合

#### ④舌苔

付着している舌苔の舌背に閉める面積の割合を視診にて診査する。

- ・殆どない=1/3より小さい場合
- ・中等度=1/3~2/3の割合で付着
- ・多量=2/3以上の割合で付着

#### ⑤口臭

聞き取り調査をおこなう際に普通に会話をする状態(30~40cmくらいの距離)で評価をおこなう。

- ・殆どない=口臭を全くまたはほとんど感じない
- ・中等度=口臭はあるが、弱くがまんができる程度。会話に差し支えない程の弱い口臭
- ・多量=近づかなくても口臭を感じる。強い口臭があり、会話しにくい

#### ⑥義歯清掃状況

義歯の表面および内面を診査し、プラーク等の付着状況を視診で確認する。

- ・良好=ほとんど汚れが付着していない
- ・普通=若干の汚れが付着している
- ・不良=汚れが多量に付着している
- ・義歯なし

### 6. 歯肉の炎症の程度(G. I. ; Gingival Index)

- ・1歯につき頬側、舌側、近心側、遠心側の4箇所測定し合計する

0: 炎症は認められない

1: 軽度の炎症。わずかな色調変化。プローブによる歯肉炎擦過による出血

2: 中等度の炎症。表面の光沢、発赤、浮腫、腫脹が認められる。歯肉辺縁の擦過により出血が認める。

3: 高度の炎症。著名な発赤、腫脹、自然出血の傾向が認められる。あるいは潰瘍形成が認められる。

## 7. 舌・嚥下機能評価

- ①舌機能：挺舌（舌だし）
- ②反復唾液嚥下テスト（R S S T）をおこなう。

### 1) 嚥下を触診で観察する

- (1) 嚥下がなく、無反応
- (2) 嚥下がなく、むせ、呼吸切迫あり
- (3) 嚥下があり、呼吸切迫あり

### 2) 嚥下がおこった後、「エー」などと発声させ湿性嗄声を確認する

- (4) 嚥下あり、呼吸良好（むせなく）、湿性嗄声なし

### 3) 湿性嗄声がなければ、反復嚥下

- (5) 30秒以内に2回以内
- (6) 30秒以内に3回以上

## 歯科医師・歯科衛生士の指導内容

- ・ 健診結果を含め受診者や家族からの口腔に関する相談に応じ、その内容を記入してください。
- ・ う蝕・歯周疾患の予防法（ブラッシング指導・食事・生活指導等）を指導しその要点を記入してください。
- ・ 口腔機能の低下が認められる場合は、唾液腺マッサージ指導、嚥下体操等を指導し、その要点を記入してください。
- ・ 次項で説明する別紙3も活用して指導を行ってください。
- ・ 横浜市歯科医師会ホームページ（会員ページ・配布資料）に掲載されている「健口ガイド」をダウンロードしてご活用下さい。

URL <https://member.yokoshi.net/public/>

※ID パスワードに関しては、ご自身の登録情報を確認ください。

## 歯科医師の署名、歯科衛生士の署名

- ・ 健診費用の請求の際の確認事項となりますので、署名を忘れないでください。  
※フルネームでの記載をお願いします。

## 訪問歯科健診結果の報告 **別紙3** の記載方法

- ・ 訪問歯科健診診査の結果**別紙2**に基づき、その結果を報告書**別紙3**に記入してください。
- ・ 受診者氏名と診査年月日を忘れずに記入してください。
- ・ 報告書別紙3は複写式ではないため、2部（受診者用・横歯提出用）作成してください。
- ・ 「あなたのお口の健康状態」のところで該当する箇所に○印を付けてください。
- ・ 「お口の健康を保つために」のところで街頭する箇所に○印を付け、それに関する保健指導を実施してください。
- ・ 必要に応じて歯科訪問診療を受ける事を勧めてください。
- ・ その際に横浜市歯科医師会歯科医療連携室歯科訪問診療・口腔ケア申込書様式1を渡し、歯科訪問診療を申し込むように促してください。
- ・ 歯科訪問診療を希望する場合は担当のケアマネジャーにも相談するようつたえてください。

## 事業実施報告書兼請求書 **別紙5** の記載方法

- ・ 訪問歯科健診実施後、1週間以内に到着するよう郵送してください。
- ・ 定員数の把握のため、健診後はなるべく早急に郵送するようお願いします。
- ・ 返信用封筒を用い下記の書類を忘れずに同封し横歯へ郵送してください。

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 事前アンケート     | 別紙1 |
| <input type="checkbox"/> 訪問歯科健診診査票   | 別紙2 |
| <input type="checkbox"/> 訪問歯科健診結果の報告 | 別紙3 |
| <input type="checkbox"/> 事業実施報告書兼請求書 | 別紙5 |

- ・ 健診費用の振込先を記入してください。
- ・ 訪問歯科健診診査票への記入**別紙2**に歯科衛生士の署名が無い場合は、歯科衛生士の健診費用は認められなくなりますので必ず署名をお願いします。

## 令和6年度在宅要介護者訪問歯科健診事業

### 事業実施における留意点

- ① 歯科健診後必要があつて、歯科訪問診療をした場合、健診と同月の居宅療養管理指導は算定可能です。
  - ・ 訪問歯科健診の時に、居宅療養管理指導を受けていなければ、本事業の対象となります。
- ② 前月に一連の歯科診療が終了している場合は、原則として前月まで歯科診療を担当した歯科医師に相談をするよう受診者・家族に伝えてください。
  - ・ 健診担当医が引き続き診療に移行する場合：受診者・家族から直接、健診担当医に歯科訪問診療の依頼があつた場合はその限りではありません。その場合、後日、健診担当医が歯科訪問診療・口腔ケア申込書様式1を持って横浜市歯科医師会歯科医療連携室に報告してください。（すでに歯科訪問診療を開始している旨の記載をしてください）
  - ・ 何らかの理由で健診担当医が引き続き診療を行わない場合：かかりつけ歯科医がいない場合は受診者・家族が歯科訪問診療・口腔ケア申込書様式1によって横浜市歯科医師会歯科医療連携室に相談、申し込みするよう伝えてください。
- ③ 原則として本事業は横浜市に住所がある方が対象となります。横浜市にお住まいでも他市町村に住民票がある方は本事業の対象となりません。なお、住所については、被保険者証でご確認ください。
- ④ 本事業は原則居宅の方が対象となります。居宅以外に居住系施設等に入居している方への健診に関しましては該当可否について確認が必要なため、健診を実施前に横浜市歯科医師会歯科医療連携室ご連絡ください。

上記の通り、本事業の対象は居宅の方となるため、居住系施設へ周知および入居者への募集案内についてはお控え下さいますようお願い致します。

- ⑤ 本事業にかかる健診費用は、事業終了後に一括してお支払いさせていただく予定となっております。
- ⑥ 本事業は委託契約上、健診申請の上限が480件となっておりますので、進捗状況によりまして、事業実施期間より早く事業が終了となる場合がございます。

⑦ 事業の周知方法・チラシの配布場所については以下をご参考になさってください。

1) 区福祉保健センター（横浜市健康福祉局より案内予定）

- ・福祉保健課運営企画係（ケアプラザ運営協議会担当部署）
- ・高齢・障害支援課、高齢・障害支援係（地域包括ケア推進担当係長在籍）  
地域ケアプラザ所長会議・地域包括支援センター運営会議等での周知を依頼します。

2) 地域ケアプラザ・地域包括支援センター

- ・主任ケアマネージャー（エリア内の介護保険事業所へ周知依頼）
- ・デイサービス担当職員（デイサービス利用者・家族への周知依頼）
- ・運営協議会メンバー（地区社会福祉協議会、連合町内会、民生委員、老人クラブ等団体）への周知

3) 各区在宅医療相談室（医師会・訪問看護ステーション）

- ・多職種ネットワーク会議での周知
- ・事例検討会での周知
- ・その他

4) 各区三師会

## 訪問歯科健診後に歯科訪問診療を実施する場合

### 1 歯科訪問診療の依頼先

基本的に本事業を担当した協力医に歯科訪問診療の依頼を行います。

### 2 依頼方法

(1) 地域連携室設置地区(鶴見・港北・青葉・西・旭・泉・金沢・磯子・保土ヶ谷)の場合

各連携室から連絡を行います。

(2) 中区・地域連携室未設置地区(都筑・緑・神奈川・瀬谷・戸塚・南・港南・栄)の場合

横浜市歯科医師会(横浜市地域連携室)または地区担当者より連絡を行います。

### 3 保険診療上の留意点

訪問歯科健診実施日より1か月以内に歯科訪問診療を実施する場合は初診ではなく再診扱いとなります。(歯科訪問診療料は初診・再診の点数は同一です。) レセプト摘要欄には「歯科健診より移行」とご記入下さい。