

南空知圏域歯科医療と介護の連携の手引き

歯科医療と介護の共通連絡票 及び
岩見沢歯科医師会・美唄歯科医師会訪問歯科診療申込書 付

平成26年3月

南空知圏域歯科医療と介護の連携検討会

目 次

要介護高齢者において歯科医療が果たす役割と必要性	2
歯や口腔の問題に早期に対応するには	5
介護保険施設における口腔管理	8
歯科・口腔相談フローチャート	9
歯科医療と介護の共通連絡票の使用方法について	10
「歯科医療と介護の共通連絡票」と記入例	13
「岩見沢歯科医師会・美唄歯科医師会 訪問歯科診療申込書」	22
訪問歯科診療対応歯科医院一覧表	26
訪問歯科診療Q&A	28

要介護高齢者において歯科医療が果たす役割

歯科医療は、義歯の作成や歯周病の治療等の治療により食物を食べる機能を保ち、患者の食に対する意欲を継続させることにより全身の栄養状態、健康状態の維持を図る上で重要です。

また、口腔機能が低下してくると、歯科衛生士による口腔ケアによって口腔衛生を保ち続けることが重要であり、誤嚥性肺炎のリスクを半減させることができます。

また、義歯などにより欠損した歯を修復することは、食物を食べる機能だけではなく、発音する上でも重要であるほか、表情など審美面からも極めて大切であり、高齢者の会話、コミュニケーション能力を維持することにより社会参加を継続する上で不可欠なものです。

このように、歯科医療は高齢者の健康や生活機能の維持改善を図り、生活の質の守る上で重要な役割を担っていると言えるでしょう。



《歯科医療が果たす主な役割》

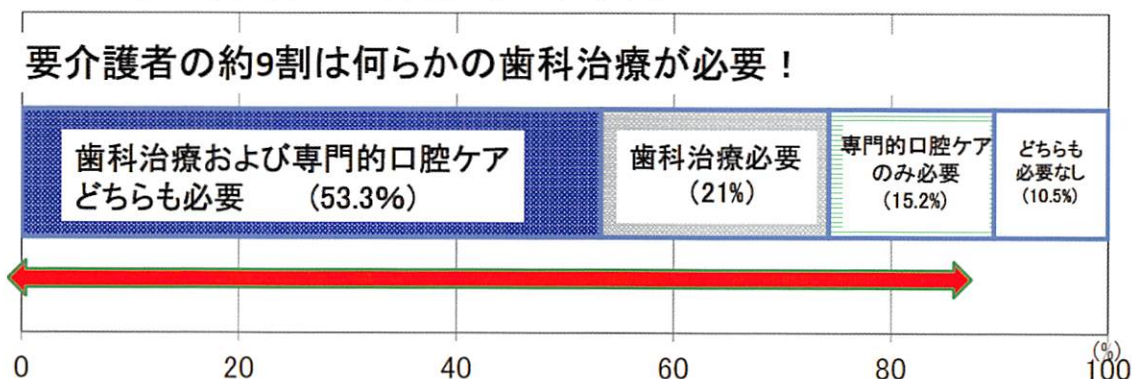
- ・ 訪問歯科診療など歯科医療の提供による疼痛の除去及び咀嚼機能の維持
- ・ 口腔ケアによる歯科疾患及び誤嚥性肺炎の予防
- ・ 発音機能の維持による会話やコミュニケーション能力の維持
- ・ 豊かな表情の形成など審美面の維持
- ・ 口腔機能向上サービスによる摂食嚥下機能の維持、向上

要介護高齢者における歯科医療の必要性

要介護高齢者における歯科医療については、残念ながら、多くの要介護高齢者の方には歯科治療が必要であるにも関わらず、適切な歯科医療や口腔ケアが行われていない現状 となっています。

要介護高齢者の歯科治療の必要性については、いくつかの調査が行われていますが、2002年に要介護高齢者368名（平均年齢81歳）を対象に実施された厚生労働科学研究によると要介護高齢者の約9割の方が何らかの歯科治療あるいは専門的口腔ケアが必要とされていたことがわかりました。

しかし、そのうち実際に歯科治療を受診した者は26.9%にとどまっており、多くの方の口腔内の問題が放置されている状況となっています。



- 要介護者 368 名（男性:139 名 女性:229 名 均年齢 81.0±8.1）に対する調査
- 無歯顎者（歯が 1 本もない者）：39.1% 平均現在歯数：7.1 本
- 日常生活自立度が低下するほど、現在歯数は減少傾向にある。
- 要介護度が高くなるほど、重度う蝕が多くなる傾向にある。
- 義歯装着者は全体の 77.2%で、その内、調整あるいは修理が必要なものが 20.1%、新しい義歯を作製する必要のあるものは 38.0%
- また、要介護度が高くなるほど、歯科治療の必要性も高くなる傾向であった。
- 歯科治療の必要性については、74.2%のものが「何らかの歯科治療が必要」であり、その内容としては、補綴治療（義歯等の作製）、齲蝕治療、歯周治療の順であった。専門的口腔ケアを含めると 89.5%の方が何らかの歯科的対応が必要であった。
- 実際に歯科治療を受診した者は 26.9%

歯科治療が必要であるにもかかわらず歯科治療を受診した者が少ない状況

出典：情報ネットワークを活用した行政・歯科医療機関・病院等の連携による要介護者口腔保健医療ケアシステムの開発に関する研究（平成 14・15 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）。研究代表者：河野正司 新潟大学教授

また、要介護者における医療・介護サービスでの歯科診療、口腔ケアの利用状況について、要介護者とその介護者（家族）５００名を対象に介護支援専門員が聞き取り調査を行った報告によると、訪問歯科診療や口腔ケアについて全く知らない、口腔ケアについて勧められたことがない方が多数となっており、訪問歯科診療や介護保険サービスでの口腔ケアについての認知度、利用度が極めて低い状況となっていることが、歯科治療への受診が少ない状況に繋がっていると考えられます。

質問	回答者率	
かかりつけ歯科医院を持っているか	ある	61.4
	ない	38.6
訪問歯科診療制度	利用したことがある	7.0
	制度は知っているが医院を知らない	32.4
	全く知らない	59.2
介護保険サービスでの口腔ケア指導	利用したことがある	1.2
	あることは知っている	18.8
	全く知らない	79.8
介護支援専門員による口腔ケア提案状況	提案がありサービスを受け入れた	5.0
	提案はあったが断った	11.6
	全くなかったので相談した	0.4
	全くなかった	82.0
最も必要な情報は何か	相談窓口や治療に関する情報	37.6
	介護サービス提供者からの指導・助言	24.0
	提供される援助に関する情報	33.0

出典：熊本県内介護支援専門員４９名を調査員とし、要介護者とその介護者（家族）５００名を対象に聞き取り調査（日本公衛誌：Vol.53、2006）

在宅ケアにおける歯科医療と介護の連携

国においては、介護保険制度の改正により地域包括ケアの推進を強力に推進することとなっています。住み慣れた地域に住み続けられる環境を整備する上では、医療環境が整っていることが大前提であり、歯科医療についても、かかりつけ医、訪問看護師、介護支援専門員等の介護関係者と密接に連携を図りながら、チームの一員として在宅ケアの体制づくりを進めることが重要になってきています。

要介護高齢者の方の歯科疾患が放置されることなく、歯科医師による訪問歯科診療や歯科衛生士による口腔ケアが、高齢者の状態の変化に応じて適切なタイミングで提供されるためには、介護支援専門員、看護師、リハ職等と「顔の見える」関係の構築、すなわち日頃から自然と意思疎通が図られている信頼関係を構築しておくことが望まれます。



歯科関係者と介護関係者間の日頃からの顔の見える関係づくりが重要

歯や口腔の問題に早期に対応するには

加齢に伴う唾液分泌減少によりう蝕が多発したり、手指の麻痺等により口腔衛生状態が悪化することにより歯周病が進行するなど、要介護高齢者の口腔内の状態は全身状態の悪化に伴い、急速に悪化する場合があります。義歯についても歯ぐきの状態が変化すれば、適合が悪化し慢性潰瘍を形成するため、定期的に調整する必要があります。

また摂食嚥下機能の低下に伴って誤嚥性肺炎などの生命に危険が及ぶことも十分に考えられ、口腔ケアによるリスク低減も非常に重要です。

このような要介護高齢者の口腔問題に早期に対応するためには、

「介護保険施設に入所されている方は、利用者全員を対象とした歯科医師による歯科健診や歯科衛生士による口腔ケアが定期的に実施されていること」

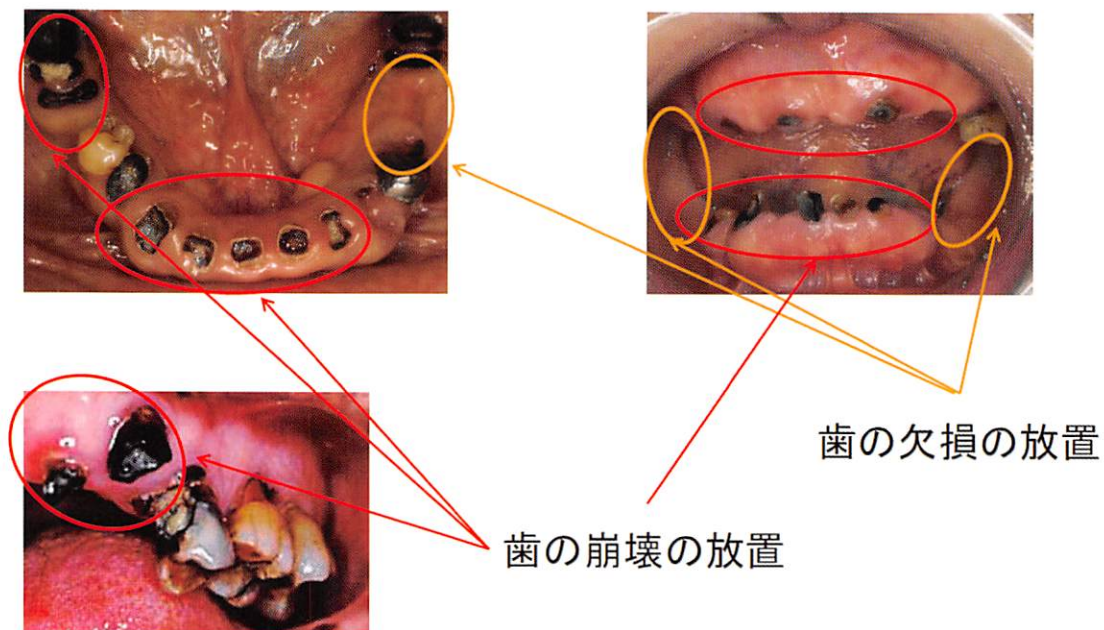
「在宅の方については、かかりつけ歯科医師による定期的なフォローアップがなされていること」が大切です。

しかし、このような定期的な歯科医師によるチェックが行われていない方が圧倒的に多い現状となっていることや、認知症等により自らの意思表示が困難な方も多いことから、日常の歯磨き等の介助をされている家族や介護関係者の方に口腔内の問題に早期に気づいて頂く必要があります。

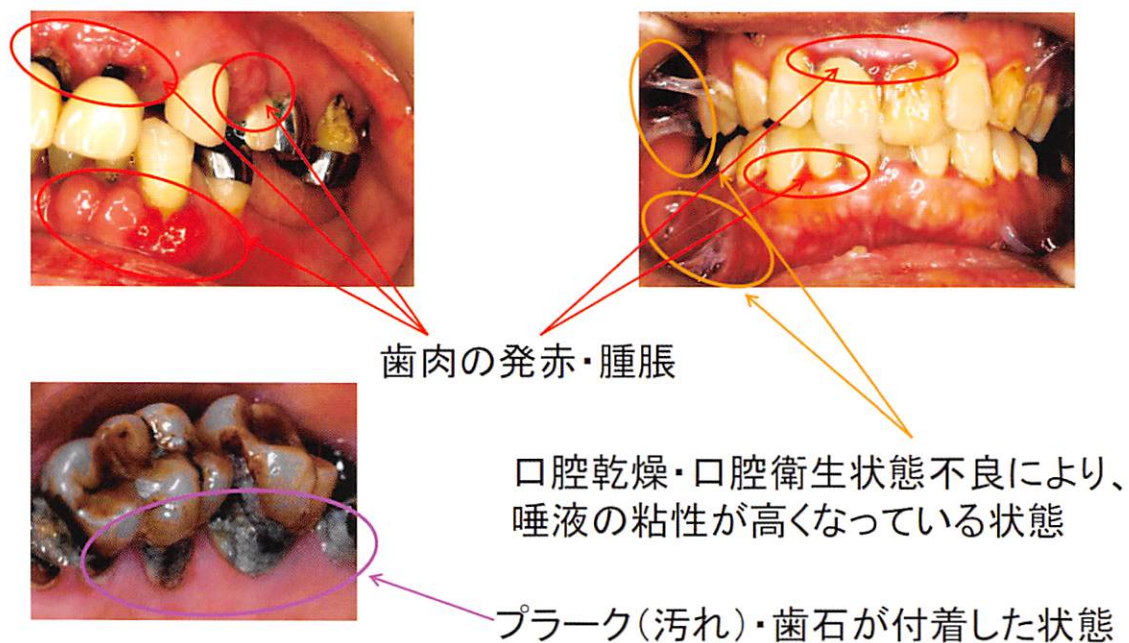
下記のような状況に気づいたり、心配があれば、口腔内の状況が悪化している可能性がありますので、共通連絡票を活用するなどして、歯科医療関係者に気軽に相談してください。

- ・入れ歯が合っていないようだ（話している途中で外れるなど）
- ・入れ歯が壊れているようだ
- ・歯に穴があいているようだ
- ・歯や歯ぐきに痛みがあるようだ
- ・歯ぐきが腫れていて出血しているようだ
- ・口腔内に傷（潰瘍）があるようだ
- ・歯が抜けた、歯が折れた
- ・口臭が気になる
- ・食事中に頻繁にむせたり、上手く飲み込めないようだ

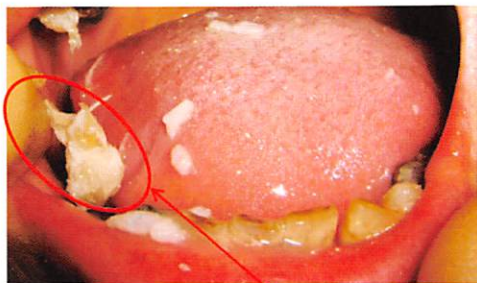
【口腔内の観察点】 ～歯の崩壊、欠損が放置されている例～



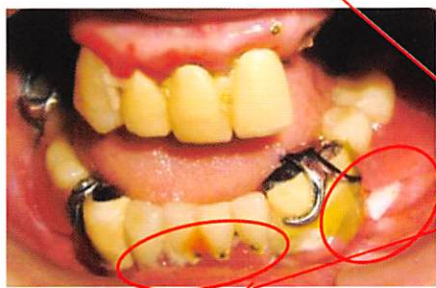
【口腔内の観察点】～口腔衛生状態が不良の一例①～



【口腔内の観察点】～口腔衛生状態が不良の一例②～



義歯に汚れが多量に残っている



食事後も食物残渣が口腔内に残っている

出典：平成25年6月11日付厚生労働省老健局老人保健課長通知

主治医意見書に関する研修資料の周知について（口腔ケアの評価の方法該当部分抜粋）

介護保険施設における口腔管理

介護老人福祉施設、介護老人保健施設やグループホームなどの入所施設においては、大半の方に口腔内に潜在的な問題が認められることから、主訴のない方も含めて歯科医師による定期的な歯科健診（フォローアップ）の実施が必要です。

各個人が訪問歯科健診終了後、フォローアップのための受診をすることももちろん大切ですが、重度化させないためには早期発見、早期対応が重要であり、定期的な歯科健診の実施体制があることが望ましいと考えられます。歯科健診終了後は、担当職員を交えて症例検討会や口腔ケア勉強会を行うことにより、個々の利用者に応じた適切な口腔ケアの提供や担当職員の口腔管理のスキルアップにもつながります。

また、歯科医師による定期的な歯科健診や訪問診療は、認知症の方にとってなじみの関係を構築する上で非常に有効であり、円滑な歯科診療の導入に繋がるなど、治療だけではなく日常の口腔管理にも歯科医師や歯科衛生士に積極的に関わってもらうことが重要です。



グループホームにおける訪問歯科診療、口腔リハビリの実施風景

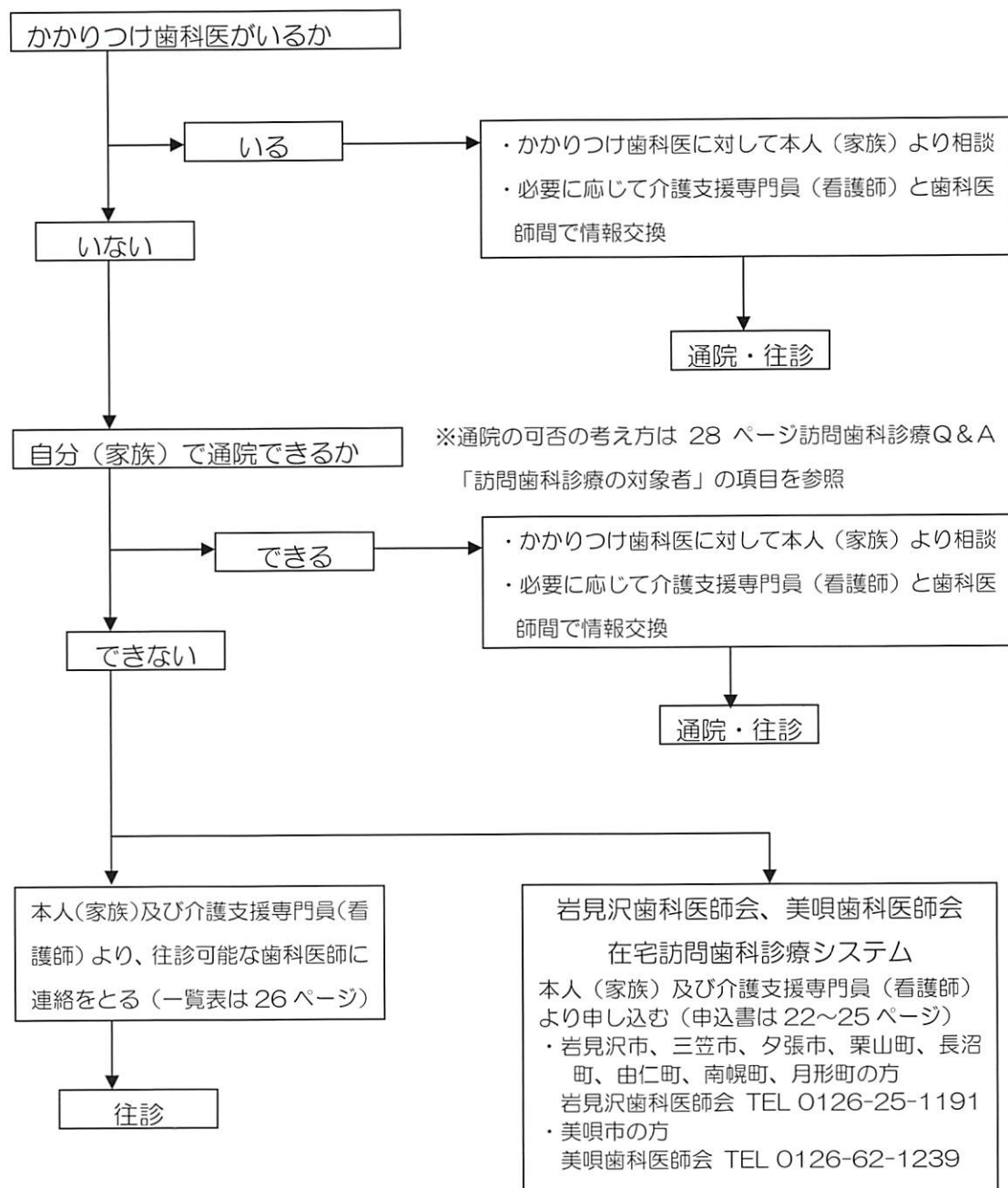
口腔機能維持管理体制加算について

「口腔機能維持管理体制加算」とは、介護保険施設における口腔ケアへの取り組みを介護報酬の面からも推進させるために設けられたもので、介護老人福祉施設や介護老人保健施設が算定できる加算です。

介護保険施設において、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言を行い、入居者の口腔ケアマネジメントに係る計画が作成する体制を整備することにより、利用者1人あたり30単位/月の算定ができます。歯科健診の実施や症例検討会や勉強会の実施に伴う歯科医師への謝金等の経費については、この介護報酬により手当てすることが出来ます。

施設における歯科健診や口腔ケア勉強会の実施を検討される際には、施設の協力歯科医師（いない場合は岩見沢歯科医師会または美唄歯科医師会）にご相談ください。

歯科・口腔相談フローチャート



歯科治療の開始及び終了時には、歯科医師から介護支援専門員（看護師）への情報提供、必要に応じて口腔ケアの指導についての情報交換等行う。

歯科医療と介護の共通連絡票の使用方法について

この共通連絡票は、要支援・要介護状態の利用者に対して適切な歯科医療や口腔ケアが提供されるよう、歯科医師と介護支援専門員や看護師等が互いの情報交換を円滑に行えるようにし、簡便な様式とすることで関係者の情報共有や連携の促進を図ることを目的に作成したものです。

利用方法

例として以下のような際に連絡をとる手段として連絡票を活用して頂ければと考えています。この様式は、歯科医師、介護支援専門員と看護師の双方が使用できる簡便な様式になっています

歯科医師が利用する例

- ・ 訪問歯科診療が終了したので、依頼された訪問看護師や介護支援専門員に連絡したい。
- ・ 訪問歯科診療終了後、引き続き居宅療養管理指導を算定することになったので介護支援専門員に事前に連絡しておきたい。
- ・ 居宅療養管理指導を実施したので利用者の状況について、介護支援専門員に情報提供を行いたい。
- ・ 日常の口腔ケアが不可欠な患者さんについて、関係者の協力が得られるか介護支援専門員や訪問看護師に相談したい。

介護支援専門員、訪問看護師が利用する例

- ・ 利用者が訪問歯科診療を希望しているので、訪問可能か相談したい。
- ・ 面識のない歯科医師の先生に相談を依頼する時に、最初の挨拶とアポイントに利用（電話していい時間についての問合せなど）
- ・ 片麻痺で退院されてくる方の口腔ケアの対応について相談したい。
- ・ 利用者の歯や口に痛みがあり問題があるようなので、対応について相談したい。

※歯科医師に連絡する際の留意点

- ・ 主治の歯科医がいる場合は、原則として主治の歯科医への連絡を優先してください。
- ・ 診療時間中は電話での連絡は避け、原則としてFAXで連絡するようにしてください。
- ・ 訪問を含む歯科治療の可否については、通院が可能か、全身疾患などの身体状況、主訴など問題の内容、本人・家族の希望などの情報が必要になりますので情報を準備しておくことが望ましいです。

※連携する介護支援専門員、看護師、歯科医師の双方が、相手を確実に認識できる段階に至ったときは、簡単な連絡は口頭、電話等の対応で問題なく、必ずしも連絡票で情報交換する必要はありません。

個人情報保護について

- ・介護支援専門員から、個人情報を含む内容について歯科医師へ意見照会する際には、利用者の同意を得るか、契約時に居宅サービス提供に必要な関係者へ情報提供を行うことが記載された契約や重要事項説明の同意があるか確認してください。
- ・歯科医師から個人情報を含む内容について介護支援専門員、訪問看護師へ意見照会する際には、利用者の同意を得るか、介護支援事業所等との連携を行う際に情報提供することが記載された個人情報保護に関する院内掲示がなされているか確認してください。（日本歯科医師会が配布している個人情報保護に関する院内掲示等）
- ・個人情報を含む共通連絡票をFAX送信する際には送信先を誤ることがないように慎重に利用してください。（氏名をイニシャルもしくは空欄にして送信し、個人情報等の詳細についてはその後の電話で伝達する利用方法も考えられます。）

診療情報提供書について

歯科医師から訪問歯科診療の結果などについて居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションに、詳しい情報提供が必要な場合には、共通連絡票に診療情報提供書を添付して回答してください。

（居宅療養管理指導を算定していない場合は、診療情報提供料の算定が可能です。）

参考 情報提供や意見照会が法令等により規定されているもの

居宅療養管理指導

歯科医師による居宅療養管理指導を算定した場合には、歯科医師と介護支援専門員との間で情報提供などの連携が必要になります。

歯科医師が居宅療養管理指導を行った場合には、介護支援専門員への情報提供が義務づけられています。（厚生労働省通知 老企第36号第2の6）

情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことが基本とされていますが、実際には文書等（メール、FAX等でも可）で行う場合がほとんどです。

文書等により情報提供を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存することとされています。

介護支援専門員に情報提供すべき事項として、下記の項目が示されています。

- (a) 基本情報（医療機関名、住所、連絡先、医師・歯科医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等）
- (b) 利用者の病状、経過等
- (c) 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
- (d) 利用者の日常生活上の留意事項

※これらの内容が含まれていれば、別紙の共通連絡票による情報提供が可能です。

※歯科衛生士が行う居宅療養管理指導については、必要に応じて歯科医師を通して介護支援専門員に情報提供を行うこととなっています。居宅療養管理指導を終了するときなどは、利用者の状況や今後の留意事項等について介護支援専門員に情報提供した方がよいでしょう。

介護支援専門員が歯科医師から情報提供を受けた場合は、情報提供及び必要な助言を受けた内容を居宅介護支援経過等に記載し、居宅サービス計画の策定等に当たり、当該情報を参考とすることとされています。

（厚生労働省 平成21年4月介護報酬改定関係Q&A VOL.1、平成24年度介護報酬改定に関するQ&A VOL.2）

利用者が医療サービスを希望している場合

介護支援専門員は、利用者が医療サービス（歯科医師、歯科衛生士による居宅療養管理指導や口腔機能向上サービスなど）の利用を希望している場合には、利用者の同意を得て主治の歯科医師の意見を求めることになっています。

（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 平成十一年三月三十一日厚生省令第三十八号）

※歯科医療と介護の共通連絡票の作成に際しては、東京都世田谷区が作成した「医療と介護の連携シート」を参考とさせていただきました。世田谷区の先進的な取り組みに敬意を表するとともに歯科医療と介護の共通連絡票への活用にご理解を頂き感謝いたします。

平成 年 月 日

歯科医療と介護の共通連絡票（主治医・ケアマネジャー・訪問看護師連絡票）

歯科医療機関の名称 所在地 電話番号 FAX番号 主治医		事業所の名称 所在地 電話番号 FAX番号 担当介護支援専門員（看護師） 氏名
--	--	--

◆利用者の情報

ふりがな		男 女	生年月日	M・T・S	年	月	日
氏 名							
住 所							
要介護度	要支援１・２ 要介護１・２・３・４・５ 申請中						

◆ケアマネジャー・看護師記載欄

本票送付の目的≫ ☐ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談 ☐ 返信	返信希望の有無≫ ☐ 返信願います ☐ 返信不要です
＜内容＞	

◆歯科医師記載欄

本票送付の目的≫ ☐ 返信 ☐ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談	返信希望の有無≫ ☐ 返信願います ☐ 返信不要です
☐ 電話してください ⇒ 月 火 水 木 金 土の午前・午後（ ）時頃 ☐ 下記のとおり回答します	
＜内容＞	

記入例：利用者が訪問歯科診療の対象になるかどうか知りたい場合（ケアマネ→歯科医）

平成 年 月 日

歯科医療と介護の共通連絡票（主治医・ケアマネジャー・訪問看護師連絡票）

歯科医療機関の名称 ○○歯科診療所 所在地 □□□市○○○○ 電話番号 ○○－○○○○ FAX番号 △△－△△△△ 主治医 □□ □□	事業所の名称 ○○居宅介護支援事業所 所在地 □□□市○○○○ 電話番号 ○○－○○○○ FAX番号 △△－△△△△ 担当介護支援専門員（看護師） 氏名 □□ □□
---	---

◆利用者の情報

ふりがな		男 女	生年月日	M・T・S	年	月	日
氏 名	○○ ○○						
住 所	□□□市						
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・②・3・4・5 申請中						

◆ケアマネジャー・看護師記載欄

本票送付の目的≫ ☐ 報告 ☐ 連絡 ☒ 相談 ☐ 返信	返信希望の有無≫ ☒ 返信願います ☐ 返信不要です
＜内容＞ 上記利用者さんが入れ歯か歯に違和感があるようなのですが、通院が困難なため訪問歯科診療の対象になるかご教示ください。 脳梗塞の既往があり自力歩行がかなり難しい状況で車椅子を利用されています。 市立病院には月1回、ご長男さんが車を出して通院していますが、それ以上、仕事を休むのは無理ということで、歯科については訪問歯科診療を利用できるか知りたいとのことです。 よろしくお願い致します。	

◆歯科医師記載欄

本票送付の目的≫ ☒ 返信 ☐ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談	返信希望の有無≫ ☐ 返信願います ☐ 返信不要です
→ ☐ 電話してください ⇒ 月 火 水 木 金 土の午前・午後（ ）時頃 → ☒ 下記のとおり回答します	
＜内容＞ 訪問歯科診療の対象になると思われます。 受診することが決まりましたらご連絡ください。	

記入例：歯科医師に相談のアポを取りたい場合（ケアマネ→歯科医）

平成 年 月 日

歯科医療と介護の共通連絡票（主治医・ケアマネジャー・訪問看護師連絡票）

[illegible]

◆利用者の情報

ふりがな		男 女	生年月日	M・T・S	年	月	日
氏 名	〇〇 〇〇						
住 所	△△町						
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中						

◆ケアマネジャー・看護師記載欄

本票送付の目的» ☐ 報告 ☒ 連絡 ☐ 相談 ☐ 返信		返信希望の有無» ☒ 返信願います ☐ 返信不要です
＜内容＞ 突然のご連絡で失礼致します。 上記利用者さんを担当している介護支援専門員（看護師）の〇〇と申します。 利用者さんの歯科治療について、ご相談がありましてご連絡致しました。 ご多忙の折、恐縮ですが先生のご都合のいい時間帯をご教示頂ければと存じます。		

◆歯科医師記載欄

本票送付の目的≫ ☒ 返信 ☐ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談		返信希望の有無≫ ☐ 返信願います ☐ 返信不要です	
		→ ☒ 電話してください ⇒ ☒ 月 火 水 木 金 土の午前・ ☒ 午後 (1) 時頃	
		→ ☐ 下記のとおり回答します	
＜内容＞ 了解しました。ご連絡をお待ちしております。			

記入例：片麻痺のある方の口腔ケアについて歯科医師に相談したい場合（ケアマネ→歯科医）

平成 年 月 日

歯科医療と介護の共通連絡票（主治医・ケアマネジャー・訪問看護師連絡票）

歯科医療機関の名称 ○○歯科診療所 所在地 □□□市○○○○ 電話番号 ○○－○○○○ FAX番号 △△－△△△△ 主治医 □□ □□	事業所の名称 ○○居宅介護支援事業所 所在地 □□□市○○○○ 電話番号 ○○－○○○○ FAX番号 △△－△△△△ 担当介護支援専門員（看護師） 氏名 □□ □□
---	---

◆利用者の情報

ふりがな		男 女	生年月日	M・T・S	年	月	日
氏 名	○○ ○○						
住 所	□□□市						
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・②・3・4・5 申請中						

◆ケアマネジャー・看護師記載欄

本票送付の目的≫ ☐ 報告 ☐ 連絡 ☒ 相談 ☐ 返信	返信希望の有無≫ ☒ 返信願います ☐ 返信不要です
＜内容＞ 上記利用者さんの口腔管理についてご相談がありまして連絡いたしました。 脳卒中のため○○病院に入院されていたのですが、来週、退院予定となっております。 退院時カンファレンスにおいて、片麻痺があり誤嚥のリスクがあるため口腔ケアの必要性について 病院から指摘されております。 今後の対応についてご相談したいと考えておりますので、ご都合のいい時間をご教示くださいます ようお願い致します。	

◆歯科医師記載欄

本票送付の目的≫ ☒ 返信 ☐ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談	返信希望の有無≫ ☐ 返信願います ☐ 返信不要です
→ ☒ 電話してください ⇒ ㊦ 火 水 木 金 土の午前・午後（ 1 ）時頃 → ☐ 下記のとおり回答します	
＜内容＞ 了解しました。ご連絡をお待ちしております。	

記入例：訪問歯科診療の結果についてケアマネに情報提供する場合（歯科医→ケアマネ）

平成 年 月 日

歯科医療と介護の共通連絡票（主治医・ケアマネジャー・訪問看護師連絡票）

歯科医療機関の名称 〇〇歯科診療所	事業所の名称 〇〇居宅介護支援事業所
所在地 △△町〇〇〇〇	所在地 △△町〇〇〇〇
電話番号 〇〇－〇〇〇〇	電話番号 〇〇－〇〇〇〇
FAX番号 △△－△△△△	FAX番号 △△－△△△△
主治医 □□ □□	担当介護支援専門員（看護師） 氏名 □□ □□

◆利用者の情報

ふりがな		男 女	生年月日	M・T・S	年	月	日
氏 名	〇〇 〇〇						
住 所	△△町						
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中						

◆ケアマネジャー・看護師記載欄

本票送付の目的	報告 ☐ 連絡 ☐ 相談 ☐ 返信 ☒	返信希望の有無	返信願います ☐ 返信不要です ☒
<内容> 訪問診療終了のご連絡及び診療情報提供書の送付ありがとうございました。 今後ともよろしくお願い致します。			

◆歯科医師記載欄

本票送付の目的	返信 ☐ 報告 ☒ 連絡 ☐ 相談 ☐	返信希望の有無	返信願います ☐ 返信不要です ☐
→ ☐ 電話してください → 月 火 水 木 金 土の午前・午後（ ）時頃 → ☐ 下記のとおり回答します			
<内容> 先日、義歯作成で依頼がありました上記患者さんの訪問歯科診療が終了しましたのでご連絡致します。 治療結果につきましては、添付の診療情報提供書によりご確認ください。 また何かありましたら、再度訪問いたしますので遠慮なくご連絡ください。			

記入例：歯科衛生士による居宅療養管理指導の実施についてケアマネに連絡したい場合（歯科医→ケアマネ）

平成 年 月 日

歯科医療と介護の共通連絡票（主治医・ケアマネジャー・訪問看護師連絡票）

歯科医療機関の名称 ○○歯科診療所 所在地 □□□市○○○○ 電話番号 ○○－○○○○ FAX番号 △△－△△△△ 主治医 □□ □□	事業所の名称 ○○居宅介護支援事業所 所在地 □□□市○○○○ 電話番号 ○○－○○○○ FAX番号 △△－△△△△ 担当介護支援専門員（看護師） 氏名 □□ □□
---	---

◆利用者の情報

ふりがな		男 女	生年月日	M・T・S	年	月	日
氏 名	○○ ○○						
住 所	□□□市						
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中						

◆ケアマネジャー・看護師記載欄

本票送付の目的≫ ☐ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談 ☒ 返信	返信希望の有無≫ ☐ 返信願います ☒ 返信不要です
<内容> 居宅療養管理指導の実施についてご連絡ありがとうございました。 □腔内の状況については十分に把握できておりませんので、今後とも情報提供についてよろしくお願い致します。	

◆歯科医師記載欄

本票送付の目的≫ ☐ 返信 ☒ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談	返信希望の有無≫ ☐ 返信願います ☐ 返信不要です
→ ☐ 電話してください ⇒ 月 火 水 木 金 土の午前・午後（ ）時頃 → ☐ 下記のとおり回答します	
<内容> 上記患者さんについて、当院にて訪問歯科診療を実施しておりましたが、歯肉の炎症が強く引き続き口腔ケアを行う必要がありました。 このため、当院歯科衛生士によりとりあえず週1回1ヶ月程度、引き続き居宅療養管理指導を実施することになりましたので、お知らせ致します。 1ヶ月後、また状況についてご報告致します。	

記入例：日常の口腔ケアについてケアマネに相談したい場合（歯科医→ケアマネ）

平成 年 月 日

歯科医療と介護の共通連絡票（主治医・ケアマネジャー・訪問看護師連絡票）

[illegible]

◆利用者の情報

ふりがな		男女	生年月日	M・T・S	年	月	日
氏 名	〇〇 〇〇						
住 所	△△町						
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中						

◆ケアマネジャー・看護師記載欄

本票送付の目的» ☐ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談 ☒ 返信		返信希望の有無» ☒ 返信願います ☐ 返信不要です	
＜内容＞ ご連絡ありがとうございました。今後の対応についてご相談させて頂きたいと思います。 電話にてご連絡させて頂きたいと考えておりますが、先生のご都合のいい時間帯をご教示頂ければと思います。 よろしくお願い致します。			

◆ 歯科医師記載欄

本票送付の目的≫ ☐ 返信 ☐ 報告 ☐ 連絡 ☒ 相談	返信希望の有無≫ ☒ 返信願います ☐ 返信不要です
☐ 電話してください ⇒ 月 火 水 木 金 土の午前・午後（ ）時頃 ☐ 下記のとおり回答します	

＜内容＞

本日、訪問歯科診療を実施させて頂いた上記患者さんについてご相談がありご連絡させて頂きました。

ご本人は既に自分で歯磨きができない状況となっておりますが、ご家族による歯磨きの介助について同居しているご長男さんと話しましたが協力は困難なようです。

しかし、このまま放置すれば口腔内状況の悪化や誤嚥性肺炎のリスクも相当高いと考えられます。ヘルパーさんが訪問されているとのことで、口腔ケアの協力が得られないかご相談したいと考えております。

記入例：居宅療養管理指導の結果についてケアマネに情報提供する場合（歯科医→ケアマネ）

平成 年 月 日

歯科医療と介護の共通連絡票（主治医・ケアマネジャー・訪問看護師連絡票）

歯科医療機関の名称	〇〇歯科診療所
所在地	□□□市〇〇〇〇
電話番号	〇〇－〇〇〇〇
FAX番号	△△－△△△△
主治医	□□ □□



事業所の名称	〇〇居宅介護支援事業所
所在地	□□□市〇〇〇〇
電話番号	〇〇－〇〇〇〇
FAX番号	△△－△△△△
担当介護支援専門員（看護師）	氏名 □□ □□



◆利用者の情報

ふりがな		男 女	生年月日	M・T・S	年	月	日
氏 名	〇〇 〇〇						
住 所	□□□市						
要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中						

◆ケアマネジャー・看護師記載欄

本票送付の目的	報告 ☐ 連絡 ☐ 相談 ☐ 返信 ☒	返信希望の有無	返信願います ☐ 返信不要です ☒
<内容> 居宅療養管理指導の内容についてご連絡ありがとうございました。 当方でも歯磨き介助の状況と〇〇先生による定期的な訪問について利用者さんに確認していきたい と思います。 今後とも情報提供についてよろしくお願い致します。			

◆歯科医師記載欄

本票送付の目的	返信 ☐ 報告 ☒ 連絡 ☐ 相談 ☐	返信希望の有無	返信願います ☐ 返信不要です ☐
→ ☐ 電話してください ⇒ 月 火 水 木 金 土の午前・午後（ ）時頃 → ☐ 下記のとおり回答します			
<内容> 上記患者さんについて、居宅療養管理指導を実施しましたので利用者の状況について、ご報告いた します。 パーキンソンによる口腔機能の低下、自浄作用の低下が認められ、本人による歯磨きも毎日実施し ていますが、細かい動作ができないため清掃は不十分であり、本人以外による定期的な口腔ケア が不可欠です。 とりあえず日常の介護をされているご主人に歯磨きの介助を依頼してきましたが、ご主人による歯 磨きの介助には少し抵抗感があるようで、定期的な口腔衛生状態の確認が必要です。			

在宅訪問歯科診療のご案内

岩見沢歯科医師会

歯が痛い、入れ歯が合わない、入れ歯が壊れたなどお口のことで困っていても寝たきりや認知症の状態により、通院困難な方のために、歯科医師や歯科衛生士が訪問して歯科治療や口腔ケアを行います。

<訪問歯科診療の対象者>

岩見沢市、三笠市、夕張市、栗山町、長沼町、由仁町、南幌町、月形町に在住する寝たきり・認知症等で歯科医院に通院が困難な方が対象です



<訪問歯科診療の申し込み方法>

岩見沢歯科医師会へ電話でご連絡ください。
歯科医師会より申込書をFAXもしくはメールでお送り致します。その後、申込書をFAXもしくはE-mailで送付して下さい。

(申込書は岩見沢歯科医師会のホームページより
ダウンロードできます)

<訪問歯科診療の内容>

- ・むし歯、歯周病の治療や予防
- ・入れ歯の調整や修理、作製
- ・口腔ケアで感染症や誤嚥性肺炎の予防
- ・摂食嚥下機能障害のリハビリテーション

<訪問歯科診療を受ける際のお願い>

- ・ご家族の方も同席してください
- ・お口の中を診るので、なるべく明るい部屋で診察を受けてください
- ・手洗い用洗面器、タオル、ティッシュペーパーを準備ください
- ・服用中の薬があれば、内容のわかるものを用意してください

<費用について>

- ・歯科治療については医療保険が適用になり年齢や所得に応じて、1割から3割の自己負担となります。
- ・口腔ケアの指導については介護保険の対象になり1割の自己負担となります。

<問合せ先> 岩見沢歯科医師会

TEL 0126-25-1191 FAX 0126-35-6110 E-mail: ganshi@h6.dion.ne.jp

訪問歯科診療申込書

(ご家族またはご本人用)

岩見沢歯科医師会行

申込年月日 平成 年 月 日

<申込書記入者> _____ <続柄> _____.

フリガナ

<生年月日>

<氏名> _____ (男・女) T S 年 月 日生 (歳)

<住所>

<電話番号、FAX>(— —)

<保険証の種類> 国保 社保 後期高齢 生保 障がい者医療

<介護認定の有無> あり(要介護度) ・ なし

<通院困難な理由> 寝たきり 車いす 歩行困難 片麻痺

その他(具体的に) _____.

<現在の主な病気> 高血圧 心臓病 脳血管障害 糖尿病 肝炎

その他(具体的に) _____.

<通院中の医療機関名> _____.

<かかりつけ歯科の有無> 有(_____ 歯科) ・ 無

<その他、何かあれば>

_____.

<訪問歯科診療希望理由(主訴)>

(例 入れ歯が合わない、新しく作りたい、歯が痛い、歯が動く 等)

FAX,E-mail で送付する前に一度お電話ください。

用紙は岩見沢歯科医師会ホームページからもダウンロードできます。

岩見沢歯科医師会 TEL 0126-25-1191

(FAX 0126-35-6110 E-mail ganshi@h6.dion.ne.jp)

訪問歯科診療申込書

(事業所用)

岩見沢歯科医師会行

申込年月日 平成 年 月 日

<申込書記入者> _____ <職名> _____
<事業所名> _____ <連絡先> _____

フリガナ	
<生年月日>	
<氏名>	(男・女) TS 年 月 日生 (歳)
<住所>	
<電話番号、FAX>(— —)	
<保険証の種類> 国保 社保 後期高齢 生保 障がい者医療	
<介護認定の有無> あり(要介護度) ・ なし	
<通院困難な理由> 寝たきり 車いす 歩行困難 片麻痺	
その他(具体的に) _____	
<現在の主な病気> 高血圧 心臓病 脳血管障害 糖尿病 肝炎	
その他(具体的に) _____	
<通院中の医療機関名> _____	
<かかりつけ歯科の有無> 有(_____ 歯科) ・ 無	
<その他、何かあれば>	

<訪問歯科診療希望理由(主訴)>	
(例 入れ歯が合わない、新しく作りたい、歯が痛い、歯が動く 等)	

FAX,E-mail で送付する前に一度お電話ください。

用紙は岩見沢歯科医師会ホームページからもダウンロードできます。

岩見沢歯科医師会 TEL 0126-25-1191

(FAX 0126-35-6110 E-mail ganshi@h6.dion.ne.jp)

訪問歯科診療申込書

(ご家族またはご本人用)

美唄歯科医師会行

申込年月日 平成 年 月 日

<申込書記入者> _____ <続柄> _____.

フリガナ

<生年月日>

<氏名> _____ (男・女) T S 年 月 日生 (歳)

<住所>

<電話番号、FAX>(— —)

<保険証の種類> 国保 社保 後期高齢 生保 障がい者医療

<介護認定の有無> あり(要介護度) ・ なし

<通院困難な理由> 寝たきり 車いす 歩行困難 片麻痺

その他(具体的に) _____.

<現在の主な病気> 高血圧 心臓病 脳血管障害 糖尿病 肝炎

その他(具体的に) _____.

<通院中の医療機関名> _____.

<かかりつけ歯科の有無> 有(_____ 歯科) ・ 無

<その他、何かあれば>

<訪問歯科診療希望理由(主訴)>

(例 入れ歯が合わない、新しく作りたい、歯が痛い、歯が動く 等)

美唄歯科医師会 TEL 0126-62-1239 孫歯科医院内

(FAX 0126-62-1239 E-mail bishikai@gmail.com)

訪問歯科診療申込書

(事業所用)

美唄歯科医師会行

申込年月日 平成 年 月 日

<申込書記入者> _____ <職名> _____.

<事業所名> _____ <連絡先> _____.

フリガナ

<生年月日>

<氏名> _____ (男・女) T S 年 月 日生 (歳)

<住所>

<電話番号、FAX>(— —)

<保険証の種類> 国保 社保 後期高齢 生保 障がい者医療

<介護認定の有無> あり(要介護度) ・ なし

<通院困難な理由> 寝たきり 車いす 歩行困難 片麻痺

その他(具体的に) _____.

<現在の主な病気> 高血圧 心臓病 脳血管障害 糖尿病 肝炎

その他(具体的に) _____.

<通院中の医療機関名> _____.

<かかりつけ歯科の有無> 有(_____ 歯科) ・ 無

<その他、何かあれば>

_____.

<訪問歯科診療希望理由(主訴)>

(例 入れ歯が合わない、新しく作りたい、歯が痛い、歯が動く 等)

美唄歯科医師会 TEL 0126-62-1239 孫歯科医院内

(FAX 0126-62-1239 E-mail bishikai@gmail.com)

訪問歯科診療対応歯科医院 一覧表

■岩見沢市(五十音順)

歯科医院名	住 所	電話番号	FAX番号
鍵谷歯科医院	岩見沢市5条西3丁目カギヤビル2F	0126-22-0830	0126-24-5207
勝木歯科医院	岩見沢市北3条西11丁目1-35	0126-24-8177	0126-24-8177
川野歯科医院	岩見沢市8条西19丁目3-2	0126-24-8383	0126-35-7028
九津見歯科医院	岩見沢市4条西6丁目2-1-2道銀ビル2階	0126-22-1625	0126-22-1625
倉増歯科医院	岩見沢市春日町1丁目7番1号	0126-25-7373	0126-25-7373
佐々木歯科医院	岩見沢市1条西5丁目4-2ライズビル5F	0126-23-3100	0126-23-3100
スマイル歯科クリニック	岩見沢市北本町西1丁目3-19	0126-25-2277	0126-25-2277
千徳歯科医院	岩見沢市北2条西8丁目2-7	0126-25-5711	0126-25-5711
たかはし歯科医院	岩見沢市日の出南4丁目1-7	0126-23-8855	0126-23-8855
竹内歯科クリニック	岩見沢市美園5条3丁目2-5	0126-24-1130	0126-24-1130
谷本歯科医院	岩見沢市3条東2丁目6-3	0126-24-0513	0126-25-5757
ノザキデンタルオフィス	岩見沢市日の出北1丁目1-10	0126-25-2577	0126-25-2295
ハタテ歯科医院	岩見沢市美園1条3丁目2番14号	0126-23-4210	0126-23-4211
鳩が丘歯科クリニック	岩見沢市鳩が丘3丁目1-7	0126-24-8418	0126-24-8419
ひさつね歯科	岩見沢市7条東6丁目11番15岩見沢メディカルモール内	0126-22-8866	0126-22-5017
日之出歯科医院	岩見沢市1条西6丁目9-4にれビル2F	0126-25-2587	0126-25-2587
日の出町西村歯科医院	岩見沢市日の出町30-14	0126-22-7000	0126-23-3883
福島歯科医院	岩見沢市4条西5丁目理光ビル3F	0126-25-1777	0126-25-1777
藤倉歯科医院	岩見沢市1条西5丁目2-3	0126-24-7116	0126-24-7116
へんみデンタルクリニック	岩見沢市幌向南1条3丁目346番地	0126-35-7164	0126-35-7164
幌向ファミリー歯科	岩見沢市幌向南2条3丁目	0126-26-4184	0126-26-4307
本間歯科医院	岩見沢市5条西5丁目2-11	0126-22-1192	0126-22-1192
三嶋歯科医院4条医院	岩見沢市4条西4丁目1-1	0126-22-0608	011-351-2904
三嶋歯科医院7条医院	岩見沢市7条西5丁目20-1	0126-23-7733	0126-25-0248
山口歯科医院	岩見沢市5条5丁目1-26	0126-23-6881	0126-24-6528
山本歯科医院	岩見沢市3条西3丁目2	0126-22-1401	0126-22-1401

(■岩見沢市栗沢町)

三嶋歯科医院栗沢医院	岩見沢市栗沢町本町109番地	0126-45-2277	0126-45-2277
美流渡歯科診療所	岩見沢市栗沢町美流渡栄町93-2	0126-46-2054	0126-46-2080

■夕張市(五十音順)

歯科医院名	住 所	電話番号	FAX番号
木村歯科診療所	夕張市本町3丁目63番地	0123-52-2001	
清水沢歯科医院	夕張市清水沢3丁目3番地	0123-59-7519	0123-59-7519
ひうら歯科クリニック	夕張市若菜11番29	0123-56-5656	0123-56-5656
みのわ歯科医院	夕張市末広1丁目104番地	0123-52-1182	0123-52-3810

■三笠市(五十音順)

歯科医院名	住 所	電話番号	FAX番号
牛丸歯科医院	三笠市多賀町4番地11	01267-3-2693	01267-3-2694
中塚歯科医院	三笠市若草町397-77	01267-2-6480	01267-2-3450

■栗山町(五十音順)

歯科医院名	住 所	電話番号	FAX番号
あらい歯科医院	夕張郡栗山町中央3丁目233	0123-72-1964	0123-72-1964
くりやまフレンド歯科	夕張郡栗山町朝日4丁目31-1 マックスバリュ栗山店1F	0123-73-3111	0123-73-4618
高橋歯科医院	夕張郡栗山町中央2丁目174番地	0123-72-1475	0123-72-1475
つぎたて歯科	夕張郡栗山町字継立363-37	0123-77-2122	0123-77-2122
永山歯科医院	夕張郡栗山町松風4丁目23番地	0123-72-7000	0123-72-7100
三上歯科医院	夕張郡栗山町松風4丁目6番地3	0123-72-0648	0123-72-0648
南川歯科医院	夕張郡栗山町朝日3丁目6番地9	0123-72-1155	0123-72-6133

■由仁町(五十音順)

歯科医院名	住 所	電話番号	FAX番号
鳥山歯科医院	夕張郡由仁町本町201番地	0123-83-3838	0123-83-3838
しみず歯科医院	夕張郡由仁町三川緑町135	0123-86-2322	0123-86-2322

■長沼町(五十音順)

歯科医院名	住 所	電話番号	FAX番号
こなみ歯科クリニック	夕張郡長沼町本町北1丁目1-29	0123-88-1300	0123-88-1770
てらさわ歯科	夕張郡長沼町東町北1丁目2-6	0123-88-1288	0123-88-1288
土岐歯科医院	夕張郡長沼町中央南1丁目17番地3号	0123-88-2276	0123-88-4555
豊田歯科医院	夕張郡長沼町銀座南1丁目7-12	0123-88-0555	0123-88-0850

■南幌町(五十音順)

歯科医院名	住 所	電話番号	FAX番号
いしい歯科	空知郡南幌町東町4丁目9-21	011-378-5511	011-378-5522
加藤歯科	空知郡南幌町中央4丁目5-7	011-378-1881	011-378-5455
南幌中央歯科	空知郡南幌町元町2丁目3-14	011-378-1000	011-378-0018
藤井歯科医院	空知郡南幌町西町5丁目3-1	011-378-2877	011-378-2877

■美唄市(五十音順)

歯科医院名	住 所	電話番号	FAX番号
小森歯科医院	美唄市東2条北2丁目4-3	0126-62-6035	0126-62-6482
そらち歯科医院	美唄市東1条北5丁目1-27	0126-62-6811	0126-62-6811
孫歯科医院	美唄市東1条南2丁目1-12-5	0126-62-1239	0126-62-1239
平歯科医院	美唄市西1条南5丁目2-18	0126-63-2688	0126-62-3348
なめかわ歯科クリニック	美唄市東3条南5丁目 3-9	0126-66-2662	0126-66-1182
美唄歯科	美唄市西1条南2丁目1-2	0126-63-2537	0126-63-2537
びばい中央歯科	美唄市西1条南2丁目2-15	0126-63-2021	0126-64-4865
宝崎歯科クリニック	美唄市西1条北1丁目1-1	0126-63-2445	0126-62-2871
むらかみ歯科医院	美唄市大通東1条南7丁目1-5	0126-62-7723	0126-64-4161
メロディー歯科クリニック	美唄市西2条北5丁目1-1	0126-62-6480	0126-62-6480
吉村歯科医院	美唄市東6条北1丁目1-1	0126-68-8860	0126-68-8861

※月形町へ訪問希望がある際は、岩見沢歯科医師会にご照会ください。

訪問歯科診療 Q & A

Q：どのように訪問歯科診療を申し込めばいいですか？

A：まずかかりつけ歯科医院、ご希望の歯科医院がございましたら直接その歯科医院にご依頼下さい。どこに依頼したらよいかわからない場合は、岩見沢歯科医師会、または美唄歯科医師会へ申込書をFAXもしくはE-mailで送付して申し込んでください。

- ・ 岩見沢歯科医師会・・・岩見沢市、三笠市、夕張市、栗山町、長沼町、由仁町、南幌町、月形町
- ・ 美唄歯科医師会・・・美唄市

歯科医師会に申し込まれた場合、簡単には以下のような流れになります。

1. 訪問歯科診療の申し込み
岩見沢歯科医師会または美唄歯科医師会へ申込書をFAXもしくはE-mailで送付
2. 訪問歯科診療の実施の検討・歯科医院の選定
かかりつけ歯科、希望歯科があれば優先して選定
対象にならない時は歯科医師会より連絡
3. 訪問日時調整
担当歯科医院より本人、家族もしくは介護者に連絡
4. 初回診療の実施
5. 治療開始

Q：訪問歯科診療を行う日時のアポイントの調整は歯科医師会でしてもらえますか？

A：訪問歯科診療を行う歯科医院が決まり次第、その歯科医院と直接電話等で訪問日時を決めることになります。

Q：訪問歯科診療を行う時間帯は、歯科医院の外来の診療時間によっても限られますか？

A：各歯科医院の診療体制により異なりますので時間帯については各歯科医院と調整という形になります。

Q：訪問歯科診療の対象者はどのような方ですか。

A：訪問歯科診療を行う場合、保険の基準に照らして通院困難な方に限られるという規定がありますので寝たきり・認知症等で歯科医院に通院が困難な方が対象です（寝たきりの状態のもののみならず、認知症等で心身状態が医学的に困難な者、障害があって歩行困難な方など外出困難な者も含まれます）。

年齢の制限はありません。在宅での診療を希望される方、病院・施設等で希望される方が対象となります。ただし、病院・施設では予め診療の承諾は必要となります。

Q：病院に入院中の患者も訪問歯科診療は可能ですか

A：入院している方でも治療を受けることが可能です。ただし、入院先に歯科がある場合、医療保険制度上、歯科治療も原則的に入院先で受けることになります。かかりつけ歯科医院による訪問歯科診療を希望しても保険ではできません。かかりつけ歯科医から入院先の歯科にいままでの歯科治療の内容や段階などを情報提供してもらい、それをもとに、入院先の歯科で入院のきっかけとなった病気の治療計画や全身状態などをふまえて、歯科治療を継続することになります。歯科がない場合も担当医の許可が必要になります。

Q：病院から訪問歯科診療を依頼する際に、診療情報提供を行う必要はありますか？

A：医科との連携は重要と考えております。患者さんの病状により歯科医師の判断で情報提供が必要と判断された場合は、診療情報の提供をお願いします。逆に、主治医の判断で歯科医師への情報提供が必要と判断される場合は、情報の提供を受けます。

Q：施設にデイサービスで訪れる方が訪問歯科診療を依頼することは可能ですか？

A：デイサービス利用中の方は、訪問歯科診療は受けられません。

Q：診療内容はどこまでできますか。

A：口腔にかかわる疾病全般に対応しますが、携帯器具、設備、患者の容態・体調により制約があり、できないこともあります。

Q：具体的にどのようなことができ、どのようなことができないのか？

A：＜ほぼ可能な事＞

- ・小さいむし歯（充填処置）、歯周病の治療、予防（歯石除去）
- ・入れ歯の作製、修理、調整
- ・口腔ケアで感染症や誤嚥性肺炎の予防（口腔内清掃等）

＜状態によりできない場合もあるもの＞

- ・抜歯（歯の状態、体調、服用薬により）
- ・摂食嚥下のリハビリテーション（対応できない歯科医院あり）

＜できない場合が多い事＞

- ・金属冠の作製
- ・歯の神経の治療
- ・高度な技術を要するもの（埋伏歯の抜歯、インプラント等）

簡単に分けると以上になりますが、主訴、口腔名の状態、体調等を総合的に判断して個々に応じて治療内容を決めることになります。

Q：摂食・嚥下機能に関する診断・評価を依頼することは可能ですか？

A：摂食・嚥下に関しての相談があった場合、難しい場合もありますが可能な範囲で対応させていただきます。

Q：施設内で利用者を集めて口腔ケア指導を行う際、指導者の紹介も行いますか？

A：現在のところ歯科医師会では対応しておりません。協力歯科医院と直接交渉してください。

Q：口腔ケアのみでも訪問してもらえますか？

A：歯科衛生士による口腔ケアは可能ですが、歯科医師の診断を基に行われますので、初めに歯科医師による診察が必要になります。また定期的に行う事は保健上認められておりませんので、必要に応じてその都度行う事となります。

Q：訪問診察料はおよそいくらぐらいかかりますか？

A：保険の自己負担割合、治療内容によって異なりますが、一割負担のとき、1回につき1500円から2500円位が目安となります。

例）入れ歯の修理の場合、概ね2000円程度

入れ歯の新製の場合、1床当たり概ね4～5000円程度

料金、治療期間などについては、お口の状態や希望内容によって異なりますので、ご不安な点は、お伺いする歯科医師に遠慮なくご相談下さい。

Q：医療保険が適応になるのですか？

A：基本的に保険診療になります。通常の自己負担と同様の取り扱いとなります。

Q：居宅療養管理指導を依頼した場合、ケアプラン作成時にサービス提供書を医院側に提供する必要はありますか？

A：歯科医院は居宅サービス事業者として認められています。居宅療養管理指導を歯科医院に依頼した際に、サービス提供書の提出の必要はありません。

Q：どの地域まで訪問歯科診療は可能ですか？

A：特殊な事情を除き、歯科医療機関との距離が16キロメートル以内である必要があります。

Q：交通費はかかるのですか？

A：治療費とは、別にご負担いただく場合があります。訪問歯科診療の担当の先生とご相談下さい。

Q：治療費に関して、支払いはどのようにすればよいですか？

A：歯科医院によって異なりますが、その場でお支払いいただくこともありますし、後日、家族の方等が歯科医院を訪れ支払うこともあります。

Q：付き添いはいた方がよいですか？

A：ご家族、もしくは介護者の方の付き添いをお願いします。お口の中を見るので、なるべく明るい部屋で洗面器、タオル、ティッシュペーパー、コンセントを用意して下さい。

平成25年度南空知圏域歯科医療と介護の連携検討会名簿

所 属	職 名	氏 名
(一社) 岩見沢歯科医師会	会 長	鍵 谷 隆 一
	副 会 長	九津見 紳一朗
	専務理事	野 崎 岳 央
	公衆衛生理事	山 田 貴 文
(一社) 美唄歯科医師会	会 長	孫 泰 一
(一社) 岩見沢市医師会 東町ファミリークリニック	院 長	武 田 伸 二
(一社) 北海道歯科衛生士会岩見沢支部	支 部 長	近 澤 悦 子
岩見沢市ケアマネ連絡協議会 ケアマネセンター北翔会	会 長	宮 腰 敏 則
ケアハウスハーブガーデン新十津川	施 設 長	八 木 仁 司
岩見沢訪問看護ステーション	所 長	齋 藤 美 雪
グループホームビバ南が丘	事 務 長	一 原 大 剛
空知総合振興局保健環境部保健行政室	主任技師	秋 野 憲 一