

健 増 第 46-3 号
令和 8 年 4 月 20 日

医療機関の長 様

鹿児島県保健福祉部健康増進課長

令和 8 年度鹿児島県地域医療介護総合確保基金事業「口腔管理連携体制
構築事業」の実施について（通知）

本県の保健福祉行政につきまして、日頃から御協力いただき感謝申し上げます。
さて、県では、標記事業について別紙のとおり補助事業を実施いたします。
つきましては、実施を希望される場合は、下記により御提出くださるようお願いいた
します。

記

- 1 送付文書
 - ・ 事業概要
 - ・ 別紙様式（実施希望調査票）
- 2 対象医療機関
病床を有する医療機関
- 3 提出先
県庁健康増進課（メール又は FAX）
（実施希望がない場合は回答不要です。）
- 4 提出期限
令和 8 年 5 月 29 日（金）

鹿児島県保健福祉部 健康増進課 担当：栗野 電話：099-286-2580 FAX：099-286-5556 E-mail:oral-h@pref.kagoshima.lg.jp

(別紙様式)

鹿児島県保健福祉部

健康増進課 担当 栗野 行き

(MAIL : oral-h@pref.kagoshima.lg.jp)

(F A X : 099-286-5556)

令和 8 年度地域医療介護総合確保基金事業に係る
「口腔管理連携体制構築事業」の実施希望調査票

＊実施を希望する場合は、令和 8 年 5 月 29 日（金）までに御送付ください。

医療機関名	
担当者名等	部署 () 氏名 ()
連 絡 先	TEL () FAX () MAIL ()

口腔管理連携体制構築事業概要

1 目的

入院時から退院後の患者の口腔管理の実施や口腔機能の低下・誤嚥性肺炎を予防し、重症化予防を図るために、入院時の患者の口腔管理を行う医療従事者の資質向上を図るとともに、退院後も切れ目のない口腔管理が行われるよう、情報を引き継ぐための口腔管理連携体制を整備することを目的とする。

2 実施主体

病床を有する医療機関 3 医療機関程度

3 補助期間

1 年間

4 対象経費等

(1) 対象経費

報償費、旅費、需用費(印刷製本費、消耗品費、医薬材料費に限る)及び役務費(通信運搬費に限る)

(2) 補助額

1 医療機関当たり 234 千円以内(事業費の2分の1以内)

5 事業内容

(1) 歯科専門職との連携による入院患者の口腔ケア及びスタッフ指導

口腔ケアが困難な入院患者について、歯科医師・歯科衛生士との連携による口腔ケ

アの実施及びスタッフ指導 (月2～3回)

* 歯科医師等は、各医療機関において依頼

(2) 医科歯科の情報連携の推進

口腔管理が継続して必要な患者が退院時する場合、医療機関から歯科医療機関へ情報提供書の送付を行い歯科医院による歯科治療や口腔管理を依頼。(別紙ひな形参照) 依頼を受けた歯科医院は返書を行い連携体制の推進を図る。

(3) 研修会の実施(年1回)

地域の歯科医師会と連携し、地域の医療・介護職等のスタッフを対象に取組の報告及び切れ目のない口腔管理の必要性の周知を行う研修会の実施

6 事業評価

- ・ 口腔管理(口腔ケア)の効果について、入院患者の発熱・肺炎(誤嚥性肺炎)発症数で評価
- ・ 口腔管理連携体制について、退院時の情報提供書の発行と返書の数で評価

診療情報提供書（医科歯科連携用）

記入日：

提供（連携）先歯科医療機関名 先生 御侍史	紹介元医療機関名 〒 住所： 医師： TEL： FAX:
------------------------------	--

☐ 歯科での口腔管理を依頼します。ご高診の程お願いいたします。					
フリガナ		性別	生年月日	年齢	
患者氏名					
主疾患名	既往歴				
紹介目的					
希望する 歯科処置	☐ 口腔内清掃、歯石除去、口腔衛生指導などの口腔ケア ☐ 口腔内のスクリーニング ☐ 義歯の新製・修理・調整		☐ 動揺歯の緊急的固定 ☐ 必要であれば抜歯 ☐ う蝕・歯肉病の検査/治療		
治療予定 治療経過	手術	術日 術式	☐ 予定 ☐ 実施 ☐ 未定 手術による口腔内の変化 ☐ なし ☐ あり		
	抗がん剤等	実施日 レジメン	☐ 予定 ☐ 実施 ☐ 未定 ☐ 化学療法中 好中球数 <1000/ μ L の可能性あり		
	頭頸部 放射線治療	実施日 照射線量 Gy	☐ 予定 ☐ 実施 ☐ 未定 照射部位：口腔 ☐ 含まない ☐ 含む		
BP剤/ デノスマブ	骨転移	☐ なし ☐ あり 初回投与日 最終投与日	☐ 予定 ☐ 実施 ☐ 未定 薬剤名 ☐ ソレドロン酸 ☐ デノスマブ		
	骨粗鬆症	☐ なし ☐ あり 初回投与日 最終投与日	☐ 予定 ☐ 実施 ☐ 未定 薬剤名 ☐ 内服BP ☐ デノスマブ等		
血液データ	採取日 WBC： その他（	☐ 別紙添付 / μ L （Neut %） Plt： x10 ⁴ / μ L			
他疾患 について	☐ 糖尿病（HbA1c： %） ☐ 高血圧 ☐ 心疾患 ☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 その他（				
内服	抗血栓薬	☐ なし ☐ あり：薬剤名（			
	抗菌・鎮痛薬	☐ なし ☐ あり：薬剤名（			
	ステロイド剤	☐ なし ☐ あり：薬剤名（			
備 考	歯科 治療 の 留意 点	親血的処置 （抜歯）	☐ 抜歯は可能と考えます ☐ 抜歯が必要な場合、慎重にご判断ください（対応方法などご相談下さい） ☐ 抜歯は原則禁忌と考えます（対応方法などご相談下さい） ※抜歯が必要な場合は、治療開始時期を検討致しますのでご連絡下さい。		
		歯科治療上の リスク	☐ 特に問題はなく、通常の歯科治療が可能です ☐ 白血球数が少なく歯生感染症のリスクが高い状態になる時期があります ☐ 顎骨骨髓炎・骨壊死などへの配慮が必要です		
申し送り 事項（疾患 のコント ロール状態 など）					

診療情報等連携共有に係る情報提供

年 月 日

照会元医療機関名

担	当	医	科	先生御机下
---	---	---	---	-------

歯科医療機関名

歯科医師氏名 印

所在地

電話番号

貴院（科）より診療情報のご照会をいただきました、当院で治療中の下記患者については、現時点において次のような歯科治療を実施しております。

貴院（科）における診療及び投薬等実施の際にお役立ていただければ幸いです。

患者氏名	性別 男・女
患者住所 電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)
当院傷病名	☐ う蝕 ☐ 歯周病 ☐ その他 ()
今後の治療予定	☐ う蝕処置 ☐ 抜歯 ☐ 歯周外科 ☐ その他 ()

照会元医療機関への 回答内容	
-------------------	--