

広島市生活機能維持向上事業（通所口腔ケア事業）について

1 利用対象者

生活機能評価の結果から、要介護状態になる可能性が高いと判定された高齢者（特定高齢者）のうち、地域包括支援センターが口腔機能向上プログラムへの参加が望ましいと認めた者を利用対象者とする。

なお、地域包括支援センターが作成した介護予防支援計画等に基づき、市が利用決定を行う。

2 実施場所

指定介護予防通所事業所または歯科医療機関とする。

3 実施手順

- ① サービスの実施に当たり、地域包括支援センターの作成した介護予防支援計画に基づき、歯科医師又は歯科衛生士が、利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題を把握するため、（様式6－3）により事前アセスメントを行い、当該アセスメント結果を踏まえた個別サービス計画を（様式7－3）により作成する。
- ② 個別サービス計画は、利用者が居宅等で実施する「セルフケアプログラム」と言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が実施する「専門的プログラム」を作成する。
- ③ 個別サービス計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が通所口腔ケアサービスを行うとともに（様式8－3）により、その経過を記録する。その際、個別サービス計画に実施上の問題点があれば直ちに歯科医師又は歯科衛生士と協議して当該計画を修正する。
- ④ コース終了時に、歯科医師又は歯科衛生士が、事後アセスメント（様式6－3）を行い、目標の達成度、口腔機能変化及び関連する QOL の変化等を（様式9－3）により記録し、コース終了後、速やかに地域包括支援センターへ送付する。
- ⑤ 口腔清掃に関する評価は舌苔、歯又は義歯の汚れによって、口腔機能の変化は反復唾液嚥下テスト、頬の膨らましによって評価する。

※ 事前・事後アセスメント、個別サービス計画作成及び評価は、歯科医師又は歯科衛生士が実施すること。なお、歯科衛生士が実施する場合は、必要に応じて、個別サービス計画及び評価に関する歯科医師の助言を得ることができる連携体制を確保すること。

4 実施期間及び回数

1 コース7回とし、概ね2週間ごとに実施する。

歯科医療機関で実施する場合、1 回の実施時間は概ね 15 分以上とする。

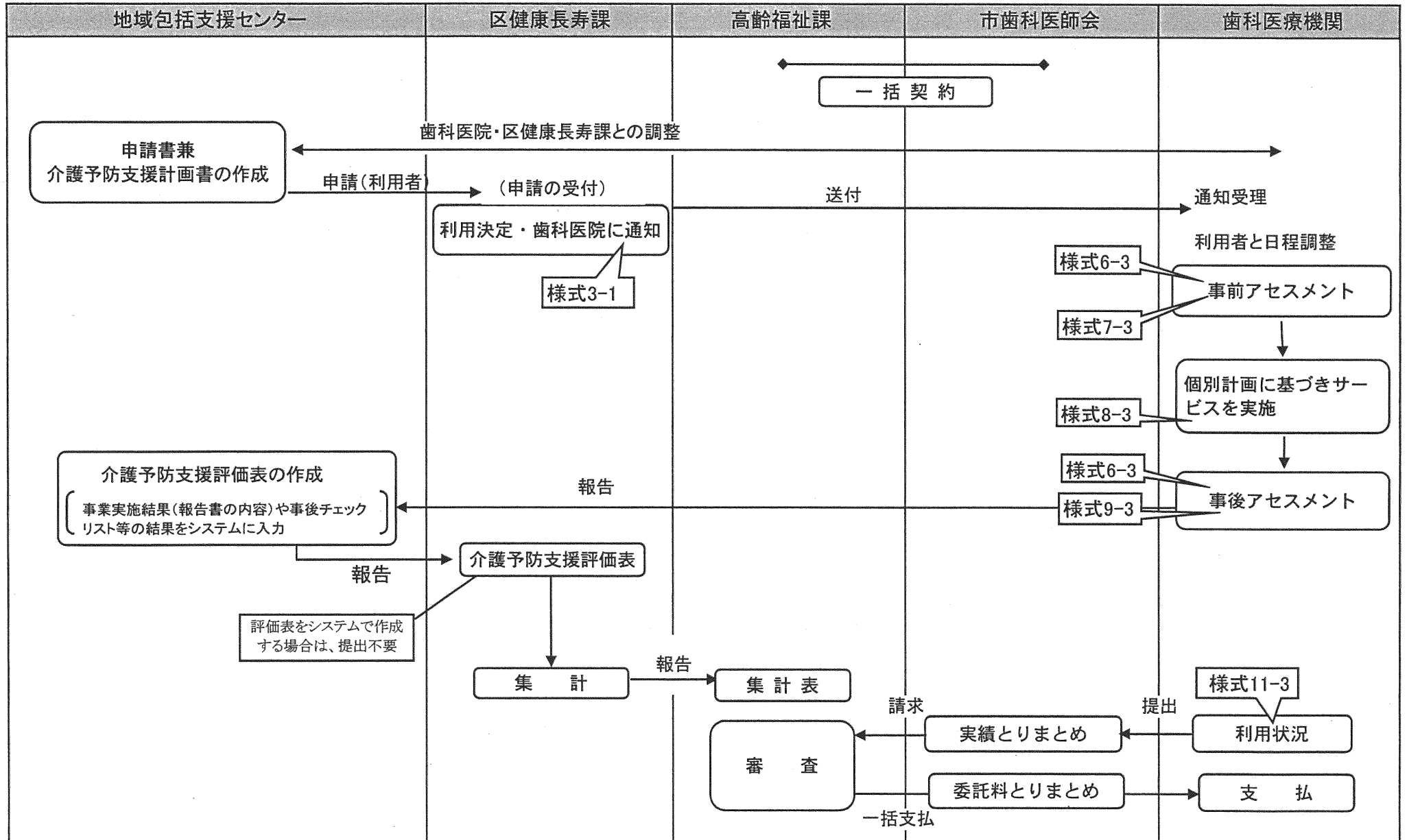
5 利用料

無料とする。ただし、利用者から口腔清掃用具等の実費を徴収することができる。

6 委託料（平成26年度）

1人1回あたり 1,670円

通所口腔ケア事業(歯科医師会委託分)の流れ



(様式3-1)

平成 年 月 日

730-8586

広島市中区国泰寺町一丁目
6番34号

〇〇歯科医院 御中

広島市長
(中区厚生部健康長寿課)

広島市生活機能維持向上事業利用依頼書

広島市生活機能維持向上事業の利用について、下記のとおり利用者を決定いたしましたので、その利用について依頼します。

記

1 利用者

- (1) 氏名 高 齢 太 郎
- (2) 住 所 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号
- (3) 申請書の写し 別紙のとおり

2 利用するサービス

通所口腔ケア（1コース7回）

3 送迎サービス

なし

4 利用日程の通知について

利用者に対して、速やかに利用日程等を通知してください。

お問い合わせ先

〒730-8586

広島市中区大手町四丁目1番1号

中区役所厚生部健康長寿課高齢福祉係

TEL (082) 504-2570

口腔ケアアセスメント票

ふりがな	
氏 名	

記入者: _____

事前: _____ 年 _____ 月 _____ 日

事後: _____ 年 _____ 月 _____ 日

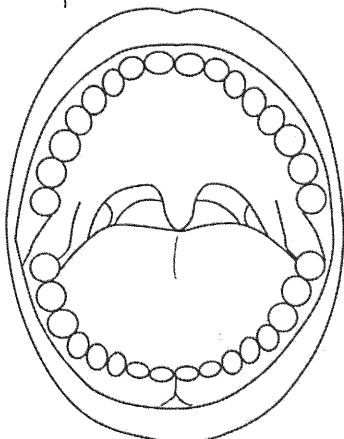
質 問 事 項			評 価 項 目		事前	事後
基本 チェ ック リス ト	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい	0 いいえ		
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい	0 いいえ		
	15	口の乾きが気になりますか	1 はい	0 いいえ		

※事前の欄には、基本チェックリストの結果を転記する。

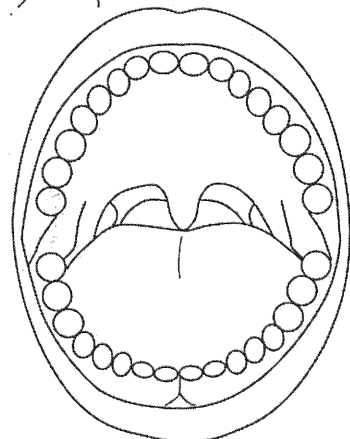
Q O L	1	食事が楽しみですか	1 とても楽しみ 4 楽しくない	2 楽しみ 5 全く楽しくない	3 ふつう		
	2	食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい 4 あまりおいしくない	2 おいしい 5 おいしくない	3 ふつう		
	3	お口の健康状態はどうですか	1 よい 4 あまりよくない	2 まあよい 5 よくない	3 ふつう		
食 事	4	食事中や食後のむせ	1 ない	2 あまりない	3 ある		
	5	食事中や食後の痰のからみ	1 ない	2 時々ある	3 いつもからむ		
衛 生	6	食物残渣	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	7	舌苔	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	8	歯又は義歯の汚れ	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	9	口臭	1 なし	2 弱い	3 強い		
	10	口腔清掃の習慣	1 毎日(朝・昼・夜)	2 磨かない日がある			
機 能	11	反復唾液嚥下テスト(RSST)	1 3回以上	2 3回未満	※事前の欄には、生活機能評価の結果を転記する。		
	12	頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	1 左右十分可能	2 やや不十分	3 不十分		

義歯の状況	☐ なし ☐ 有り ☐ 上顎 ☐ 全部床義歯 ☐ 部分床義歯 ☐ 下顎 ☐ 全部床義歯 ☐ 部分床義歯
歯科診療の状況	☐ なし ☐ 有り ☐ 1週間に1～2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成等の治療が中心) ☐ 1～数ヶ月に1回程度のメインテナンス等(定期健診等も含む)
特記事項	

事前 (/)



事後 (/)



口腔機能向上個別計画

様

作成日 年 月 日

わたしのゴール

ゴールに向かう身近な目標	目標達成のための具体的計画（頻度も含む）		実施期間
	専門的 プログラム		
	セルフケア プログラム		
	専門的 プログラム		
	セルフケア プログラム		

実行や支援にあたって注意することなど

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

計画作成者

(様式 8 - 3)

口腔機能向上サービスの経過記録

目標(ゴール)

氏名

	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回
実施日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
開始・終了時刻	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
指導の要点					
課題・改善点等					
口腔清掃方法等 変更の必要性					
特記事項					
担当者の署名					

介護予防事業報告書

広島市

地域包括支援センター長 様

作成日 年 月 日

次のとおり報告します。

利用者氏名

項 目		サービス開始時 (月 日)			3ヶ月後 (月 日)		
口腔機能向上	舌苔 (口腔清掃)	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	1 なし・少量	2 中程度	3 多量
	歯又は義歯の汚れ (口腔清掃)	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	1 なし・少量	2 中程度	3 多量
	反復唾液嚥下テスト (摂食・嚥下機能)	回			回		
	頬の膨らまし (摂食・嚥下機能)	1 十分	2 やや不十分	3 不十分	1 十分	2 やや不十分	3 不十分
	目標の達成度、サービス継続の必要性等						

総合的評価

所属 (事業所) _____

作成担当者氏名 _____

(様式11-3)

特定高齢者介護予防事業利用状況(平成 年 月分)

事業所名

氏 名	利 用 日 等					
	利用日	サービス	利用日	サービス	利用日	サービス
明・大・昭 . . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	

(合計)

口腔ケア	人
------	---

※延人数を記入してください。