

説明資料	通所口腔ケアとは
------	----------

— むし歯や歯周病などの「歯科治療」とは違います —

歳を重ねるにしたがって、唾液の分泌量が減少するとともに、飲み込む機能も低下します。そこで、これら口腔機能の維持・向上を図るため、

- ① 唾液の分泌を促すマッサージ
- ② 口のまわりの筋肉をきたえる体操
- ③ 口の中を清潔にするための指導

などを行う「広島市の介護予防事業」です。

1 対象者

65歳以上で、要支援・要介護認定（申請中を含む）を受けていない人のうち、チェックリスト（別紙1）により、口腔機能が低下していると判定された人

2 期 間

1コース3か月間で、原則として概ね2週間に1回

3 実施場所

広島市からの委託を受けた歯科診療所等（当歯科医院でも実施しています。）

4 費 用

無料（歯科治療は含まれていません。）

5 通所口腔ケアを受ける手続き

- 当歯科医院から市役所に連絡します。
- 地域包括支援センターの担当職員がお宅を訪問しますので、チェックリスト（別紙1）を見せてください。
- 地域包括支援センターが介護予防事業利用申請書を作成し、当歯科医院で通所口腔ケアを利用できるようになります。

〔地域包括支援センター：高齢の皆さんの保健・福祉などさまざまな相談に応じる地域の総合相談窓口として、広島市が社会福祉法人等に委託して41か所に設置しています。〕

連絡票 広島市高齢福祉課へ（504-2648）

- チェック：□ 対象者は65歳以上で要介護認定を受けていない人です
- チェックリストで口腔機能の3項目のうち2項目以上に該当します
- 通所口腔ケアの利用を承諾しています
- 市と地域包括支援センターにその情報を提供することに同意しています
- 後日、地域包括支援センターから連絡があることを説明済みです

通所口腔ケア事業を実施している「_____歯科医院」です。

通所口腔ケアの利用を希望している特定高齢者の候補者がいますので、手続きをお願いします。

対象者の名前は_____様

住所は_____

生年月日は_____

電話番号は_____です。

対象者は、当歯科医院で_____月_____日から、通所口腔ケアの利用を希望・承諾しています。

対象者の住所地を担当する地域包括支援センターはどこですか。

_____地域包括支援センター ですね。

当歯科医院の電話番号は_____で、私は_____です。