

歯科医院での口腔機能向上のサービス 症例集

平成 23 年 5 月

広島市歯科医療福祉対策協議会

はじめに

平成 18 年 4 月、介護予防を重視したシステムへの転換を図るため介護保険制度が改正され、要支援認定者を対象とした予防給付及び特定高齢者（要介護状態等になるおそれの高い 65 歳以上の者）を対象とした介護予防事業の中に、“口腔機能向上のサービス”が組み込まれました。

介護予防事業における口腔機能向上の目的は、高齢者の「食べる楽しみ」「窒息・誤嚥予防」「運動器の機能向上」「低栄養予防」などの心身機能の維持・改善をはかることで、高齢者自身がその能力を発揮し、主体性と意欲を高め、自己実現できるように支援していくことです。

高齢者の口腔機能の低下は低栄養や気道感染、肺炎などの感染症発症の重要なリスク因子であり、口腔機能と身体機能や認知機能との関連を示した調査結果が数多く報告され、平成 21 年 4 月には介護保険施設において行われている口腔ケア・マネジメントに対して口腔機能維持管理加算が新設されるなど、介護の分野での歯科医療関係者の果たす役割とその重要性が明確になってきました。

特定高齢者を対象とした介護予防事業（運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上）は、市町村が主体となって、通所系の指定介護予防事業所で実施されることでスタートしました。当初特定高齢者は高齢者の 5%と見込まれていましたが、国の定めた特定高齢者の選定基準が厳しく、特定高齢者数が想定より大幅に少なかったため、平成 19 年 4 月に選定基準が見直されましたが、それでも平成 20 年度は 0.5%の事業利用者にとどまり、これを受けて、平成 22 年 8 月からは、特定高齢者の把握には医療機関での生活機能評価（健診）が廃止され、基本チェックリストのみで行えるように実施要綱が大幅に改正されました。

広島市においては、広島市歯科医師会との連携のもと、モデル事業の実施や介護予防教室等への講師派遣を通して地域包括支援センターとの連携は構築されつつあるものの、口腔の専門職以外の方が口腔を評価する困難さや医療機関での生活機能評価が必要であったことが障害となり、通所口腔ケア（P6）の利用者が伸び悩んでいるのが現状です。

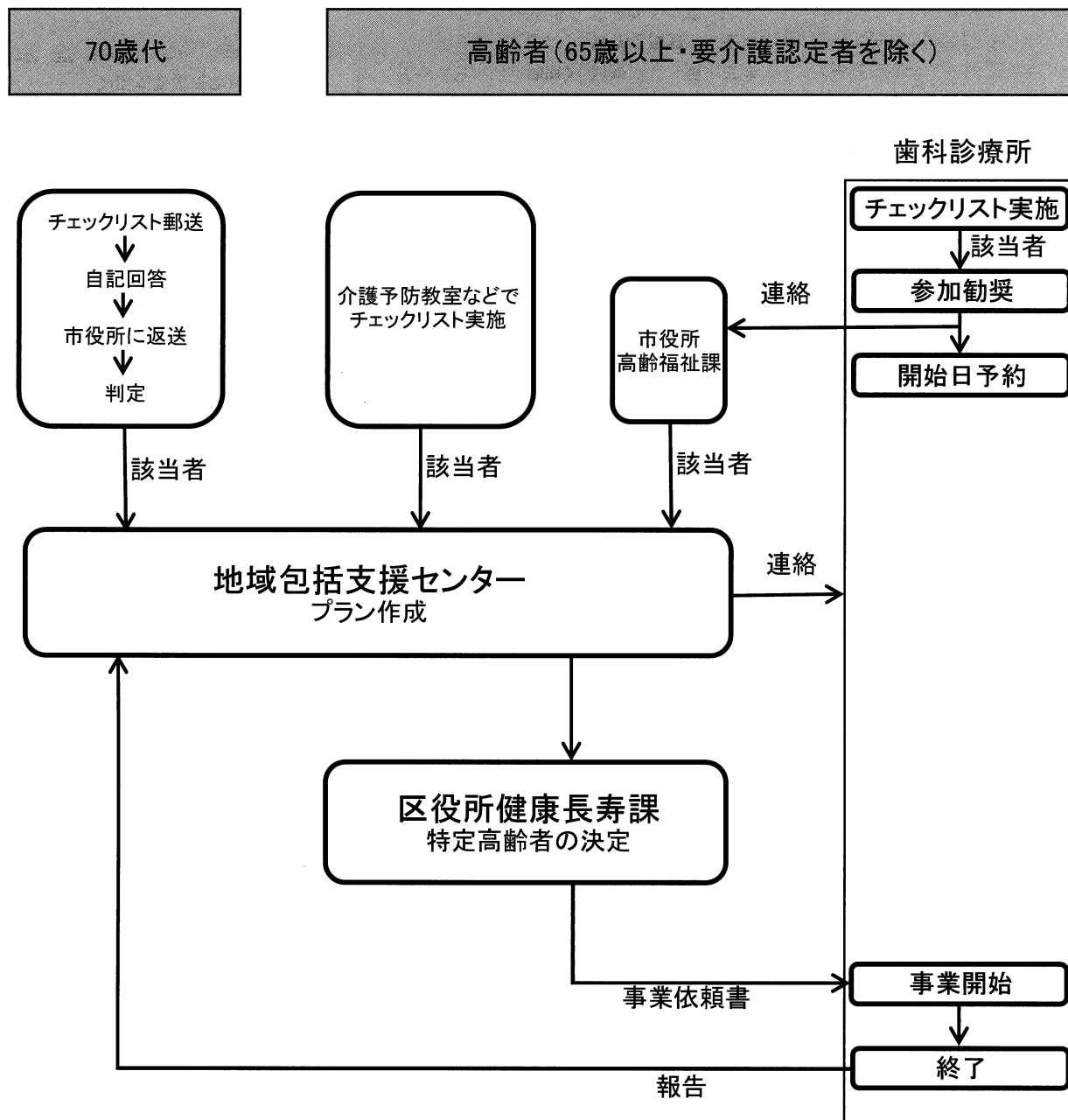
このたびの実施要綱の改正により、平成 23 年度から歯科医院に来院した 65 歳以上の高齢者に対し、基本チェックリストで特定高齢者に該当すれば、地域包括支援センターでの手続きを依頼すれば、これまでのように生活機能評価を受けなくても歯科医院での通所口腔ケアの実施が可能となりました。

歯科医院での口腔機能向上のサービスが高齢者の心身の健康の維持・向上に寄与し、さらには地域包括支援センターや介護支援専門員等との連携構築の一助になることを期待します。

目 次

1. 口腔機能向上サービス(通所口腔ケア)実施の流れ	1
2. 歯科医院でのサービス提供手順(歯科医院で特定高齢者を選定する場合)	2
別紙1 介護予防のためのチェックリスト(基本チェックリスト)	5
別紙2 患者説明用資料(通所口腔ケアとは)	6
別紙3 広島市高齢福祉課連絡票	7
3. 歯科医院でのサービス提供手順(地域包括支援センターから依頼があった場合)	8
4. サービスの実施に伴う注意事項	9
5. 口腔ケアアセスメント票(様式6-3)	10
6. アセスメント項目について	11
7. 個別サービス計画の作成について	13
8. 症例1.(様式7-3、様式 8-3、様式 9-3)	14
症例2.(様式7-3、様式 8-3、様式 9-3)	17
症例3.(様式7-3、様式 8-3、様式 9-3)	20
9. 広島市生活機能維持向上(通所口腔ケア)事業の効果	23
10. 広島市の地域包括支援センター一覧	27
(参考)特定高齢者介護予防事業利用状況(様式11-3)	28
(参考)広島市生活機能維持向上事業利用依頼書(様式3-1)	29
(参考)利用者基本情報	30
(参考)介護予防サービス・支援計画表	32

1. 口腔機能向上サービス(通所口腔ケア)実施の流れ



2. 歯科医院でのサービス提供手順

(歯科医院で特定高齢者を選定する場合)

- ① 歯科医院に受診した 65 歳以上の高齢者で要介護認定非該当者(申請中も不可)に対し、別紙1 基本チェックリスト(P5, 口腔機能については13、14、15)を用いてスクリーニングを行う。

または、70 歳の節目年齢歯科健診時に問診部分でスクリーニングを行う。

基本チェックリスト抜粋

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	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ

- ② 基本チェックリストの13から 15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当する人を特定高齢者の候補者とし、別紙2 説明資料(P6)を使用して次の事項について説明し、通所口腔ケアへの参加を勧誘する。

- ・口腔機能が低下しており、介護予防のための通所口腔ケアが必要であること
- ・通所口腔ケアの内容、費用は無料(ただし口腔清掃用具等は実費)であること
- ・当歯科医院でもできること
- ・市役所と居住地を担当する地域包括支援センターに情報提供すること
- ・地域包括支援センターから連絡があり、面接等により介護予防事業利用申請書を作成してから口腔ケアを開始すること

- ③ 対象者の承諾を得た場合は、別紙3 連絡票(P7)を見ながら広島市高齢福祉課に電話連絡する。

連絡後、初回サービス提供日時の日程調整(概ね2週間以上の後)を行い、回答記入したチェックリスト(別紙1)を対象者に渡す。

- ・広島市高齢福祉課は、対象者の要介護認定状況等を確認し、要介護認定を受けているなど対象外である場合は歯科医院に連絡
- ・広島市高齢福祉課から地域包括支援センターに連絡

- ④ 地域包括支援センターの担当職員が対象者宅を訪問するなどにより状況を把握し、介護予防事業利用申請書を作成して各区役所健康長寿課に送付する。

- ⑤ 各区役所健康長寿課は、申請を受けて利用を決定し、歯科医院に広島市生活機能維持向上事業利用依頼書(P29)を郵送する。

同時に利用者基本情報(P30・31)、介護予防サービス・支援計画表(P32・33)が送付される場合がある。

- ⑥ 歯科医院は広島市生活機能維持向上事業利用依頼書を受けてサービスを開始する。初回サービス提供日までに依頼書が届かない場合は、広島市高齢福祉課に連絡する。
- ⑦ 初回サービス
事前アセスメントを行い様式6-3(P10)に記入し、その結果を踏まえ個別サービス計画(様式7-3,P14、17、20)を作成する。特定高齢者介護予防事業利用状況(様式11-3,P28)に利用者から署名か捺印をもらう。
- ⑧ 2回目から6回目までのサービス
例) 2回目サービス:個別サービス計画の説明と簡単なブラッシング指導
3回目サービス:歯間ブラシを使った残存歯の清掃指導、健口体操
4回目サービス:義歯ブラシを使った義歯の清掃指導および残存歯の清掃状態の確認、唾液腺マッサージ、健口体操
5回目サービス:舌ブラシを使った舌の清掃指導
6回目サービス:清掃方法の再確認
個別サービス計画に沿ったサービスを提供し、口腔機能向上サービスの経過記録(様式8-3,P15、18、21)を記入し、特定高齢者介護予防事業利用状況(様式11-3)に利用者から署名か捺印をもらう。
- ⑨ 7回目サービス
事後アセスメントを行い様式6-3に記入し、特定高齢者介護予防事業利用状況(様式11-3)に利用者から署名か捺印をもらう。
介護予防事業報告書(様式9-3,P16、19、22)を記載し、速やかに地域包括支援センターに送付する。
- ⑩ 様式11-3 については、毎月のサービス終了後、翌月の5日までに広島市歯科医師会事務局に提出する。例えば、サービスの実施期間が3ヶ月になる場合には月1枚ずつ(計3枚)提出することになる。(FAXは不可)

書類の記入・署名について

	初回	第 2 回	第 3 回	第 4 回	第 5 回	第 6 回	第 7 回	
様式 6-3	記入						記入	
様式 7-3	記入 利用者署名							
様式 11-3	利用者の 印 or 署名	利用者の 印 or 署名	利用者の 印 or 署名	利用者の 印 or 署名	利用者の 印 or 署名	利用者の 印 or 署名	利用者の 印 or 署名	→広島市歯科 医師会事務局 に提出
様式 8-3		記入	記入	記入	記入	記入		
様式 9-3							記入 提出	→サービス終了 後速やかに担当 の地域包括支援 センターに電話 した後、提出

介護予防のためのチェックリスト

事業実施 前・後

氏名()

実施日:平成 年 月 日

回答欄に○をつけて、右欄の○の個数を記入してください。			回答欄	この欄の個数を記入	
生活全般	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	/ 5
	2	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ	
	3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
	4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
	5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ	
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	いいえ	/ 5
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	はい	いいえ	
	8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
	9	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい	
	10	転倒に対する不安は大きいですか	いいえ	はい	
栄養	11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	いいえ	はい	/ 2
	12	身長 cm 体重 kg (BMI =)	18.5以上	18.5未満	
口腔機能・ 能えん	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい	/ 3
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい	
	15	口の渇きが気になりますか	いいえ	はい	
外出	16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	/ 2
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ	はい	
認知	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	いいえ	はい	/ 3
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい	いいえ	
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	いいえ	はい	
1～20の合計				/ 20	
生活意欲	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	いいえ	はい	/ 5
	22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	いいえ	はい	
	23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	いいえ	はい	
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	いいえ	はい	
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	いいえ	はい	
1～25の合計				/ 25	

◎主観的健康感

あなたの現在の健康状態はいかがですか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない

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。

3. 歯科医院でのサービス提供手順

(地域包括支援センターから依頼があった場合)

- ① 地域包括支援センターから通所口腔ケアについて電話で依頼があり、歯科医院がこれを了承すると、区役所健康長寿課から広島市生活機能維持向上事業利用依頼書(P29)が郵送される。この依頼書を受けて、以下の手順に従いサービスを提供する。
同時に利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画表が送付される場合がある。
- ② 歯科医院は申請者(利用者)に連絡し、初回サービス提供日時の日程調整を行う。
- ③ 初回サービス
事前アセスメントを行い様式6-3に記入し、その結果を踏まえ個別サービス計画(様式7-3)を作成する。特定高齢者介護予防事業利用状況(様式11-3)に利用者から署名か捺印をもらう。
- ④ 2回目から6回目までのサービス
例) 2回目サービス:個別サービス計画の説明と簡単なブラッシング指導
3回目サービス:歯間ブラシを使った残存歯の清掃指導、健口体操
4回目サービス:義歯ブラシを使った義歯の清掃指導および残存歯の清掃状態の確認、唾液腺マッサージ、健口体操
5回目サービス:舌ブラシを使った舌の清掃指導
6回目サービス:清掃方法の再確認
個別サービス計画に沿ったサービスを提供し、口腔機能向上サービスの経過記録(様式8-3)を記入し、特定高齢者介護予防事業利用状況(様式11-3)に利用者から署名か捺印をもらう。
- ⑤ 7回目サービス
事後アセスメントを行い様式6-3に記入し、特定高齢者介護予防事業利用状況(様式11-3)に利用者から署名か捺印をもらう。
介護予防事業報告書(様式9-3)を記載し、速やかに地域包括支援センターに送付する。
- ⑥ 特定高齢者介護予防事業利用状況(様式11-3)については、毎月のサービス終了後、翌月の5日までに広島市歯科医師会事務局に提出する。例えば、サービスの実施期間が3ヶ月になる場合には月1枚ずつ(計3枚)提出することになる。(FAXは不可)

4. サービスの実施に伴う注意事項

- ※ 歯科医院での1回のサービスは概ね15分以上を目安とする。
- ※ 1コースの期間は概ね3か月、概ね2週間ごとに7回を原則とするが、回数についてはアセスメントの結果に応じ、歯科医師の判断で減じることができる（減じる場合は対象者及び地域包括支援センターに説明する）。
- ※ 1コース終了時、アセスメントの結果によりサービスの継続が必要な場合は、地域包括支援センターに連絡する（継続は可能だが、継続申請の手続きが再度必要）。
- ※ 毎回サービス利用時には、利用者に印鑑を持参させる。
- ※ サービスと医療との区別を明確にする。サービス同日に歯科診療を行う場合は、サービスとは別物で医療保険の負担金が必要であることを利用者に十分説明し、必ず了承を得る。
- ※ 利用者から口腔清掃用具等の実費は徴収することができる。

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回程度のメンテナンス等（定期健診等も含む）
特記事項	

事前（ / ）	事後（ / ）

アセスメント項目について

口腔機能の向上マニュアル 平成 18 年 3 月
(口腔機能の向上についての研究班) 参照

【 QOL 関連 】

1. 食事が楽しみですか。

2. 食事をおいしく食べていますか。

- ① アセスメント実施者が、対象者本人の主観に基づき、5 段階の評価による回答を聞き取る。対象者からの聞き取りが困難な場合は、家族等対象者の状態を把握した者からの聞き取り調査を行う。
- ② 対象者の正確な状況を把握するために、聞き取り調査を行う際は回答を誘導しないよう配慮する。

3. お口の健康状態はどうですか。

- ① アセスメント実施者が、対象者本人の主観に基づき、5 段階の評価による回答を聞き取る。対象者からの聞き取りが困難な場合は、家族等対象者の状態を把握した者からの聞き取り調査を行う。
- ② 単なる疾患や症状の有無ではなく、対象者が歯や口の中に苦痛や不自由等を抱えているかどうかの主観的な健康感を聞き取る。

1	よい	口や歯は調子がよい。口や歯のことで苦痛や不自由は感じていない。いつも口がさわやかで気持ちがよい等。
2	まあよい	口や歯はどちらかといえば調子がよい。口や歯のことで苦痛や不自由はほとんど感じていない等。
3	ふつう	どちらともいえない。時折不自由を感じることもあるが、調子がよいこともある等。
4	あまりよくない	口や歯はあまり調子がよくない。口や歯のことでしばしば苦痛や不自由を感じている。口や歯のことでいつも弱い苦痛や不自由を感じている等。
5	よくない	口や歯は調子がよくない。口や歯のことでいつも苦痛や不自由を感じている。口や歯のことでひどい苦痛や不自由がある。いつも口の中に不快感がある等。

【 食事関連 】

4. 食事中や食後のむせ

食事中や食後のむせについて、対象者本人又は家族に聞き取り調査を行い、3 段階で評価する。

1	ない	食事中や食後は、むせることはない
2	あまりない	食事中や食後に時々むせる
3	ある	むせにより食事が中断してしまうことがある。

5. 食事中や食後の痰のからみ

★ 痰のからみは、上気道感染のサインの一つであるとともに、食事中での特異的な出現は嚥下機能低下のスクリーニングとして重要である。

- ① 食事中や食後に痰がからんだ音（ごろごろ音）、嗄声（声かすれ）の有無について、対象者本人又は家族に聞き取り調査を行い、3 段階で評価する。
- ② 評価は特定日での状況ではなく、対象者の日常の状況をできるだけ正確に反映させる。

【 衛生関連 】

6. 食物残渣

- ① 対象者の口腔内の頬粘膜や口蓋などを観察し、食物残渣の量を 3 段階で評価する。
- ② 義歯を装着している場合は、装着した状態で評価する。

1	なし・少量	残渣が認められない又は、片側に少量認められる
2	中程度	片側に多量又は、少量であるが全体的に残渣が認められる
3	多量	全体的に多量に認められる

7. 舌苔

舌苔の全体量について、3段階で評価する。⇒「口腔機能向上マニュアル」写真参考

1	なし・少量	付着していない又は、舌の1/3以下で薄く認められる
2	中程度	舌の1/3以下に明確に認められる
3	多量	舌の1/3以上に明確に認められる

8. 歯又は義歯の汚れ

- ① 対象者の口腔清掃状態を観察し、3段階で評価する。⇒「口腔機能向上マニュアル」写真参考
② 義歯がある場合は義歯をはずし、その内面や維持装置等の周囲に付着しているデンチャープラークや残存歯の周囲に付着している歯垢の量も全体的な量として評価する。

1	なし・少量	歯垢の付着がない又は、歯・義歯の1/3以下
2	中程度	歯又は義歯の1/3～1/2に歯垢の付着が認められる
3	多量	全体的に歯垢が付着している

9. 口臭

聞き取り調査を行う際、普通に会話を行っている状態（30cmくらいの距離）で評価する。

1	ない	口臭を全く又は、ほとんど感じない
2	弱い	口臭はあるが、会話に差し支えない程度
3	強い	近づかなくても口臭を感じ、会話しにくい

10. 口腔清掃の習慣

毎日の口腔清掃の習慣性について、2段階で評価する。

【 口腔機能 】

11. 反復唾液嚥下テスト

※ 事前の欄には、生活機能評価の結果を転記する。

- ① 反復して空嚥下を指示し、30秒間に行うことができた空嚥下の回数を記録する。
② 測定は、示指を舌骨相当部、中指を喉頭隆起に当て触診によりカウントする。
③ 口腔乾燥がある場合は、少量の水等で口腔内を潤してもかまわない。

★ 正常値：30秒間に3回以上。（2回以下であると嚥下障害の疑いがある。）

12. 頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)

頬の膨らましの状態を、3段階で評価する。

1	左右十分可能	口をしっかりと閉じて、左右にぶくぶくできる
2	やや不十分	ぶくぶくの途中で空気がもれる
3	不十分	ぶくぶくうがいをしようとしたら空気がもれる

- ① まず、「こうありたい」姿、「こうしたい」生活などの本人の意向を把握する。その際、地域包括支援センターの介護予防ケアプランを参考にするとともに、摂食・嚥下機能や口腔清掃自立などの口腔機能を、生活機能のレベルでとらえ反映させる。
- ② ①の意向に照らし、利用者の口腔機能の低下の原因となっている疾患や障害について、その改善の可能性、悪化の危険性をアセスメントする。とくに、利用者や家族が、問題に対してどのように感じているか、ケアにどの様に反応しているかなど、本人のみならず家族や担当介護職や関係者からも情報収集する。また、意欲形成や習慣形成に影響する過去の習慣や認識あるいは利用者の価値観、人間関係や社会参加など、その他の要因も整理をする必要がある。
- ③ 以上①、②をふまえ、利用者の口腔機能にかかわる「課題」の中から最も重要と思われ、利用者とも共有できる内容を1～2点に絞り「②の問題を解決して、①のようになりたい」という、利用者本人になじむ言葉でサービス計画上に明記し、利用者と家族の了解を得る。
- ④ 上記③の課題を解決するための目標と援助内容は、「援助したらどうなるのか」の具体的なイメージとして利用者や家族と共に設定する。つまり、援助によって具体的に「***のような生活を送ることができるようになる」「〇〇することができるようになる」など、利用者を主語とした形で記述する。この全体としての長期目標の下に、決めた期間の中での段階的な短期目標や、種々の摂食・嚥下機能の面の目標や口腔衛生や清掃自立面など項目別の短期目標などを設定する。これら「〇〇することができるようになる」等の目標は本人にとっても努力目標となる。したがって、実現可能な範囲で設定する必要がある、援助するものとして、可能性など専門的な判断をふまえるとともに、悪化の危険性もどの程度あるかなど、生活の中でとらえておく必要がある。また、短期目標を達成するための援助内容、留意事項、担当者、頻度、期間等を定める必要がある。個別サービス計画作成時には、他の市町村事業や種々の地域資源、市民活動などのインフォーマルサービスなども、目標達成に必要な援助内容を加味検討し、幅広く計画に盛り込む必要がある。

口腔機能向上個別計画

様

作成日 年 月 日

わたしのゴール

頬を噛むことなく、楽しく食事ができるようになる。

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
頬や口唇の動きを良くして、上手に食事できるようになる。	プロ専門的ム	歯科衛生士が頬と口唇の運動訓練と唾液腺マッサージを指導する。 （月に2回）	3ヶ月間継続
	プロセラフケムア	自宅でも食事前や時間が空いている時に運動訓練と唾液腺マッサージをする。	3ヶ月間継続
義歯の清掃の習慣を身につける。	プロ専門的ム	歯科衛生士が義歯の清掃を指導し、清掃状態を確認する。 （月に1回）	3ヶ月間継続
	プロセラフケムア	寝る前に義歯を清掃し、水につけて保管する。	3ヶ月間継続

実行や支援にあたって注意することなど

一度にたくさんの運動訓練を指導しない。
前回の訓練内容を確認しながら新しい訓練を指導する。

利用者同意サイン		続柄	本人
----------	--	----	----

計画作成者

(様式8-3)口腔機能向上サービスの経過記録

症例1

目標(ゴール)

頬を噛むことなく、楽しく食事ができるようになる。

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	頬や口唇の動きが悪く なっていることの説明 ぶくぶくうがいの指導	頬の機能訓練の指導	口唇の機能訓練の指導 頬の機能訓練の復習	前回までの機能訓練の 復習	唾液腺マッサージの指導
課題・改善点等		鉤歯の清掃方法の 変更		歯間ブラシのサイズの 変更	
口腔清掃方法等 変更の必要性			義歯洗浄剤の使用を 薦める		
特記事項			義歯の調整		義歯の新製も考慮
担当者の署名					

(様式9-3)

介護予防事業報告書

症例1

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)
転倒予防	握力(筋力)	kg (左 ・ 右)	kg (左 ・ 右)
	開眼片足立ち (バランス能力)	秒	秒
	5m歩行速度 (歩行能力)	秒	秒
	Timed up & go (複合動作能力)	秒	秒
	目標の達成度、サービス継続の必要性等		
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)	2 回	5 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		
低栄養予防	身長・体重・BMI	体重 kg (BMI:)	体重 kg (BMI:)
	体重減少率・変化		
	血清アルブミン値	(g/dl)	(g/dl)
	目標の達成度、サービス継続の必要性等		

総合的評価

利用者自身も目標達成に向けて意欲的で、機能訓練の習得も早く、セルフケアプログラムを積極的に実施していた。その結果、比較的早い段階で頬を噛まなくなり、楽しく食事できるようになった。今後も定期健診時に口腔機能についてもサポートしていく。

所属 (事業所)

歯科医院

作成担当者氏名

様

作成日 年 月 日

わたしのゴール

むせることなく、食事ができるようになる。

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
舌の動きを良くして、むせることを少なくする。	プロ専門的ム	歯科衛生士が舌の運動訓練と唾液腺マッサージを指導する。（月2回）	3ヶ月間継続
	プロシムア	自宅でも食事前や時間が空いている時に運動訓練と唾液腺マッサージをする。	3ヶ月間継続
飲み込みやすい方法や姿勢で食べる。	プロ専門的ム	むせのメカニズムを説明する。	3ヶ月間継続
	プロシムア	①1回で口に入れる食べ物の量を減らす。 ②正しい姿勢で食べる。	3ヶ月間継続

実行や支援にあたって注意することなど

むせやすい食べ物を家族に伝える。

利用者同意サイン		続柄	本人
----------	--	----	----

計画作成者

(様式8-3) 口腔機能向上サービスの経過記録

症例2

目標(ゴール)

むせることなく、食事ができるようになる。

氏名

実施日 開始・終了時刻	第2回		第3回		第4回		第5回		第6回	
	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～
指導の要点	むせのメカニズムの説明 唾液腺マッサージの指導		舌の機能訓練の指導 (前方、上方、左右への運動)		舌の機能訓練の継続 パ・タ・カ・ラの発音訓練の指導		唾液腺マッサージの復習		機能訓練を継続する 必要性について説明	
課題・改善点等	内服薬の確認		むせやすい食べ物の把握		1回に口に入れる量の確認					
口腔清掃方法等 変更の必要性										
特記事項					歯肉の腫脹は 内服薬の副作用の 可能性あり				降圧剤の変更について 主治医に相談	
担当者の署名										

(様式9-3)

介護予防事業報告書

症例2

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)
転倒予防	握力(筋力)	kg (左 ・ 右)	kg (左 ・ 右)
	開眼片足立ち(バランス能力)	秒	秒
	5m歩行速度(歩行能力)	秒	秒
	Timed up & go(複合動作能力)	秒	秒
	目標の達成度、サービス継続の必要性等		
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)	2 回	6 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		
低栄養予防	身長・体重・BMI	体重 kg (BMI:)	体重 kg (BMI:)
	体重減少率・変化		
	血清アルブミン値	(g/dl)	(g/dl)
	目標の達成度、サービス継続の必要性等		

総合的評価

サービスを実施していくにつれて、利用者自身の口腔機能に対する認識が変わり、機能訓練を積極的に行うようになった。また、家族もセルフケアプログラムの実施にあたり、協力的であり、食事中にむせる頻度が減った。

所属(事業所) 歯科医院

作成担当者氏名

様

作成日 年 月 日

わたしのゴール

口臭を減らし、楽しく会話できるようになる。

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
自分に合った口腔清掃方法を身につける。	プロ専門的ム	歯垢染め出しによりみがき残し部位のみがき方、清掃用具の選択を指導する。（月1回）	3ヶ月間継続
	プロセラミックラケム	指導されたみがき方を忘れないで自宅でもできるようにする。	3ヶ月間継続
はっきりした発音を心がけるようにする。	プロ専門的ム	歯科衛生士が発音訓練の指導をする。（月1回）	3ヶ月間継続
	プロセラミックラケム	自宅でも空いた時間に発音訓練をする。	3ヶ月間継続

実行や支援にあたって注意することなど

適合の悪い詰め物やかぶせ物もやりかえる。

利用者同意サイン		続柄	本人
----------	--	----	----

計画作成者

(様式8-3) 口腔機能向上サービスの経過記録

症例3

目標(ゴール)

口臭を減らし、楽しく会話できるようになる。

氏名

実施日 開始・終了時刻	第2回		第3回		第4回		第5回		第6回	
	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
	：	～	：	～	：	～	：	～	：	～
指導の要点	口腔内の状態について 説明 歯垢染め出しによる ブラッシング指導		口臭の原因について 説明 イ・ア・エ・イ・ウの 発音訓練の指導		歯垢染め出しによる ブラッシング指導 歯間ブラシのサイズ について		デンタルフロスの使用法 について指導 イ・ア・エ・イ・ウの 発音訓練の復習		口腔ケアの重要性の 確認 これまでの口腔清掃方法 の復習	
課題・改善点等			舌ブラシの使用を 薦める							
口腔清掃方法等 変更の必要性					うがい薬の併用を 薦める					
特記事項					口呼吸の有無の確認					
担当者の署名										

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)
転倒予防	握力(筋力)	kg (左 ・ 右)	kg (左 ・ 右)
	開眼片足立ち (バランス能力)	秒	秒
	5m歩行速度 (歩行能力)	秒	秒
	Timed up & go (複合動作能力)	秒	秒
	目標の達成度、サービス継続の必要性等		
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)	5 回	6 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		
低栄養予防	身長・体重・BMI	体重 kg (BMI:)	体重 kg (BMI:)
	体重減少率・変化		
	血清アルブミン値	(g/dl)	(g/dl)
	目標の達成度、サービス継続の必要性等		

総合的評価

サービス開始当初は利用者自身の口腔内の状況や口腔ケアに対する興味が全くなかったが、サービスを継続していくにつれて徐々に興味を持つようになった。しかし、口腔ケアに対する認識は不十分で、目標達成に向けては、サービスと歯科治療の継続が必要と考えられる。

所属 (事業所)

歯科医院

作成担当者氏名

広島市生活機能維持向上（通所口腔ケア）事業の効果

1.概要

特定高齢者が参加することが望ましい介護予防プログラムの判定において、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上の3種の中で、口腔機能向上に該当する特定高齢者は多いが、生活機能維持向上（通所口腔ケア）事業への参加は少ない状況である。そこで、広島市では平成19年12月から歯科医療機関を事業実施場所として追加して、その対応をしている。このたび、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て歯科医療機関でサービスを受けた特定高齢者のうち、口腔ケアアセスメント票（様式6-3）が回収できた20人（男性8人、女性12人）を対象に事前・事後アセスメント結果をもとに事業の効果をまとめた。

2.事前・事後アセスメント結果

①基本チェックリスト

事前アセスメントで「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」と回答したのは16人で、そのうち6人に改善がみられた（図1）。「お茶や汁物等でむせることがある」については、「はい」が16人で、そのうち12人に改善がみられた（図2）。「口の渇きが気になる」については、「はい」が17人で、そのうち9人に改善がみられた（図3）。

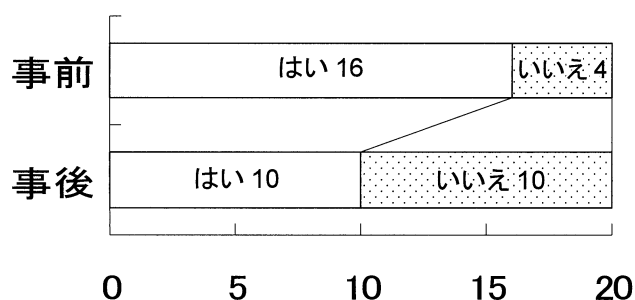


図1 半年前に比べて固いものが食べにくくなったか

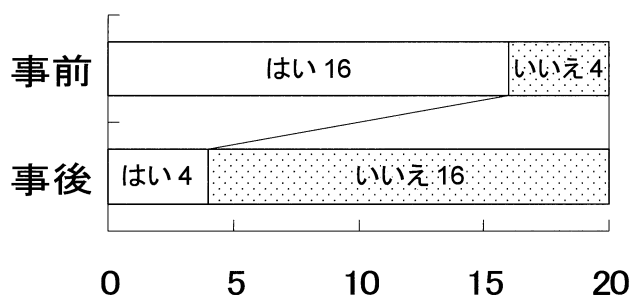


図2 お茶や汁物等でむせることがある

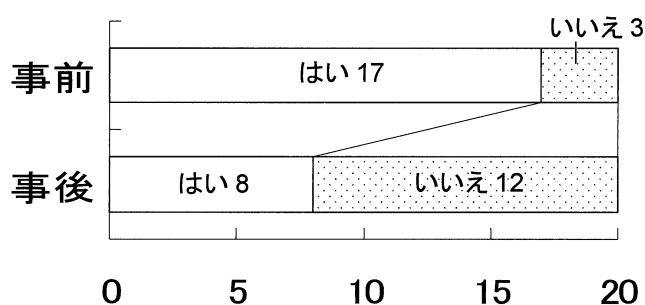


図3 口の渇きが気になる

②QOL

「食事が楽しみですか」については、事前アセスメントで「とても楽しみ」と「楽しみ」と回答したのは10人であったが、事後アセスメントでは6人改善して16人となった。また、事前アセスメントで「全く楽しくない」と回答した1人は、「ふつう」に改善した（図4）。

「食事をおいしく食べていますか」については、事前アセスメントで「とてもおいしい」と「おいしい」と回答したのは9人であったが、事後アセスメントでは7人改善して16人となった。また、事前アセスメントで「おいしくない」と回答した1人は「おいしい」に改善したが、「あまりおいしくない」と回答した1人には改善がみられなかった（図5）。

「お口の健康状態」については、事前アセスメントで「よくない」と回答した1人は「まあよい」に改善し、「あまりよくない」と回答した11人のうち2人が「よい」に、4人が「まあよい」に、5人が「ふつう」に改善した（図6）。

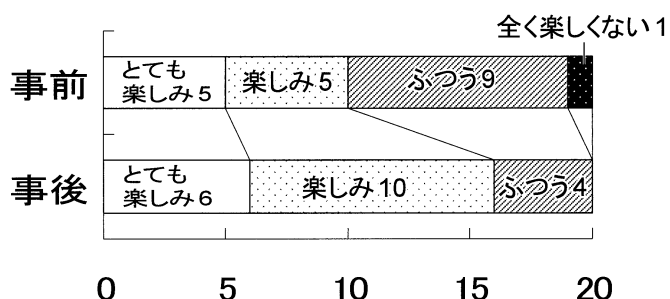


図4 食事が楽しみです

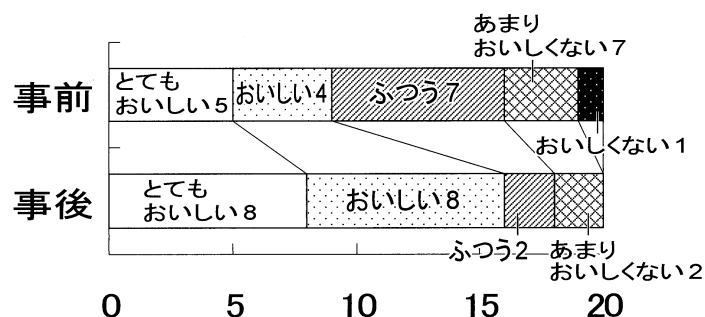


図5 食事をおいしく食べています

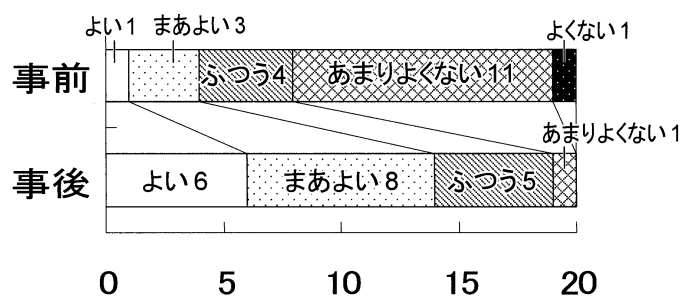


図6 お口の健康状態

③食事

「食事時の食後のむせ」については、事前アセスメントで「あまりない」が8人でそのうち3人が「ない」に改善した。「ある」と答えた7人のうち1人が「ない」に、5人が「あまりない」に改善した（図7）。

「食事中や食後の痰のからみ」については、事前アセスメントで10人が「時々ある」と回答し、そのうち7人が「ない」に改善した。「ある」は1人であったが、「時々ある」に改善した（図8）。

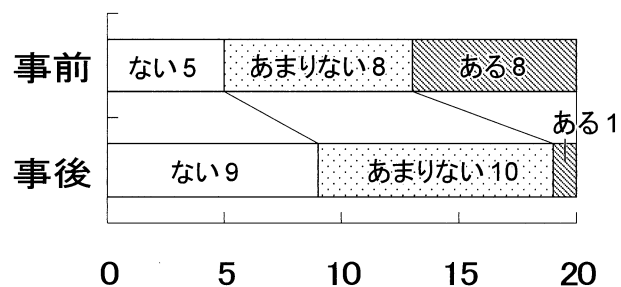


図7 食事中や食後のむせ

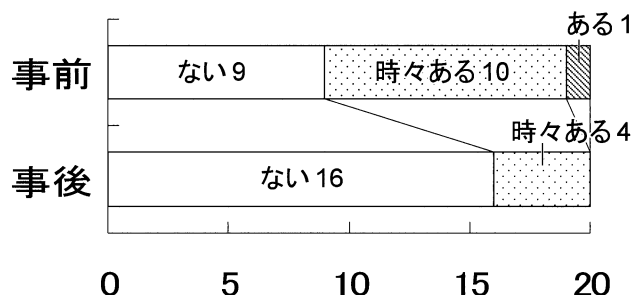


図8 食事中や食後の痰のからみ

④衛生

「食物残渣」については、事前アセスメントで「なし・少量」が15人で、「中程度」4人がすべて「なし」に改善し、「多量」1人が「中程度」に改善した（図9）。

「舌苔」については、「中程度」8人のうち7人が「なし」に改善し、「多量」の2人も「なし」に改善したが、「中程度」の1人は改善がみられなかった（図10）。

「歯又は義歯の汚れ」については、「中程度」8人がすべて「なし・少量」に改善し、「多量」の2人は「なし・少量」と「中程度」に改善した（図11）。

「口臭」については、「強い」5人のうち2人が「なし」に、3人が「弱い」に改善し、「弱い」6人のうち5人は「なし」に改善したが、1人は変わりなかった（図12）。

「口腔清掃の習慣」については、18人が毎日清掃しており、磨かない日があった2人も毎日磨くように改善した。

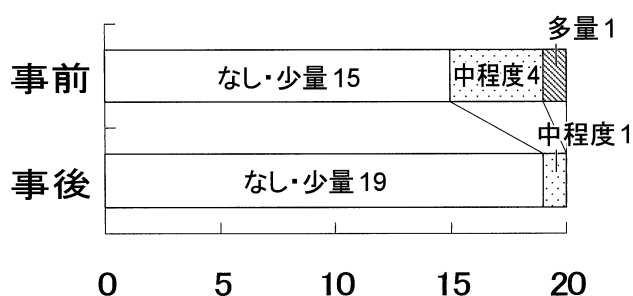


図9 食物残渣

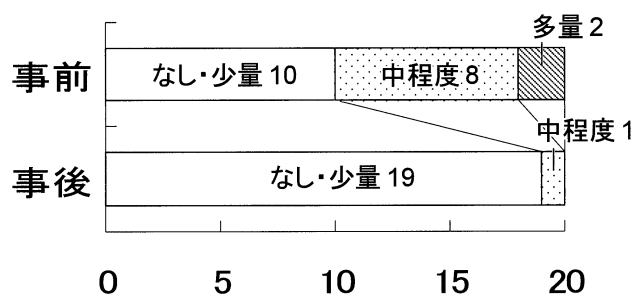


図10 舌苔

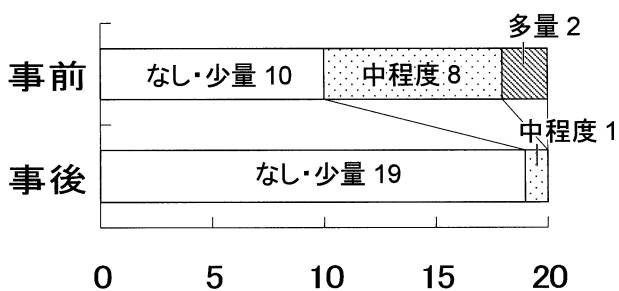


図11 歯又は義歯の汚れ

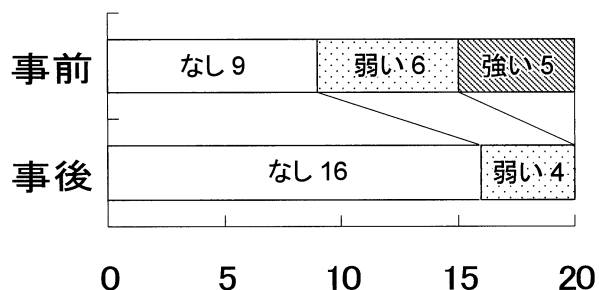


図12 口臭

⑤機能

「反復唾液嚥下テスト」については、15人が「3回以上」できており、「3回未満」であった5人も「3回以上」に改善した（図13）。

「頬の膨らまし」については、「やや不十分」の1人と「不十分」の1人は、「左右十分可能」に改善した。

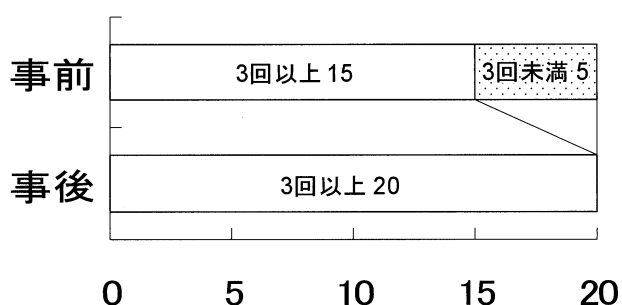


図13 反復唾液嚥下テスト

まとめ

口腔機能の低下は低栄養状態や生活機能低下につながり、口腔機能の向上は低栄養の予防や筋力の向上を通じた転倒予防、閉じこもりの予防だけでなく、気道感染の予防にもつながることが示唆されている。平成18年4月にスタートした「口腔機能の向上プログラム」が取り入れられた「介護予防」においても、歯科医療従事者が積極的に関与し、事前、事後のアセスメントを行い、その効果を報告することが必要である。

事前アセスメントで基本チェックリストの3項目すべてに該当した者は9人で、2項目に該当した者は11人であった。すべてに該当した9人のうち、3項目とも改善は3人、2項目改善は3人、1項目改善は2人で、全く改善しなかったのは1人であった。2項目に該当した11人のうち、2項目とも改善は3人、1項目改善は5人で、2項目とも改善しなかったのは3人であった。以上より歯科医院で口腔機能向上のサービスを実施することにより、20人中14人が特定高齢者の非該当となった。また、非該当とならなかった6人については、基本チェックリストでの判定には反映されなかったが、アセスメント項目においては改善がみられた。

基本チェックリストの項目別評価では、「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」と回答した16人中6人（37.5％）に、「お茶や汁物等でむせることがある」と回答した16人中12人（75.0％）に、「口の乾きが気になる」と回答した17人中9人（52.9％）に改善がみられた。最も改善率の低かった「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」の項目は、咀嚼機能の評価であり、機能的問題に加えて器質的問題も考慮に入れて評価する必要があると思われた。

広島市における特定高齢者を対象とした歯科医院での通所口腔ケア事業の効果は、高齢者の「食べる楽しみ」の実現に向けて十分に期待できるものであった。現在のわが国の制度では、医療保険と介護保険の2本立てのため、指導や機能訓練等が重複する課題はあるが、今後も口腔の専門職である歯科医師や歯科衛生士が関わった口腔機能向上のサービスの啓発と普及が望まれるところである。



広島市の地域包括支援センター

相談受付時間：原則 年末年始、祝日を除く月曜日から金曜日

8時30分～17時 * 緊急時の電話相談は、24時間受け付けます。

相談は、電話やセンター窓口、家庭訪問等でお受けします。



担当圏域（中学校区）			名 称	事 務 所（平成23年4月1日現在）		
				所 在 地	TEL	FAX
中 区	1	幟町(基町小学校区)	広島市基町地域包括支援センター	中区基町19-2-425	502-7955	502-7966
	2	幟町(基町小学校区除く)	広島市幟町地域包括支援センター	中区白島中町9-1	222-6608	222-6609
	3	国泰寺	広島市国泰寺地域包括支援センター	中区昭和町1-5	249-0600	544-1456
	4	吉島	広島市吉島地域包括支援センター	中区光南1-4-6	545-1123	545-1124
	5	江波	広島市江波地域包括支援センター	中区江波西2-14-8	296-4833	296-4818
東 区	1	福木・温品	広島市福木・温品地域包括支援センター	東区上温品1-24-9	280-2330	280-2357
	2	戸坂	広島市戸坂地域包括支援センター	東区戸坂中町2-29	516-0051	516-0052
	3	牛田・早稲田	広島市牛田・早稲田地域包括支援センター	東区牛田本町4-2-1-102	228-2033	221-7675
	4	二葉	広島市二葉地域包括支援センター	東区山根町38-23	263-3864	263-3870
南 区	1	大州	広島市大州地域包括支援センター	南区南蟹屋1-10-12	581-6025	581-6026
	2	段原	広島市段原地域包括支援センター	南区段原南2-12-27	261-8588	261-8688
	3	翠町	広島市翠町地域包括支援センター	南区出汐2-3-46	252-5500	252-5530
	4	仁保・楠那	広島市仁保・楠那地域包括支援センター	南区東本浦町26-8たおビル2階	286-6112	286-6099
	5	宇品・似島	広島市宇品・似島地域包括支援センター	南区宇品御幸2-13-12	252-6456	252-6458
西 区	1	中広	広島市中広地域包括支援センター	西区三篠町1-8-21 2階	509-0288	230-8190
	2	観音	広島市観音地域包括支援センター	西区都町42-7	292-3582	292-3172
	3	己斐・己斐上	広島市己斐・己斐上地域包括支援センター	西区己斐本町2-12-3	275-0087	275-0070
	4	古田	広島市古田地域包括支援センター	西区山田新町2-7-2	272-5173	273-8795
	5	庚午	広島市庚午地域包括支援センター	西区草津東2-8-5	507-1210	271-3410
	6	井口台・井口	広島市井口台・井口地域包括支援センター	西区井口2-5-19	501-6681	276-5541
安 佐 南 区	1	城山北・城南	広島市城山北・城南地域包括支援センター	安佐南区川内1-21-29	831-1157	876-1096
	2	安佐・安佐南	広島市安佐・安佐南地域包括支援センター	安佐南区中須2-19-10-1	879-1876	879-7764
	3	高取北・安西	広島市高取北・安西地域包括支援センター	安佐南区高取北1-17-41	878-9401	847-1475
	4	東原・祇園東	広島市東原・祇園東地域包括支援センター	安佐南区東原3-14-4	850-2220	850-1107
	5	祇園・長束	広島市祇園・長束地域包括支援センター	安佐南区祇園6-10-22	875-0511	875-0513
	6	戸山・伴・大塚	広島市戸山・伴・大塚地域包括支援センター	安佐南区沼田町伴3506中西ビル1階B	849-5860	849-5861
安 佐 北 区	1	白木	広島市白木地域包括支援センター	安佐北区白木町井原1244	828-3361	828-7188
	2	高陽・亀崎・落合	広島市高陽・亀崎・落合地域包括支援センター	安佐北区深川5-25-11	841-5533	845-8811
	3	口田	広島市口田地域包括支援センター	安佐北区口田南7-11-22	842-8818	842-8835
	4	三入・可部	広島市三入・可部地域包括支援センター	安佐北区可部6-10-22	819-0770	814-0500
	5	亀山	広島市亀山地域包括支援センター	安佐北区亀山4-2-23	819-0771	814-0501
	6	清和・日浦	広島市清和・日浦地域包括支援センター	安佐北区あさひが丘3-18-13-7-101	810-4688	810-4185
安 芸 区	1	瀬野川東(中野東小学校区含む)	広島市瀬野川東地域包括支援センター	安芸区中野東6-3-36	893-5555	554-5021
	2	瀬野川中(中野東小学校区を除く)・船越	広島市瀬野川・船越地域包括支援センター	安芸区中野3-9-5	893-1839	893-1866
	3	阿戸・矢野	広島市阿戸・矢野地域包括支援センター // (阿戸連絡所)	安芸区矢野東6-23-15 安芸区阿戸町418-1	889-6605 856-0613	889-5666 856-0115
佐 伯 区	1	湯来・砂谷	広島市湯来・砂谷地域包括支援センター	佐伯区湯来町白砂82-4	(0829) 86-1241	(0829) 86-1242
	2	五月が丘・美鈴が丘	広島市五月が丘・美鈴が丘地域包括支援センター	佐伯区五月が丘4-15-6	941-1080	941-2906
	3	三和	広島市三和地域包括支援センター	佐伯区五日市町石内6405-1	926-0025	929-0200
	4	城山・五日市観音	広島市城山・五日市観音地域包括支援センター	佐伯区三宅6-105	924-7755	924-7761
	5	五日市	広島市五日市地域包括支援センター	佐伯区五日市中央2-4-40	924-0053	924-0053
	6	五日市南	広島市五日市南地域包括支援センター	佐伯区楽々園4-2-19-101	924-8051	924-8052

特定高齢者介護予防事業利用状況 (平成19年12月分)

事業所名 高齢歯科医院

氏 名	利 用 日 等					
	利用日	口腔	利用日	口腔	サービス	サービス
国泰寺ハナコ 明・大・15・1・1生	12/3 (月)	国泰寺	12/17 (月)	国泰寺	口腔	口腔
		口腔				
長寿 和子 明・大・11・12・1生	12/5 (水)	長寿	12/19 (水)	長寿	口腔	口腔
		口腔				
明・大・昭 . . 生	/ ()		/ ()		口腔	口腔
	印	口腔	印	口腔		
明・大・昭 . . 生	/ ()		/ ()		口腔	口腔
	印	口腔	印	口腔		
明・大・昭 . . 生	/ ()		/ ()		口腔	口腔
	印	口腔	印	口腔		
明・大・昭 . . 生	/ ()		/ ()		口腔	口腔
	印	口腔	印	口腔		

サービス実施日に確認印を押してもらってください

押印の数を記入してください

(合計)

口腔ケア

4 人

※延人数を記入してください。

(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
(〇 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

希望しない

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連絡してください。

お問い合わせ先

〒 7 3 0 - 8 5 8 6

広島市〇区**町*丁目*番*号

〇区役所厚生部健康長寿課高齢福祉係

TEL (082) ***-****

利用者基本情報

受付担当者:

作成担当者:

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来 所 ・ 電 話 その他 ()	初 回 再 来 (前 /)	
本人の現況	在宅 ・ 入院 ・ 入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男 ・ 女 M・T・S	年 月 日生 () 歳	
住所			Tel () Fax ()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
認定情報	非該当 ・ 要支1 ・ 要支2 ・ 要介1 ・ 要介2 ・ 要介3 ・ 要介4 ・ 要介5 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度)			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、その他 ()			
本人の 住居環境	自宅 ・ 借家 ・ 一戸建て ・ 集合住宅 ・ 自室の有無 ()階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護 ・ その他 ()			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎回=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先		続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活 状況(どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《現病歴・既往歴と経過》 (新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

介護予防サービス・支援計画表（1）

1/1

No.	認定年月日	年	月	日	認定の有効期間	年	月	日	～	年	月	日	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
利用者名																

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（初回作成日） _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当地域包括支援センター _____

アセスメント領域 と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する 目標と具休案 の提案	具休案についての意向 本人・家族
運動・移動		■有 □無			
日常生活（家庭生活）					
社会参加、対人関係・コミュニケーション					
健康管理					

基本チェックリストの（該当した質問項目数）/（質問項目数）をお書き下さい。地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○をつけて下さい。

健康状態について □主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

予防給付 または 地域支援事業	運動 不足	栄養 改善	口腔内 ケア	閉じこ もり予防	物忘れ 予防	うつ 予防

--

介護予防サービス・支援計画表（2）

1/1

No. _____
 利用者名 _____

目標とする生活

1日	1年	
----	----	--

目標	支援計画				
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援 インフォーマルサービス	介護保険サービス または 地域支援事業	サービス 種別	事業所
	期間				

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

計画に関する同意

	年 月 日 氏名 印
--	------------

【本来自ら行うべき支援ができない場合】 必要な支援の実施に向けた方針

	【意見】	地域包括支援センター
	【確認印】	

作成・編集委員
広島市歯科医師会

荒谷 恭史

上田 裕次

上川 克己

小松 大造

波田 佳範

三戸 敦史

広島市健康福祉局高齢福祉課

宮城 昌治

発行責任者

広島市歯科医療福祉対策協議会

会長 土江 健也