

短期集中通所口腔ケアサービスについて

1 利用対象者

広島市内の要支援認定者又は基本チェックリストに該当し、事業対象者となった者のうち、地域包括支援センター又は地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者（以下「地域包括支援センター等」という。）による介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにおいて、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。

2 実施場所

歯科医療機関

3 実施手順

- ① サービス利用にあたっては、地域包括支援センター等と利用に係る事前調整を行うとともに、サービス提供前に実施するサービス担当者会議等で地域包括支援センター等や他のサービス提供事業者と介護予防サービス・支援計画書の共有を行う。
- ② 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サービス・支援計画書に基づき、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2）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3）により作成する。
- ③ 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。
- ④ 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4）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。
- ⑤ サービス終了時に、歯科医師又は歯科衛生士が、事後アセスメント（様式2）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6）により記録し、サービス終了後、速やかに地域包括支援センターへ送付する。
- ⑥ 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。

※ サービスの提供に当たっては、（様式5）により、サービス提供日毎に利用者から認印またはサインをもらってください。

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。

1 回の実施時間は概ね 15 分以上とする。

5 利用料

生活保護法による介護扶助を受けている者を除き、1回当たり230円を利用者から直接徴収する。

また、口腔清掃用具等の実費については、利用者から別途徴収する。

6 委託料（平成29年度）

1人1回あたり 2,070円

7 その他留意点等

利用状況（様式5）は、毎月ごとにまとめ、実施月の翌月5日までに広島市歯科医師会へ提出してください。

様式 1（短期集中通所口腔ケアサービス）

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

広島市〇〇地域包括支援センター
センター長 〇〇 〇〇

短期集中通所口腔ケアサービス利用依頼書
短期集中通所口腔ケアサービスの利用について、下記のとおり依頼します。

記

1 利用者

- (1) 被保険者番号 〇〇〇〇
- (2) 氏 名 高 齢 太 郎
- (3) 住 所 広島市中区国泰寺町一丁目 6 番 34 号
- (4) 介護予防サービス・支援計画書、基本チェックリスト、
利用者基本情報、アセスメントシートの写し 別紙のとおり

2 初回サービス提供日時

年 月 日 〇時〇分～

3 利用者負担

(あり ・ なし)

4 その他留意点等

お問い合わせ先

〒〇〇〇-〇〇〇〇

広島市〇区〇〇

広島市〇〇地域包括支援センター

担当：〇〇

TEL (082) 〇〇〇-〇〇〇〇