

短期集中通所口腔ケアサービス実施手順書（協力歯科医院）

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「包括等」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が利用対象者です。

2 実施場所

協力歯科医療機関

3 サービス実施手順

1) サービス開始前の事前連絡及び調整

- ① 包括等からサービスの利用について電話で依頼があり、協力歯科医院がこれを了承すると、初回サービス提供日の予約を調整のうえ、包括等から短期集中通所口腔ケアサービス利用依頼書（様式1）、介護予防サービス・支援計画書（以下「ケアプラン」という）、基本チェックリスト、アセスメントシート等が郵送されます。
- ② 包括等から電話連絡があり、サービス担当学会議（サービス提供開始前に実施するケアプランを共有する会議のこと。利用者、包括等及びサービス提供事業者が参加します。）に関する意見の照会があります。
※ 本来であれば、歯科医師もサービス担当学会議に参加して意見を述べる必要がありますが、電話等での事前確認をもってあてることも可能としています。必要に応じて、サービス担当学会議の結果について、包括等から情報提供を受けてください。
- ③ サービス担当学会議実施後、ケアプランに修正があった場合は、包括等から修正後のケアプランが郵送されます。

※ ①で送付される依頼書を受けてサービスを開始してください。初回サービス提供日までに依頼書が届かない場合は、包括等に連絡してください。

2) サービスの実施

- ① サービスの実施に当たり、包括等の作成したケアプランに基づき、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、口腔機能アセスメント票（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（様式3）を作成します。
※ 事前アセスメントで通常の項目に加えて、舌圧計又は舌トレーニング用具を使用した場合は、効果測定・評価加算を請求できます。
- ② 個別サービス計画（様式3）は、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」と利用者が居宅等で実施する「セルフケアプログラム」を作成し、写しを包括等へ送付します。

- ③ 個別サービス計画（様式3）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「口腔機能向上プログラムの経過記録」（様式4）により、その経過を記録します。その際、個別サービス計画（様式3）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します。
- ④ サービスの提供に当たっては、「短期集中通所口腔ケアサービス利用状況」（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います。
- ⑤ 包括等から、毎月対象者の利用状況（予定どおりサービスが提供できているか等）について問い合わせします。
- （包括等は月1回、対象者のモニタリングを行う必要があり、その確認のため、利用状況について問い合わせを行うものです。）
- ⑥ 全7回のサービス終了時に、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「短期集中通所口腔ケアサービス実施報告書」（様式6）により記録し、サービス終了後、速やかに包括等へ送付します。（ファックス不可）
- ⑦ 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、頬の膨らまし等によって評価してください。
- ※ 事後アセスメントで通常の項目に加えて、舌圧計又は舌トレーニング用具を使用した場合は、効果測定・評価加算を請求できます。
- ※ 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してください。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してください。

【参考】協力歯科医院に来院した65歳以上の患者に対しサービスを勧める場合

- ① 70歳の節目年齢歯科健診や後期高齢者医療保険広域連合歯科健診などの機会を捉え、広島市内に居住する65歳以上の来院患者（要介護認定を受けている者を除く）のうち、口腔機能低下がみられる方（基本チェックリストの13～15番（口腔機能）の3項目のうち、2項目以上該当する方）に対し、別紙1「通所口腔ケア説明資料書」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めてください。
- ・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1割負担で、1回あたり230円（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
 - ・居住地を担当する包括等に情報提供すること
 - ・包括等から連絡があり、面接等によりケアプランを作成してから口腔ケアを開始すること
 - ・包括等の面接等の結果、口腔ケアサービスの対象外となる場合もあること
- ※ 要介護認定を受けていると思われる方については、対象者へ確認を行ってください（介護1～5の場合は、本サービスを利用できません。）。要介護認定を受けているかどうか曖昧な場合は、サービスの対象外となる可能性がある旨を説明してください。

- ② 対象者からの承諾を得た場合は、別紙2「連絡票」により対象者の居住地を管轄する包括等に連絡してください。

※ 対象者の氏名、生年月日、住所、連絡先（電話番号）を伝えてください。

※ 要介護認定を受けているかどうか、本人の記憶が曖昧な場合は、その旨も伝えてください。

- ③ 包括等の担当職員から連絡があることを対象者に伝え、別紙3「紹介書」を対象者に手渡し、これを包括等の担当職員に渡すよう伝えてください。

- ④ 包括等の担当職員が対象者に電話連絡し、居宅を訪問するなどにより基本チェックリストを実施して総合事業対象者であることを確認のうえ、区健康長寿課（東区については福祉課）に当該チェックリスト及び介護予防ケアマネジメント依頼届出書等を送付して総合事業対象者の決定を受けます。

さらに、包括等の担当職員は、対象者のアセスメントを行うとともに、ケアプラン（通所口腔ケア以外のサービスを含む）を作成します。

※ アセスメント等の結果、口腔ケアサービスの対象外となる場合は、包括等から協力歯科医院にその旨連絡があります。なお、本人には包括等においてケアプラン作成時に説明しています。

- ⑤ 包括等の担当職員は、ケアプランに基づくサービス提供開始に当たり、協力歯科医院に連絡して初回サービス提供日の予約を調整するとともに、歯科医院に短期集中通所口腔ケアサービス利用依頼書（様式1）、ケアプラン、基本チェックリスト、アセスメントシート等を郵送します。

なお、サービス担当者会議に関する意見については、別紙3「紹介書」に記載済として、包括等からの照会は省略します。サービス担当者会議実施後、ケアプランに修正があった場合は、包括等から修正後のケアプランが郵送されます。

※短期集中通所口腔ケアサービス利用依頼書を受けてサービスを開始してください。初回サービス提供日までに依頼書が届かない場合は、包括等に連絡してください。

※以後の流れは「3 サービス実施手順」の「2）サービスの実施」と同じです。

4 実施期間及び回数

1 コース7回とし、概ね2週間ごとに実施してください。

1 回の実施時間は概ね 15 分以上としてください。

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してください。なお、口腔清掃用具等（効果測定・評価加算のため、事前・事後のアセスメントで機能評価を行う際に使用する「舌圧計のプロープ」、「舌トレーニング用具」を除く※。）の実費については、利用者から別途徴収することができます。

※舌圧計及び舌トレーニング用具の両方を使用して機能評価を行った場合、舌トレーニング用具の実費を利用者から別途徴収することができます。

6 委託料（平成30年度）

1人1回あたり 2,070円

効果測定・評価加算 舌圧計 1,400円

舌トレーニング用具 1,000円

7 その他留意点等

利用状況（様式5）は、毎月のサービスの終了後、翌月の5日までに広島市歯科医師会事務局に提出してください。

＜舌圧計又は舌トレーニング用具による効果測定・評価加算を請求する場合＞

事前・事後のアセスメントにおいて、通常の項目に加えて、舌圧計又は舌トレーニング用具を使用した場合は、短期集中通所口腔ケアサービス利用状況（様式5）にその結果を記載し、広島市歯科医師会事務局へ提出してください。

なお、舌圧計及び舌トレーニング用具の両方を使用した場合は、舌圧計による効果測定・評価の実施結果のみ記載し提出してください。

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 高齡 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・支援計画表、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（予定）

年 月 日（ ） 〇時〇分～

3 利用者負担

（ 1割 ・ なし ）

※ 負担区分に関わらず、舌圧計又は舌トレーニング用具による
「効果測定及び評価」の利用者負担はありません。

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