

短期集中通所口腔ケアサービス実施手順書（協力歯科医療機関）

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られ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、協力歯科医療機関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上、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、サービス担当者会議（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です。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、歯科衛生士もサービス担当者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が可能としています。必要に応じて、サービス担当者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。

※ 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、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を記入します。

※ 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 口腔機能アセスメント票（様式２）は、初回サービス日が属する月の委託料請求時にその写しを短期集中通所口腔ケアサービス利用状況（様式４・原本）に添付して広島市歯科医師会事務局に送付します。広島市歯科医師会事務局は、写しを包括等へ送付します。（ファックス不可）
- ③ 個別サービス計画に基づき、歯科衛生士、言語聴覚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通所口腔ケアサービス経過記録（様式３）又は協力歯科医療機関が独自に用意する様式により、その経過を記録します。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４）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）について問合せがあります。
- （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ます、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 概ね３か月間（最大７回）のサービス終了時に、歯科医師又は歯科衛生士が、サービス実施報告書（様式２）により事後アセスメントを行い、アセスメント結果等を総合的に評価して、目標の達成状況等、総合的評価及び利用効果判定を記入します。口腔機能アセスメント票（様式２）は、サービス終了回の委託料請求時にその写しを短期集中通所口腔ケアサービス利用状況（様式４・原本）に添付して広島市歯科医師会事務局に送付します。広島市歯科医師会事務局は、写しを速やかに包括等へ送付します。（ファックス不可）
- ⑦ 委託料の請求に当たっては、月ごとに短期集中通所口腔ケアサービス利用状況（様式４・原本）を広島市歯科医師会事務局に送付します。
- ※ 事前アセスメントにおいて、舌圧計又は舌トレーニング器具を使用して機能評価を行った場合は、事後アセスメントにおいて効果測定・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】協力歯科医療機関に来院した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、通所口腔ケア説明資料（別紙１）を使用して、次の事項について説明し、通所口腔ケアサービス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サービスが必要であること
 - ・通所口腔ケアサービスの内容、費用は１割負担で、１回当たり２５０円（ただし口腔

清掃用具等は実費) であること

- ・当歯科医療機関で歯科治療と並行して実施することで高い効果があること
- ・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通所口腔ケアサービスを開始すること
- ・包括等の面接等の結果、通所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（要介護1～5の場合や要介護認定申請中の場合は、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、2週間以上先に初回サービス日の予約をとるとともに、連絡票（別紙2）により対象者の居住地を管轄する地域包括支援センターに連絡してください。

※ 対象者の氏名、住所、生年月日、電話番号、初回サービス予約日を伝えてください。

※ 要介護認定を受けているかどうか、また要介護認定申請中かどうか本人の記憶が曖昧な場合は、その旨を地域包括支援センターに伝えてください。後日、要介護認定を受けていること等が判明した場合は、対象外である旨を地域包括支援センターから連絡します。

- 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、紹介書（別紙3）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、区地域支えあい課に当該基本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（通所口腔ケアサービス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、通所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療機関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、初回サービス予約日までに、歯科医療機関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、紹介書（別紙3）に記載済として、包括等からの照会を省略します。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（様式1）を受けてサービスを開始してください。初回サービス予約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。

※ 総合事業対象者の決定手続き、ケアプランの作成等に時間を要するため、初回サービス予約日までに短期集中通所口腔ケアサービス利用依頼書の作成が完了しない場合は、包括等から連絡し、予約日の調整を行います。

※ 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 コース概ね3か月間とし、概ね2週間ごとを目安に実施してください。実施回数については、初回及び3か月後の終了時を含めて最低3回実施するものとし、初回アセスメント結果等を踏まえ、全7回を限度として歯科医師の判断によるものとします。

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250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「舌圧計のプローブ」、「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（令和4年度～）

1人1回当たり 2, 250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

短期集中通所口腔ケアサービス利用状況（様式4）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4）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。