短期集中通所口腔ケアサービス実施手順書

（協力歯科医療機関用）

広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課

平成３１年３月策定
令和　８年４月更新

目 次

Ⅰ　短期集中型サービスとは

1．目的 …… 1
2．内容
3．短期集中型サービスの流れ …… 2

Ⅱ　短期集中通所型口腔ケアサービスの内容

1．サービスの概要 …… 3
2．利用対象者
3．利用者負担額
4．委託料（令和８年度）…… 4

Ⅲ　短期集中通所型口腔ケアサービスの実施手順

1．ケアマネジメントＡの場合 …… 5
2．ケアマネジメントＢの場合 …… 9
3．歯科医療機関で来院患者に短期集中通所口腔ケアサービスを勧める場合 …… 10
4．提出物・期限等 …… 13

様式１（利用依頼書）…… 14
様式２（アセスメント票・個別サービス計画書・サービス実施報告書）…… 15
（記載例）…… 16
様式３（経過記録）…… 17
様式４（サービス利用状況）…… 18

別紙１（通いの場チラシ）…… 19
別紙２（ケアマネジメント結果票）…… 21
別紙３（説明用リーフレット）…… 22
別紙４（短期集中通所口腔ケアとは）…… 24
別紙５（連絡票）…… 25
別紙６（紹介書）…… 26

短期集中通所口腔ケアサービス　フロー図
ケアマネジメントＡ …… 27
ケアマネジメントＢ …… 28
歯科医療機関で勧める場合（ケアマネジメントＡ）…… 29
歯科医療機関で勧める場合（ケアマネジメントＢ）…… 30

広島市の地域包括支援センター一覧 …… 31

Ⅰ　短期集中型サービスとは

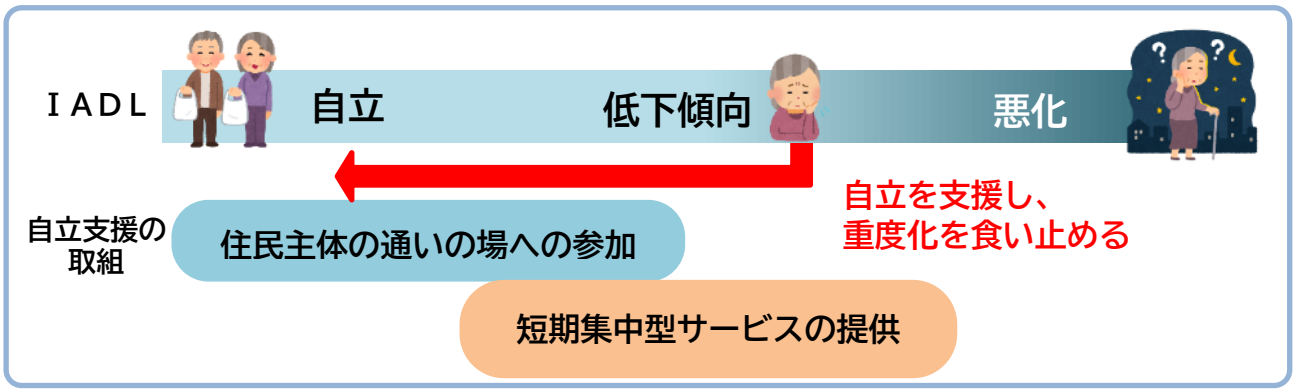
ポイント！

- **高齢者の自立支援・重度化防止を目的としたサービスです。**
- **専門職が３～６か月の短期間に集中的な支援を行います。**
- **運動、栄養、口腔機能などに幅広くアプローチします。**

高齢者の**自立支援**
において
重要な取組

１．目的

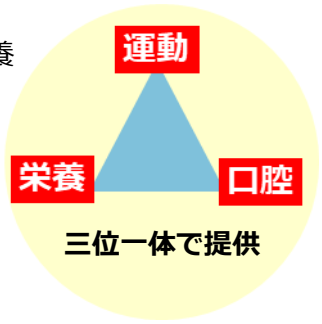
広島市介護予防・日常生活支援総合事業において、生活機能上の問題・課題及びその背景・原因を把握・評価した上で、居宅への訪問及び通所によるサービスを短期間集中的に提供し、サービス利用者が要介護状態となることを予防するとともに、自ら継続して介護予防に取り組み、介護保険サービスを利用しなくても地域で自立した生活ができるようにすることを目的とします。



２．内容

⑴　短期集中予防支援訪問サービス

居宅生活における課題が生じている者に対し、生活環境の改善や栄養改善等、居宅生活の自立度を高めるために必要な相談支援を行います。



⑵　短期集中運動型デイサービス

運動器の機能が低下している者に対し、日常生活動作の改善などの助言や、転倒を予防するため、下肢筋力、平衡能力、歩行能力の維持向上を目的とした運動指導等を行います。

⑶　短期集中通所口腔ケアサービス

口腔機能の低下が認められる者に対し、口腔機能を向上させるため、摂食・嚥下機能訓練、口腔清掃の自立支援等を行います。

3．短期集中型サービスの流れ

短期集中型サービスを提供する際は、地域包括支援センターまたは、居宅介護支援事業所（以下「地域包括支援センター等」という。）において介護予防ケアマネジメントを実施します。介護予防ケアマネジメントには、介護予防支援・ケアマネジメントＡ（原則的）とケアマネジメントＢ（簡略化）の２通りの流れがあります。介護予防支援とケアマネジメントＡの流れは同じため、本マニュアルでは、これらを合わせて「ケアマネジメントＡ」と標記しています。

短期集中通所口腔ケアサービスを単独で実施する場合または、併用するサービスが住民主体型生活支援訪問サービスのみの場合は、ケアマネジメントＢの流れとなり、ケアプランの省略やサービス担当者会議及びモニタリングの簡略化が可能です。

	ケアマネジメントＡ（原則的）	ケアマネジメントＢ（簡略化）
考え方	ケアプランの策定及びサービス担当者会議が制度上必須	ケアプランの省略やサービス担当者会議及びモニタリングの簡略化が可能
対象のサービス	・訪問介護サービス ・１日型デイサービス ・生活援助特化型訪問サービス ・短時間型デイサービス	・短期集中予防支援訪問サービス ・短期集中運動型デイサービス ・短期集中通所口腔ケアサービスのみの場合 または 住民主体型生活支援訪問サービスとの併用

短期集中通所口腔ケアサービスの流れ

地域包括支援センター等　歯科医療機関

1. 対象者の把握、アセスメント実施

訪問介護サービス等も利用する場合（ケアマネジメントＡ）

2. 担当ケアマネジャーから歯科医療機関へ連絡
ケアプランの作成
意見照会
依頼書作成・歯科医療機関へ送付
3. サービス担当者会議
※②の意見照会に対する回答をもってあてることも可
4. ケアプランの確定（本人の同意）
※修正がある場合は、歯科医院へ
ケアプランを送付

短期集中通所口腔ケアサービスのみの場合（ケアマネジメントＢ）

2. 本人への説明・同意
担当ケアマネジャーから歯科医療機関へ連絡
依頼書作成・歯科医療機関へ送付

5. **サービスの提供**
（初回）　事前アセスメント、個別サービス計画作成
（２～６回目）　個別相談・指導
（最終回）　事後アセスメント
委託料の請求・受領（毎月）
※モニタリング（毎月）
地域包括支援センター等から
利用状況の確認の連絡あり

6. 卒業に関するケアマネジメントを実施した場合
結果票の写しを歯科医療機関へ送付
7. 卒業加算の請求・受領（結果票の写しを歯科医師会へ送付）

Ⅱ　短期集中通所口腔ケアサービスの内容

１．サービスの概要

協力歯科医療機関において、歯科医師や歯科衛生士が口腔機能向上プログラムを提供します。

⑴　実施場所

協力歯科医療機関

⑵　プログラムの内容

① 口腔機能アセスメント（事前）
② 個別計画の作成
③ 口腔機能維持・向上のための指導
④ 口腔機能アセスメント（事後）・評価

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

⑶　実施期間・回数

① 期間　：　１コースおおむね３か月間
② 回数　：　原則としておおむね２週間ごとに最大７回
③ 時間　：　１回あたり１５分以上

２．利用対象者

以下①・②の両方の条件を満たす者を利用対象者とします。
（注意）要介護１～５の認定を受けている人は利用できません。

①　広島市内の要支援１・２の人、または、事業対象者
※基本チェックリストの３項目のうち、２項目以上に該当した者は、口腔機能の低下により事業対象者に該当します。

No.	基本チェックリスト　質問項目
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなった
14	お茶や汁物等でむせることがある
15	口の渇きが気になる

→ ３項目中、２項目以上該当

②　地域包括支援センター等による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

３．利用者負担額

⑴　１回あたりの利用料

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**を利用者から徴収してください。

⑵　口腔清掃用具等に係る費用

口腔清掃用具等（効果測定・評価加算のために事前・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」及び「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は、「舌トレーニング用具」の実費を利用者から別途徴収できます。

4．委託料（令和８年度）

⑴　委託料

委託料は、１人１回当たり２,２５０円を１か月分まとめて、広島市歯科医師会を通じて広島市から支払われます。これに加えて、条件により「効果測定・評価加算」、「卒業加算」を請求できます。

⑵　効果測定・評価加算

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」または「舌トレーニング用具」を使用した場合は、以下のとおり加算されます。

評価方法	委託料（加算額）
舌圧計	1,400 円
舌トレーニング用具	1,000 円

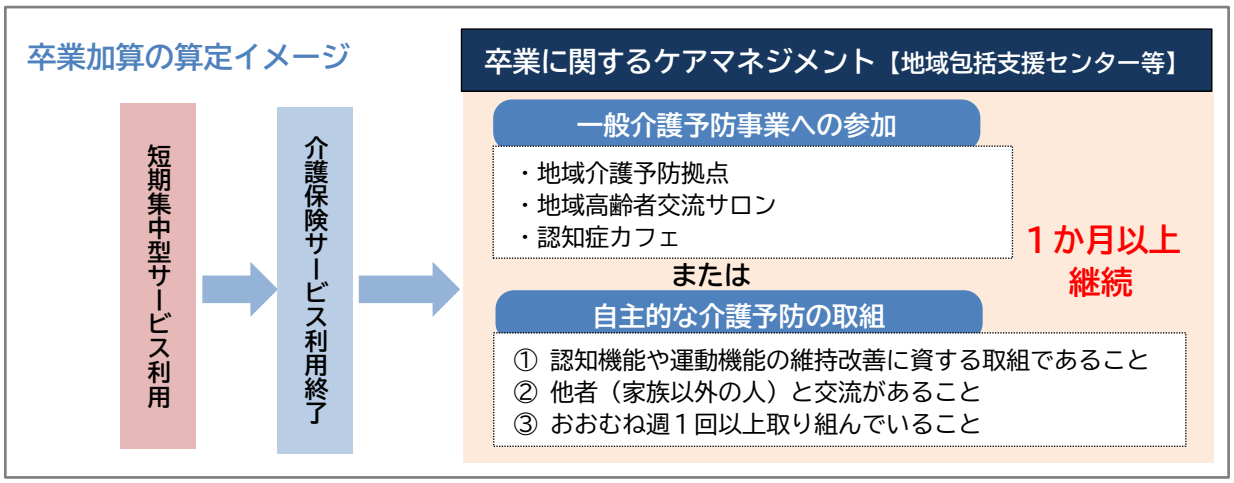
「舌圧計のプローブ」、「舌トレーニング用具」の実費を含みます。

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」または「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）の「効果測定・評価加算」の該当項目に☑を記載してください。

※　「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」のみ☑を記載してください。

⑶　卒業加算：７,９３９円（令和８年度から開始）

短期集中通所口腔ケアサービスの利用により生活機能が改善し、介護保険サービスの利用を終了した方に対し、地域包括支援センター等が「卒業に関するケアマネジメント」を実施し、利用者が一般介護予防事業や自主的な介護予防の取組を１か月以上継続して実施している場合に加算されます。



《委託料一覧》

	委託料	自己負担	効果測定・評価加算※1		卒業加算※2
			舌圧計	舌圧トレーニング用具	
初回	2,250 円	250 円	1,400 円	1,000 円	―
2～6 回	2,250 円×回数	250 円×回数	―	―	―
最終回	2,250 円	250 円	1,400 円	1,000 円	―
終了後	―	―	―	―	7,939 円

※１「舌圧計」と「舌圧トレーニング用具」の両方を使用した場合は、「舌圧計」の加算額を適用
※２ 卒業に関するケアマネジメントが実施された場合

Ⅲ　短期集中通所型口腔ケアサービスの実施手順

１．ケアマネジメントＡの場合（P27 フロー図参照）

⑴　サービス開始前の事前連絡・調整　＜地域包括支援センター等＞➡＜歯科医療機関＞

①　サービス利用についての連絡

地域包括支援センター等から歯科医療機関へ、サービスの利用について電話で依頼がありますので、これを了承する場合は、初回サービス提供日の予約を調整してください。

②　依頼書等の送付

サービス利用開始日までに地域包括支援センター等から「短期集中通所口腔ケアサービス利用依頼書」（様式１）、「ケアプラン」、「基本チェックリスト」、「利用者基本情報」、「広島市版アセスメントシート（以下「アセスメントシート」という。）」等が歯科医療機関へ郵送されます。

※　依頼書を受けてから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、地域包括支援センター等に連絡してください。

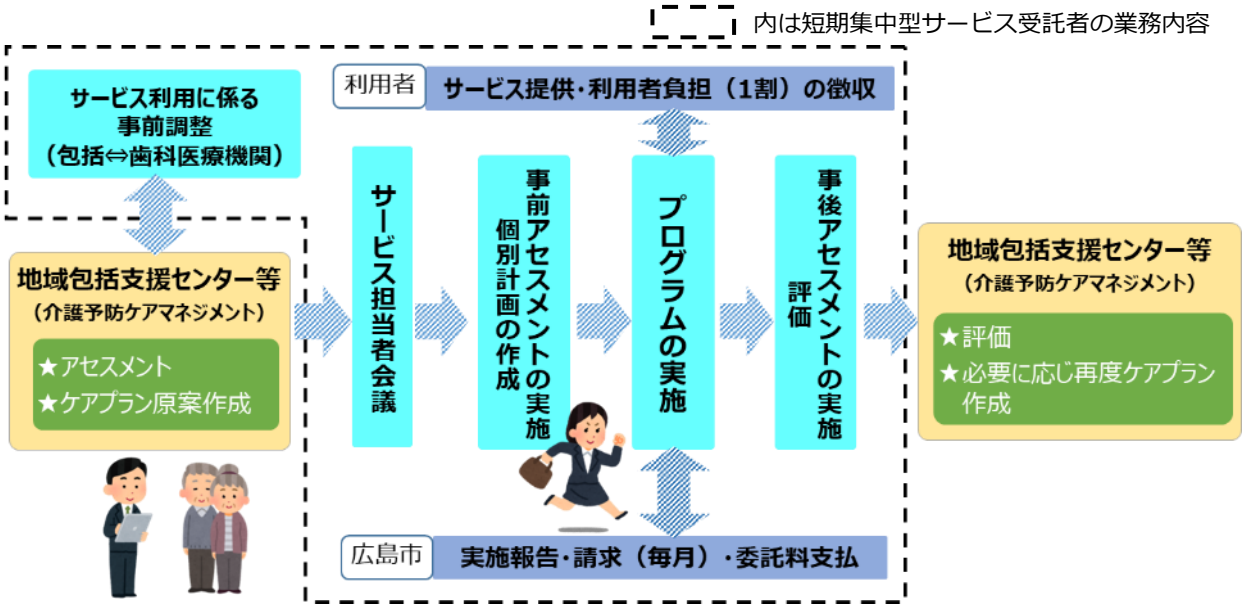
③　サービス担当者会議に関する意見照会

地域包括支援センター等から電話連絡があり、サービス担当者会議※に関する意見の照会があります。

※　サービス担当者会議とは、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、地域包括支援センター及びサービス提供事業者等が参加します。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も可能としています。必要に応じて、サービス担当者会議の結果について、地域包括支援センターから情報提供を受けてください。

④　ケアプランの修正・郵送

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、地域包括支援センター等から修正後のケアプランが郵送されます。



⑵　サービスの実施（最大７回）＜歯科医療機関＞

ポイント！

事前アセスメントの結果、歯科医師の判断により、実施回数を初回及び３か月後の終了時を含めて最低３回、全７回を限度として実施する。

初回（１回目）

①　事前アセスメントの実施（様式２）

歯科医師または歯科衛生士が、利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する課題を把握するため、ケアプラン等を参考に「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ます。

初回は、地域包括支援センターから送付された「基本チェックリスト」から転記してください。

質　問　事　項			評　価　項　目	初回	終了
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		

※　事前アセスメントで通常の項目に加えて、「舌圧計」または「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。（P４「効果測定・評価加算」参照）

②　個別サービス計画の作成（様式２）

アセスメント結果を踏まえ、「個別計画（初回）」を記入します。個別サービス計画は、２回目のサービス提供までに作成し、利用者に説明したのち、同意を得ます。

個別計画（初回時）		
	実施期間:上記初回日から概ね３か月間	歯科治療　□なし　　□あり（メンテナンスを含む）
	目標	目標達成のための具体的計画　【頻度】週＿＿日・１日＿＿回 □ 頬・口唇・舌のトレーニング　□ パタカラ体操 □ ペコぱんだ使用　□ その他（　　） □ 頬・口唇マッサージ □ 唾液腺マッサージ
		サービス実施計画：３か月間に（　　）回（初回及び最終回を含む）

ポイント！

・地域包括支援センター等から送付された「ケアプラン」及び「アセスメントシート」から利用者の目標等を正しく把握し、個別サービス計画に反映させる。

・個別サービス計画の作成に当たっては、本人の「できること・強み」にも注目して、本人の意欲を高める働きかけを行う。

「アセスメントシート」（特に大切な項目）

★生活機能の低下を起こしている背景･要因（箇条書き）	
【 個人因子 】	【 環境因子 】

★本人の思いや希望	★家族の思い、希望や意向
① ご自身のためにしていること、心がけていることがありますか □ はい（　　）□ いいえ ② 今後、生活機能が改善したら、どんな生活を送りたいですか	

★支援方針（優先度の高い順に箇条書き）

③ サービス利用状況の記入・提出（様式２・様式４）

・「短期集中通所口腔ケアサービス利用状況」(様式４）に利用状況を記入し、利用者から認印またはサインをもらいます。

《利用状況》

実施日	時　間	利用回数	効果判定･評価加算※	利用者 確認印又はサイン
月　日	時　分 ～　時　分	回目	□ 舌圧計 □ 舌ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ用具 （緑ペコぱんだ）	

・「短期集中通所口腔ケアサービス利用状況」(様式４）の原本に 「口腔機能アセスメント票」(様式２）の写しを添えて、初回サービス日が属する月の翌月５日までに、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が、様式２、様式４の写しを地域包括支援センター等へ送付します。(ファックス不可））

２～６回目

④ 個別指導の実施

・個別サービス計画に基づき、歯科衛生士（言語聴覚士または看護職員）が個別指導を実施します。

・実施した内容を「通所口腔ケアサービス経過記録」（様式３）または歯科医療機関が独自に用意する様式に経過を記録します。

・個別サービス計画に実施上の問題点があれば、地域包括支援センター等と協議して当該計画を修正します。

⑤ サービス利用状況の確認・提出（様式４）

・サービスの提供日毎に、「短期集中通所口腔ケアサービス利用状況」（様式４）に利用状況を記入し、利用者から認印またはサインをもらいます。

・月毎に「短期集中通所口腔ケアサービス利用状況」（様式４）の原本を広島市歯科医師会事務局に提出します。

⑥ モニタリング

地域包括支援センター等から、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。

（地域包括支援センター等は月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。）

最終回（７回目）

⑦ 事後アセスメントの実施・評価（様式２）

・おおむね３か月間（最大７回）のサービス終了時に、歯科医師または歯科衛生士が、「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ます。

・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。

評価（終了時）	目標の達成状況等	総合的評価 □ 通いの場等における口腔体操等の継続が必要 □ 引き続き当院で専門的ケアの継続が必要 □ 所見等（　　）	利用効果判定 （アセスメント結果を総合判定） □ 改善 □ 維持 □ 悪化

・事前及び事後アセスメントにおいて、「舌圧計」または「舌トレーニング用具」を使用して機能評価を行った場合は、「効果測定・評価加算」を請求できます。
(P４「効果測定・評価加算」参照)
「短期集中通所口腔ケアサービス利用状況」（様式４）の「効果測定・評価加算」の該当項目に☑を記載します。

《利用状況》

実施日	時　間	利用回数	効果判定･評価加算※	利用者 確認印又はサイン
月　日	時　分 ～　時　分	回目	□ 舌圧計 □ 舌ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ用具 （緑ペコぱんだ）	

ポイント！

利用者に対し、継続して介護予防活動に取り組むよう勧める。(「通いの場」チラシを渡す)

・最終回は、利用者に「通いの場」チラシ（別紙１）を渡し、サービス終了後も継続して介護予防活動に取り組むよう勧めてください。

➡　地域包括支援センター等が行う「卒業に関するケアマネジメント」において、利用者が短期集中型サービスにより介護保険サービスの利用を終了し、１か月以上、介護予防の取組を継続している場合は、「卒業加算」を請求できます。（P４「卒業加算」参照）



⑧ サービス利用状況の確認・提出（様式４）

「短期集中通所口腔ケアサービス利用状況」（様式４）に利用状況を記入し、原本に「口腔機能アセスメント票」（様式２）の写しを添付して、実施月の翌月５日までに広島市歯科医師会事務局へ送付します。

（広島市歯科医師会事務局が、写しを速やかに地域包括支援センター等へ送付します。（ファックス不可））

⑶　卒業加算の請求　＜歯科医療機関＞

サービス提供終了後、地域包括支援センター等が行う「卒業に関するケアマネジメント」が実施された場合は、地域包括支援センター等から「ケアマネジメント結果票」（別紙２）が送付されますので、この写しを翌月５日までに広島市歯科医師会事務局へ送付します。

２．ケアマネジメントＢの場合（P28 フロー図参照）

⑴　サービス開始前の事前連絡・調整　＜地域包括支援センター等＞➡＜歯科医療機関＞

①　サービス利用についての連絡

地域包括支援センター等からサービスの利用について電話で依頼がありますので、これを了承する場合は、初回サービス提供日の予約を調整してください。

②　依頼書等の送付

サービス利用開始日までに地域包括支援センター等から「短期集中通所口腔ケアサービス利用依頼書」（様式１）、「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」が協力歯科医療機関へ郵送されます。（ケアプランは送付されません。）

※　依頼書を受けてから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、地域包括支援センター等に連絡してください。

以降の流れは、P6「１．介護予防支援・ケアマネジメントＡの場合」の「⑵ サービスの実施」、P8「⑶卒業加算の請求」と同様です。

※　事前アセスメントの実施・個別サービス計画の作成においては、「ケアプラン」がないため、「アセスメントシート」等を参考にしてください。

3．歯科医療機関で来院患者に短期集中通所口腔ケアサービスを勧める場合　（P29・P30 フロー図参照）

ポイント！

・広島市在住の 65 歳以上の方（要介護１～５の方を除く）で、口腔機能が低下しているおそれがある場合、基本チェックリスト（№13～15）を実施する。

・節目年齢歯科健診受診者で 70 歳の方は、健診票のアンケート項目（№9～11）を確認する。

・対象者にサービスの利用を勧め、本人の同意を得たうえで、地域包括支援センターに連絡する。

⑴　口腔機能低下者の把握　＜歯科医療機関＞

来院患者で、口腔機能低下のおそれがある方については、基本チェックリスト（№13～15）を実施してください。

以下の条件①・②を全て満たす場合、短期集中通所口腔ケアサービスの利用が勧められます。

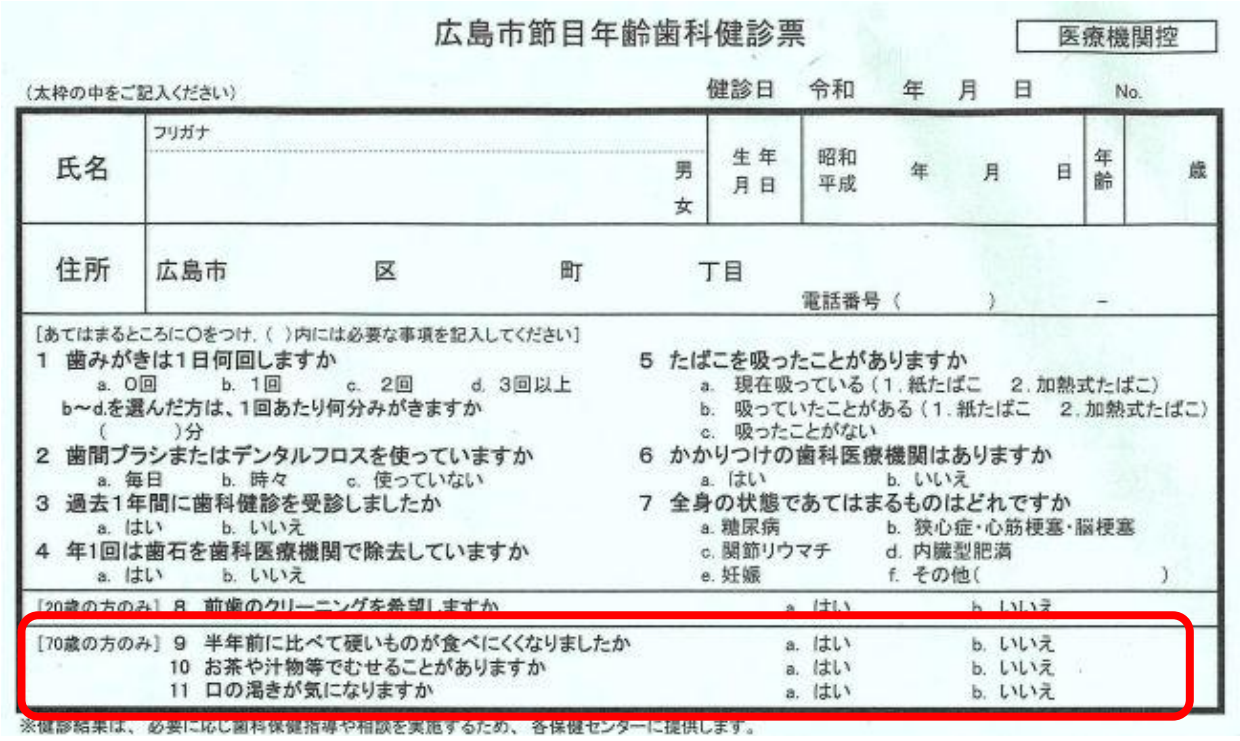
① 広島市内に居住する６５歳以上の方（要介護 1～5 の方を除く）

② 基本チェックリストのNo.１３～１５の３項目のうち、２項目以上該当する方

No.	基本チェックリスト　質問項目
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなった
14	お茶や汁物等でむせることがある
15	口の渇きが気になる

→ ３項目中、２項目以上該当

※　広島市節目年齢歯科健診受診者（70 歳）で、アンケート項目№9～11 で２項目以上該当する方も、同様に通所口腔ケアサービスの利用が勧められます。



広島市節目年齢歯科健診票　　医療機関控

（太枠の中をご記入ください）　健診日　令和　年　月　日　No.

氏名　フリガナ　男 女　生年月日　昭和 平成　年　月　日　年齢　歳

住所　広島市　区　町　丁目　電話番号（　）　－

［あてはまるところに○をつけ、（　）内には必要な事項を記入してください］

1 歯みがきは1日何回しますか
a. 0回　b. 1回　c. 2回　d. 3回以上
b～d.を選んだ方は、1回あたり何分みがきますか
（　）分

2 歯間ブラシまたはデンタルフロスを使っていますか
a. 毎日　b. 時々　c. 使っていない

3 過去1年間に歯科健診を受診しましたか
a. はい　b. いいえ

4 年1回は歯石を歯科医療機関で除去していますか
a. はい　b. いいえ

5 たばこを吸ったことがありますか
a. 現在吸っている（1. 紙たばこ　2. 加熱式たばこ）
b. 吸っていたことがある（1. 紙たばこ　2. 加熱式たばこ）
c. 吸ったことがない

6 かかりつけの歯科医療機関はありますか
a. はい　b. いいえ

7 全身の状態であてはまるものはどれですか
a. 糖尿病　b. 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞
c. 関節リウマチ　d. 内臓型肥満
e. 妊娠　f. その他（　）

［20歳の方のみ］8 前歯のクリーニングを希望しますか　a. はい　b. いいえ

［70歳の方のみ］9 半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか　a. はい　b. いいえ
10 お茶や汁物等でむせることがありますか　a. はい　b. いいえ
11 口の渇きが気になりますか　a. はい　b. いいえ

※健診結果は、必要に応じ歯科保健指導や相談を実施するため、各保健センターに提供します。

⑵　事業内容の説明　＜歯科医療機関＞



対象者に対し、説明資料（別紙３・４）を用いて、短期集中通所口腔ケアサービスの内容を説明し、サービスへの参加を勧めます。なお、地域包括支援センターによる面接等の結果、サービスの対象外となる場合もあることについても併せて説明してください。

⑶　初回サービス日の予約　＜歯科医療機関＞

対象者がサービスへの参加を希望される場合は、２週間以上先に初回サービス日の予約をとります。

⑷　地域包括支援センターへの連絡　＜歯科医療機関＞

連絡票（別紙５）を活用して、対象者の居住地を管轄する地域包括支援センター（P30 一覧参照）に電話で連絡してください。

※　要介護認定を受けているか、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、本サービスの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。

⑸　紹介書（別紙６）の作成　＜歯科医療機関＞

紹介書（別紙６）を記入し、対象者へ渡してください。

後日、地域包括支援センターの担当職員が、本人の状況確認のため自宅を訪問するので、その際、担当職員に紹介書（別紙６）を渡すよう伝えてください。

※　地域包括支援センターに連絡のうえ、直接地域包括支援センターに送付しても構いません。

⑹　基本チェックリストの実施・対象者の決定　＜地域包括支援センター等＞

①　地域包括支援センター等の担当職員が対象者に電話連絡し、居宅訪問などにより「基本チェックリスト」を実施して事業対象者であることを確認します。

②　地域包括支援センター等は、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」等を提出して事業対象者の決定を受けます。

③　地域包括支援センター等の担当職員は、対象者のアセスメントを行うとともに、ケアプランを作成します（ケアプランの作成は、介護予防支援・ケアマネジメントＡの場合のみ）。

※　アセスメント等の結果、短期集中通所口腔ケアサービスの対象外となる場合は、地域包括支援センター等から協力歯科医療機関にその旨連絡があります。なお、本人には地域包括支援センター等においてケアプラン作成時に説明しています。

⑺　依頼書等の送付　＜地域包括支援センター等＞

サービス利用開始日までに地域包括支援センター等から「短期集中通所口腔ケアサービス利用依頼書」（様式１）、「ケアプラン」（介護予防支援・ケアマネジメントＡの場合のみ）、「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」等が協力歯科医療機関へ郵送されます。

※　依頼書を受け取ってから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、地域包括支援センター等に連絡してください。

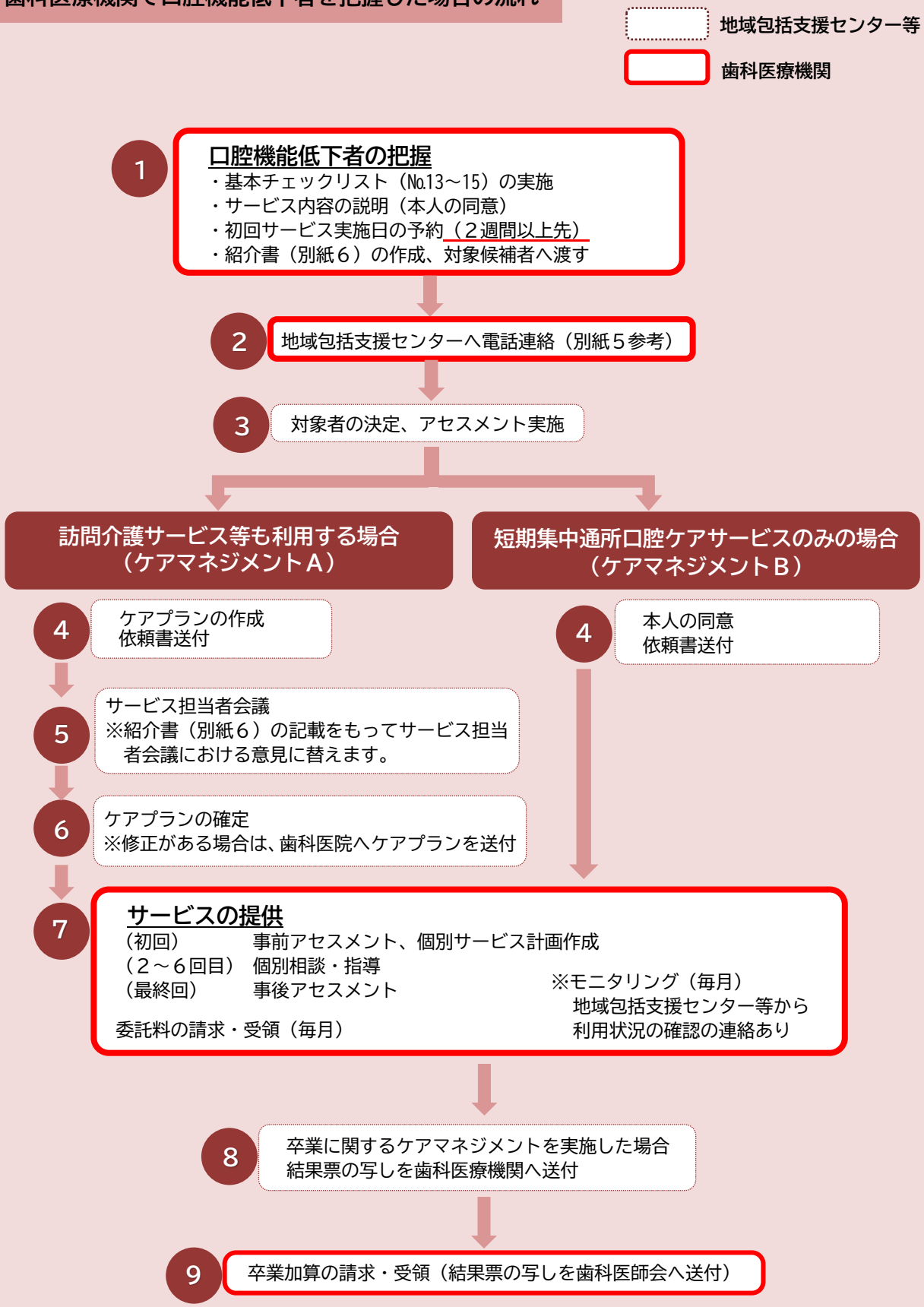
※　総合事業対象者の決定手続き、ケアプランの作成等に時間を要するため、初回サービス予約日までに依頼書の作成が完了しない場合は、地域包括支援センター等から連絡し、予約日の調整を行います。

⑻　ケアプランの修正・郵送（介護予防支援・ケアマネジメントAの場合のみ）　＜地域包括支援センター等＞

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、地域包括支援センター等から修正後のケアプランが郵送されます。

以降の流れは、P6「１．ケアマネジメントＡの場合」の「⑵ サービスの実施」、P8「⑶卒業加算の請求」と同様です。

歯科医療機関で口腔機能低下者を把握した場合の流れ



4．提出物・期限等

・　初回の事前アセスメント実施後は、「口腔機能アセスメント票」(様式２）の写しと「短期集中通所口腔ケアサービス利用状況」(様式４）の原本を、初回サービス日が属する月の翌月５日までに広島市歯科医師会事務局へ提出します。

・　２～６回目のサービス実施後は、「短期集中通所口腔ケアサービス利用状況」（様式４）を１か月分まとめて翌月の５日までに広島市歯科医師会事務局へ提出します。

・　最終回の事後アセスメント実施後は、「口腔機能アセスメント票」(様式２）の写しと「短期集中通所口腔ケアサービス利用状況」(様式４）の原本を、最終回サービス日の属する月の翌月５日までに広島市歯科医師会事務局へ提出します。

・　サービス提供終了後、地域包括支援センター等が実施する「卒業に関するケアマネジメント」が実施された場合は、地域包括支援センター等から「ケアマネジメント結果票」（別紙２）が送付されます。この写しを１か月分まとめて翌月５日までに広島市歯科医師会事務局へ提出します。

	実施内容	記入様式	提出物・期限	提出先
初回	■ 事前アセスメント ■ 個別計画作成	様式２	様式２（写し） 様式４（原本） 翌月５日まで	広島市歯科医師会事務局
	■ サービス利用状況の記載 （利用者の認印またはサインをもらう）	様式４		
２～６回目	■ 個別計画に基づく指導 ・教育（口腔機能向上等） ・指導（口腔清掃、義歯の手入れ等） ・訓練（健口体操、唾液腺マッサージ等）	様式３または任意の様式	様式４（原本） 翌月５日まで	
	■ 指導内容の記録			
	■ サービス利用状況の記載 （利用者の認印またはサインをもらう）	様式４		
最終回（７回目）	■ 事後アセスメント	様式２	様式２（写し） 様式４（原本） 翌月５日まで	
	■ サービス利用状況の記載 （利用者の認印またはサインをもらう）	様式４		
卒業加算の請求	■ ケアマネジメント結果票の写しの送付 （地域包括支援センター等から受領）	―	別紙２（写し） 翌月５日まで	

様式１（短期集中通所口腔ケアサービス）

見本　　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

居宅介護支援事業所に委託しているケースは
「広島市〇〇地域包括支援センター
（受託者　居宅介護支援事業所　管理者　〇〇 〇〇）」とする。

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

サービス利用の流れがケアマネジメントＢの場合は、介護予防サービス・支援計画書は不要です。

（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　　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（予定）

　　年　　月　　日（　　）　〇時〇分～

３　サービス利用の流れ

□　介護予防支援・ケアマネジメントＡ
□　ケアマネジメントＢ（簡略化したケアマネジメント）

４　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。

５　その他留意点等

居宅介護支援事業所に委託しているケースは
「居宅介護支援事業所の連絡先」とする。

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

様式２（短期集中通所口腔ケアサービス）

口腔機能アセスメント票・個別サービス計画書・サービス実施報告書

（初回及び終了回の委託料請求時に様式４「短期集中通所口腔ケアサービス利用状況」とともに写しを事務局に送付）

利用者氏名	

初回時：　　年　　月　　日

終了時：　　年　　月　　日

質問事項			評価項目	初回	終了
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		
QOL	1	食事が楽しみですか	1 とても楽しみ　2 楽しみ　3 ふつう 4 楽しくない　5 全く楽しくない		
	2	食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい　2 おいしい　3 ふつう 4 あまりおいしくない　5 おいしくない		
清掃状況等	3	食物残渣	1 ほとんどなし　2 中程度　3 多量		
	4	舌苔	1 ほとんどなし　2 中程度　3 多量		
	5	歯垢	1 ほとんどなし　2 中程度　3 多量		
	6	口腔乾燥	1 正常　2 軽度　3 中等度　4 高度		
義歯	7	清掃	1 良好　2 不良　3 義歯なし		
	8	適合	1 良好　2 不良　3 義歯なし		
臼歯部	9	現在歯による咬合	1 左右ともあり　2 左右一方のみあり　3 左右ともなし		
	10	義歯装着による咬合	1 左右ともあり　2 左右一方のみあり　3 左右ともなし		
機能	11	反復唾液嚥下テスト（RSST）	右欄に嚥下回数を記載		
	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		
※舌圧	13	舌圧計	右欄に舌圧計測結果を記載	kPa	kPa
	14	舌トレーニング用具（緑ペコぱんだ）	1 簡単に潰せる　2 潰せる　3 潰せない		
任意評価	15	オーラルディアドコキネシス　「パ」	右欄に測定結果を記載（10秒当たりの回数）	回	回
	16	オーラルディアドコキネシス　「タ」	右欄に測定結果を記載（10秒当たりの回数）	回	回
	17	オーラルディアドコキネシス　「カ」	右欄に測定結果を記載（10秒当たりの回数）	回	回
	18	咀嚼機能評価（咬筋触診法）	1 左右とも強い　2 左右一方弱い　3 弱い又はなし		
	19	舌機能評価（挺舌）	1 十分　2 不十分　3 不能		

※舌圧計又は舌トレーニング用具による評価を実施した場合は効果判定・評価加算対象

個別計画（初回時）	実施期間:上記初回日から概ね3か月間	歯科治療　□なし　□あり（メンテナンスを含む）	
	目標	目標達成のための具体的計画　【頻度】週＿＿日・1日＿＿回 □ 頬・口唇・舌のトレーニング　□ パタカラ体操 □ ペコぱんだ使用　□ その他 □ 頬・口唇マッサージ　（　　） □ 唾液腺マッサージ	
		サービス実施計画：3か月間に（　　）回（初回及び最終回を含む）	
評価（終了時）	目標の達成状況等	総合的評価 □ 通いの場等における口腔体操等の継続が必要 □ 引き続き当院で専門的ケアの継続が必要 □ 所見等（　　）	利用効果判定 （アセスメント結果を総合判定） □ 改善 □ 維持 □ 悪化

地域包括支援センター長（居宅介護支援事業所長）様

上記のとおり報告します。　　歯科医院名＿＿＿＿＿＿＿＿

様式２（短期集中通所口腔ケアサービス）

口腔機能アセスメント票・個別サービス計画書・サービス実施報告書

記載例

（初回及び終了回の委託料請求時に様式４「短期集中通所口腔ケアサービス利用状況」とともに写しを事務局に送付）

利用者氏名	

初回時：　　年　　月　　日

終了時：　　年　　月　　日

		質問事項	評価項目	初回	終了
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	0	
	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	1	
	15	口の乾きが気になりますか	1　はい　　0　いいえ	1	
QOL	1	食事が楽しみですか	1 とても楽しみ　2 楽しみ　3 ふつう 4 楽しくない　5 全く楽しくない		
	2	食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい　2 おいしい　3 ふつう 4 あまりおいしくない　5 おいしくない		
清掃状況等	3	食物残渣	1 ほとんどなし　2 中程度　3 多量		
	4	舌苔	1 ほとんどなし　2 中程度　3 多量	2	
	5	歯垢	1 ほとんどなし　2 中程度　3 多量	2	
	6	口腔乾燥	1 正常　2 軽度　3 中等度　4 高度	4	
義歯	7	清掃	1 良好　2 不良　3 義歯なし	2	
	8	適合	1 良好　2 不良　3 義歯なし	1	
口腔部	9	現在歯による咬合	1 左右ともあり　2 左右一方のみあり　3 左右ともなし	3	
	10	義歯装着による咬合	1 左右ともあり　2 左右一方のみあり　3 左右ともなし	1	
機能	11	反復唾液嚥下テスト（RSST）	右欄に嚥下回数を記載	2	
	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	2	
※舌圧	13	舌圧計	右欄に舌圧計測結果を記載	kPa	kPa
			潰せる　2 潰せる　3 潰せない		
任意評価			測定結果を記載（10秒当たりの回数）	◙	◙
			測定結果を記載（10秒当たりの回数）	◙	◙
			測定結果を記載（10秒当たりの回数）	◙	◙
			も強い　2 左右一方弱い　3 弱い又はなし		
			2 不十分　3 不能		

初回は、地域包括支援センターから送付された基本チェックリストから転記する。

・むせを気にせずおいしく食べる。
・むせずに食事ができるようになる。
・楽しく食事ができるようにし、好きな活動を楽しむ。
・水がなくても食べ物を飲み込めるようになる。
・固いもの食べられるようになる。

※舌圧計[illegible]判定・評価加算対象

個別計画（初回時）		
実施期間:上記初回日から概ね3か月間	歯科治療　□なし　☑あり（メンテナンスを含む）	
目標	目標達成のための具体的計画　【頻度】週 7 日・1日 1 回 ☑ 頬・口唇・舌のトレーニング　□ パタカラ体操 ☑ ペコぱんだ使用　□ その他 □ 頬・口唇マッサージ ☑ 唾液腺マッサージ	
	サービス実施計画：3か月間に（ 7 ）回（初回及び最終回を含む）	
評価（終了時） 目標の達成状況等	総合的評価 □ 通いの場等における口腔体操等の継続が必要 □ 引き続き当院で専門的ケアの継続が必要 □ 所見等（　　）	利用効果判定 （アセスメント結果を総合判定） □ 改善 □ 維持 □ 悪化

地域包括支援センター長（居宅介護支援事業所長）様

上記のとおり報告します。　　歯科医院名

通所口腔ケアサービス経過記録

目標(ゴール)

氏名	

回数	実施日	時 間	指導の要点 (課題･改善点等)	特記事項 (口腔状況等)	担当者名
1回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
2回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
3回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
4回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
5回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
6回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
7回目	月 日	時 分 ～ 時 分			

様式４（短期集中通所口腔ケアサービス）

短期集中通所口腔ケアサービス利用状況（　　年　　月分）

（**初回日**及び**終了日**が属する月は、口腔機能アセスメント票（様式2）の写しを添付してください）

歯科医院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護保険　被保険者番号	
氏　　名	
生年月日	明・大・昭　　・　　・　　生
担当地域包括支援センター 又は居宅介護支援事業所	地域包括支援センター （　　居宅介護支援事業所）

《サービス初回日》
年　　月　　日

《サービス終了日》
年　　月　　日

《利用状況》

実施日	時　間	利用回数	効果判定・評価加算※	利用者 確認印又はサイン
月　　日	時　　分 ～　　時　　分	回目	□ 舌圧計 □ 舌ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ用具 （緑ペコぱんだ）	
月　　日	時　　分 ～　　時　　分	回目	□ 舌圧計 □ 舌ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ用具 （緑ペコぱんだ）	
月　　日	時　　分 ～　　時　　分	回目	□ 舌圧計 □ 舌ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ用具 （緑ペコぱんだ）	

※ サービス利用初回日及び終了日に実施した場合に効果測定・評価加算が算定されます。

実施した場合は☑を記入してください。舌圧計と舌トレーニング用具の両方を実施した場合は、舌圧計のみ算定されます。

《利用者負担》　いずれか該当する方に○をつけてください。

1割　　・　　無

別紙１　「通いの場」チラシ（表）

気軽に参加してみませんか

地域の通いの場



みんなで歌ったり

集会所や公民館等の身近な場所で
体操やレクリエーションなど、
様々な活動が行われています。
みんなと一緒に、
健康維持や介護予防に取り組んでみませんか。



認知症カフェでの相談



体を動かしたり

地域介護予防拠点

「いきいき百歳体操」など、
運動を中心とした介護予防の
取組を行っています。

地域高齢者交流サロン

レクリエーション、歌、
ゲームなどをみんなで楽しむ
ふれあいの場です。

認知症カフェ

認知症の人と家族、地域の人、
専門職などが気軽に集い、
相談や交流ができる場所です。

興味のある方は、お住まいの地域の「地域包括支援センター」にお問い合わせください。

広島市健康福祉局高齢福祉部
地域包括ケア推進課

〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目６-34
電　話　082－504－2988
メール　hokatsucare@city.hiroshima.lg.jp

別紙１　「通いの場」チラシ（裏）

自分に合った活動を見つけましょう！



学びの場として
趣味を楽しんだり
新しいことにも
チャレンジ！



ボランティア、町内会の役員、見守り隊等

社会的な役割を持ったり、
毎日人と会話をすることは、
介護予防につながります。
地域の集まりやボランティア活動に
参加したり、趣味の活動を楽しむなど、
自分に合った活動を見つけましょう。



グランドゴルフ、将棋、
生け花、料理教室等



山登りやハイキング

高齢者いきいき活動ポイント事業

高齢者の社会参加を促進するため、そのきっかけづくりとして、自らの健康づくりや介護予防のための活動、地域のボランティア活動などに参加した方にポイントを付与し、貯まったポイント数に応じて奨励金(１ポイント＝100円)を支給します。

対象者　毎年9月1日現在、広島市内に住所を有する65歳以上の方

対象活動
- 自らの健康づくり・介護予防に取り組む活動
- 健康診査等の受診
- ボランティア活動

詳しくは、広島市ホームページをご覧ください。
ホームページはこちら
広島市ホームページ　1005990

広島市高齢者いきいき活動ポイント事業等コールセンター
電話　082－512－0290
受付時間／平日8:30～17:15
（8/6、年末年始を除く）

別紙２

ケアマネジメント結果票

氏名　　様　生年月日　　年　月　日　区分(□事業対象者 □要支援1 □要支援2)

住所　　電話番号

地域包括支援センター名　　ケアマネジメント実施者

（居宅介護支援事業所名：　　）

○ ご自身の意向

○ 生活の目標

○ 今後の取組について

【自分が取り組むこと（内容、頻度）】 【支援してもらうこと（いつ、誰に、何を）】

ケアマネジメント結果の同意

年　月　日

氏名　　印

≪地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）記載欄≫

▶該当するケアマネジメントに☑を入れてください。

□ 介護予防ケアマネジメントC　□ 卒業に関する介護予防ケアマネジメント

▶卒業に関する介護予防ケアマネジメントの場合、サービス利用終了月を記入し、該当項目に☑を入れてください。

サービス利用終了月・・・ 平成　年　月

□ 事業対象者の終了届提出と同時にサービス利用を終了

□ 要支援の認定期間満了と同時にサービス利用を終了

□ 要支援の認定期間中にサービス利用を終了

別紙３　説明用リーフレット（表）

サービスを受けた人の感想をご紹介

気付かなかった歯周病やむし歯が見つかって、治療も同時に行えた。



楽しく食事や会話、カラオケができるようになった。

食事量が増え、体力がついたことで、地域の行事に参加できるようになった。

サービスは終了したけど、引き続き教わったトレーニングを続けたい。





身内に嚥下障害があり、とても参考になった。

美味しく食べたり、カラオケを楽しんだりといった**お口の機能は、むし歯や歯周病の治療や義歯の使用だけでは維持できない**ことがあります。



サービス対象者

次の①および②に該当する方

①広島市在住の65歳以上で、要介護認定を受けていない方（要支援1、2の方も対象です）

②次の3項目のうち、2項目以上に該当のある方

- □ 半年前に比べて固いものが食べにくくなった
- □ お茶や汁物等でむせることがある
- □ 口の渇きが気になる

内容

実施期間・回数	3カ月間、3～7回 （1回あたり15～30分）
利用料金	1回あたり250円 ※口腔清掃の用具等に係る実費が別途必要となることがあります。 ※介護保険負担割合によって金額は変わりません。

お問い合わせ

お住まいの地区を担当する地域包括支援センターまたはかかりつけ歯科医までご相談ください。

（短期集中通所口腔ケアサービスは広島市の総合事業です）

短期集中通所口腔ケアサービス

ご案内

お口のささいなトラブル

オーラルフレイル

放置していませんか？

今すぐ予防を！



いつまでも美味しく食べるために

広島市歯科医療福祉対策協議会

別紙３　説明用リーフレット（裏）

お口周りの元気がなくなっていませんか？

短期集中通所口腔ケアサービスは
お口の機能の低下がみられる方に
対して歯科医院で歯科医師や
歯科衛生士がトレーニング指導を
行うサービスです。



※歯科治療ではありません。
通常の歯科治療と並行して
行うこともできますが、別途
費用が必要となります。

このような症状はありませんか？



どんなことをするの？

個々の症状をしっかりと確認し、それぞれに適した
口腔ケア・トレーニングプランの作成・実施を行います。

1 地域包括支援センターによる聞き取り

お体や生活の状況を
お伺いします。



2 事前口腔アセスメント
（トレーニング前の状態確認）

ココがポイント！

歯科医院で、歯科医師または
歯科衛生士が口腔の状態を
評価します。
例えば、上下の歯のかみ合わせ、
唾液の分泌量、舌の力、歯や舌
の汚れなど。

個別サービス計画作成

ココがポイント！

専門的アセスメントの結果から、利用者に合った
個別サービス計画を作成します。

- 唾液の分泌量が少ない → 唾液腺のマッサージ
- 舌の力が弱い → ペコぱんだを使ったトレーニング
- 歯や舌の汚れが多い → 歯口清掃指導

※唾液腺マッサージ、ペコぱんだ、歯口清掃は、
「かみかみ百歳体操」ではできません。

3 説明

- 歯の清掃について
- 飲み込みについて
- 唾液の効果
- かみ合わせと栄養状態
  の関係について

指導

- 歯の清掃方法
- 補助器具の使用方法
- 義歯の清掃・管理



トレーニング

- お口周りの筋肉のトレーニング
  （頬、舌、唇など）
- 飲み込みのトレーニング
- 唾液腺マッサージ
- パタカラ体操・あいうべ体操

4 事後口腔アセスメント
（トレーニングの効果確認）

ココがポイント！

お口の機能の改善が実感できて、利用者の満足度も高い

- 舌圧※が向上 初回時平均27.2kpa → 終了時平均32.4kpa（通所口腔ケアモデル事業結果）
  ※舌圧とは舌が上あごに接触する力で、衰えると飲み込みの機能に影響します。
- 「口腔ケアサービスを受けてよかった」95％、「今後も歯科医院で定期的に受けたい」97％

別紙４

短期集中通所口腔ケアサービスとは

―　むし歯や歯周病などの「歯科治療」とはちがいます　―

- 「かむこと」を「餅つき」に例えると、「杵と臼」（上下の歯）が丈夫でも「こねる人」がいないと餅はできません。「こねる人」の役割は、舌や口のまわりの筋肉や唾液が担っています。
- しかし、歳を重ねるにしたがって、足腰の筋肉が衰えるように、舌や口のまわりの筋肉も衰え、唾液の分泌量も減少します。
- そこで、これらの「こねる人」の働きの維持・向上を図るため、

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

などを、かかりつけの歯科医院で行う広島市の介護予防サービスです。

- もちろん「杵と臼」（上下の歯）が壊れていると餅はできないので、歯科治療を同時に行うことで、大きな効果が期待できます。

対象者	６５歳以上で、要介護１～５の認定を受けていない人のうち、基本チェックリストにより、口腔機能が低下していると判定された人（※要支援１、２で口腔機能が低下している人も対象者です）
実施期間	１コース３か月間で、原則としておおむね２週間に１回
実施場所	広島市からの委託を受けた歯科診療所（当歯科医院でも実施しています）
費用	１回２５０円（１割負担）　　（※歯科治療は含まれていません）
手続き	①当歯科医院から地域包括支援センター※に連絡します。 ②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、紹介書(別紙６)を渡してください。 ③地域包括支援センターがアセスメントを行い、当歯科医院で通所口腔ケアサービス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。

別紙５

【連絡票】　対象者の居住地を管轄する地域包括支援センターへ電話

チェック：□　対象者は６５歳以上で要介護１～５の認定を受けていない人です
□　対象者の住所は広島市です
□　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、地域包括支援センターに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です

短期集中通所口腔ケアサービスを実施している「＿＿＿＿歯科医院」です。
当歯科医院での通所口腔ケアの利用を希望・承諾している事業対象者の候補者がいますので、手続きをお願いします。
本人に紹介書を渡しています。

対象者の名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

初回予約日　　月　　日（　　）

当歯科医院の電話番号は＿＿＿＿＿＿＿＿で、私は＿＿＿＿＿＿＿＿です。

別紙６

紹　介　書

この用紙は，地域包括支援センターへお渡しください。

チェック：　□　対象者は６５歳以上で要介護１～５の認定を受けていません

□　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

13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい・いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい・いいえ
15	口の渇きが気になりますか	はい・いいえ

□　通所口腔ケアの利用を承諾しています

□　市，地域包括支援センターに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です

対象者の名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　大正・昭和　　年　　月　　日

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介元歯科医院：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者(担当者)名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ケアプラン作成に当たっての意見

◆ 基本チェックリストにより口腔機能低下に該当し、短期集中通所口腔ケアサービスが必要です。

◆ 緑色ペコぱんだが押し潰せない場合は，舌筋機能が低下している可能性があります。

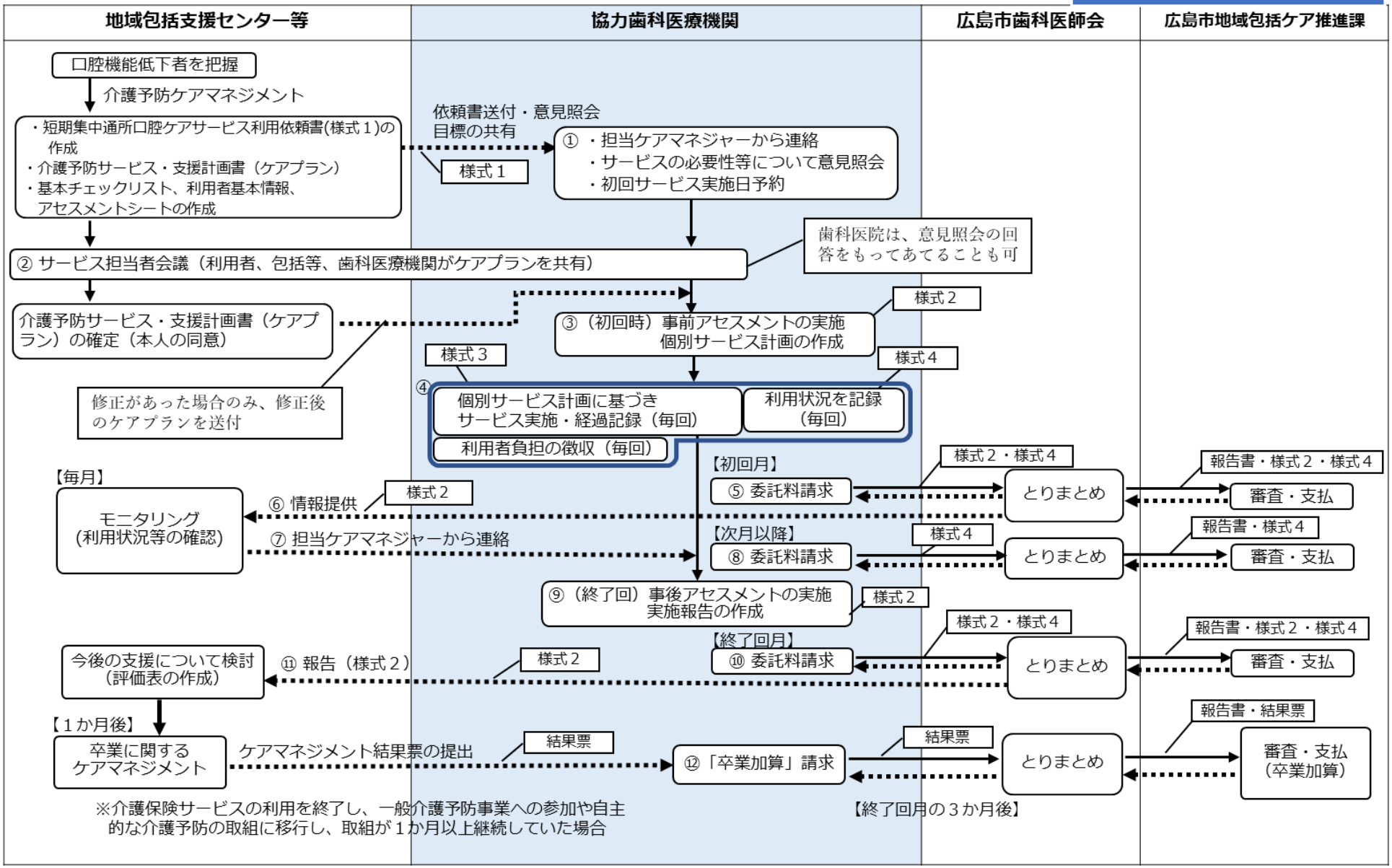
◆ 口腔機能の低下は，窒息・誤嚥等の直接的なリスクの他，低栄養や，気道感染，肺炎等の様々なリスク要因であり，身体機能や認知機能の低下にも大きく関連しています。

◆ 通所口腔ケアは、運動や栄養の短期集中プログラムの効果をより高めます。

◆ その他特記事項

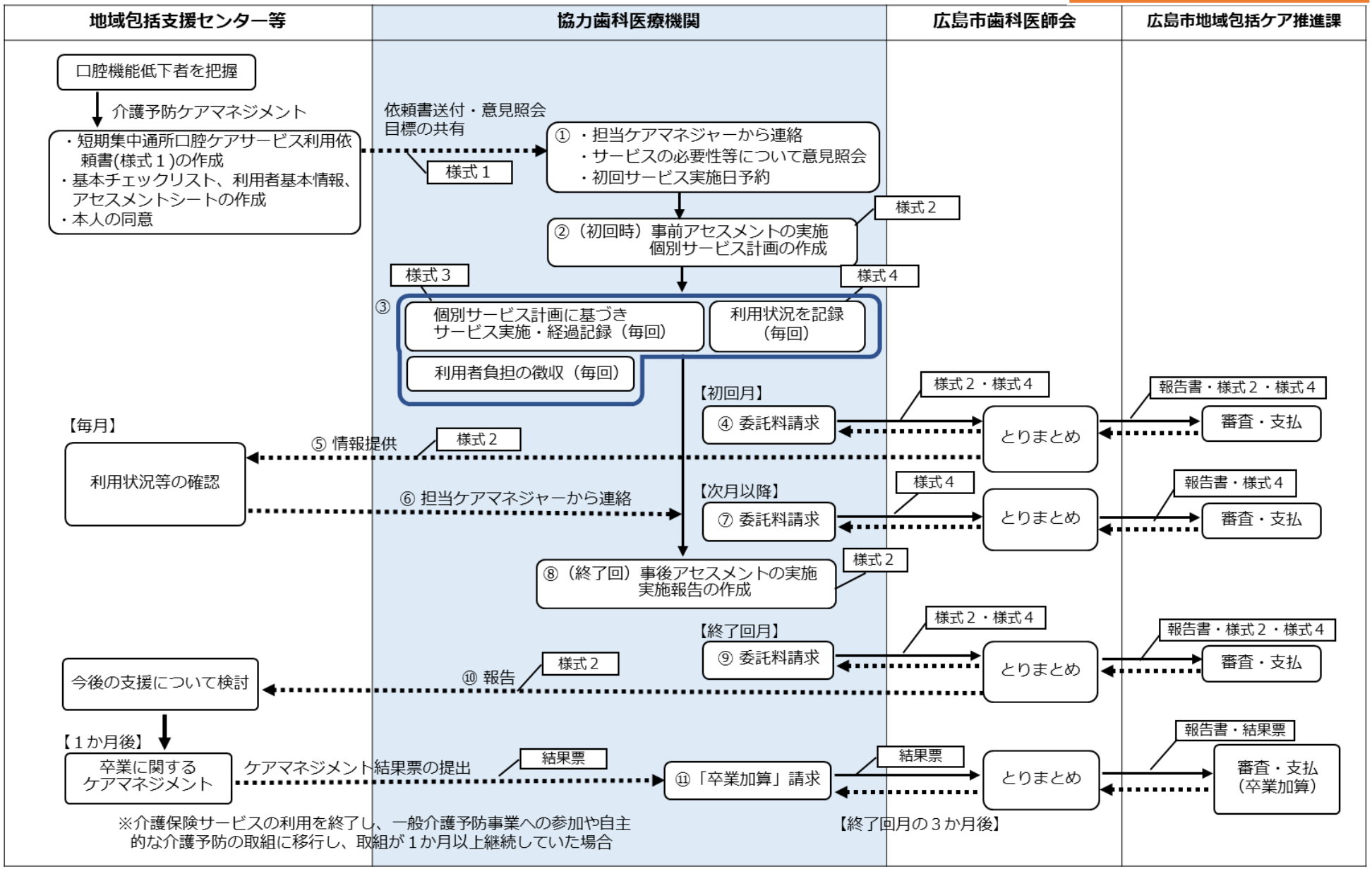
短期集中通所口腔ケアサービス　実施フロー図

ケアマネジメントA



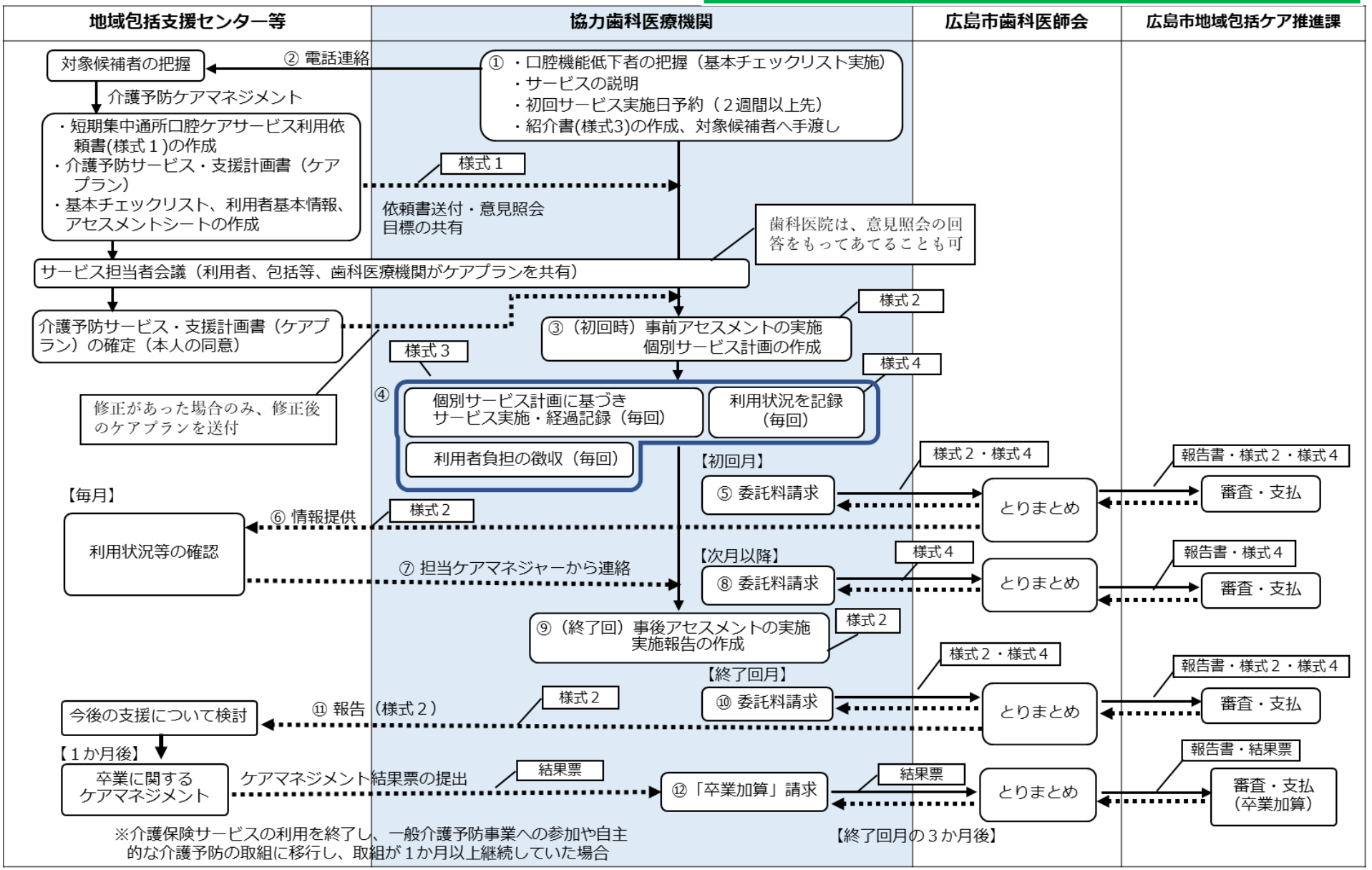
短期集中通所口腔ケアサービス　フロー図

ケアマネジメントB



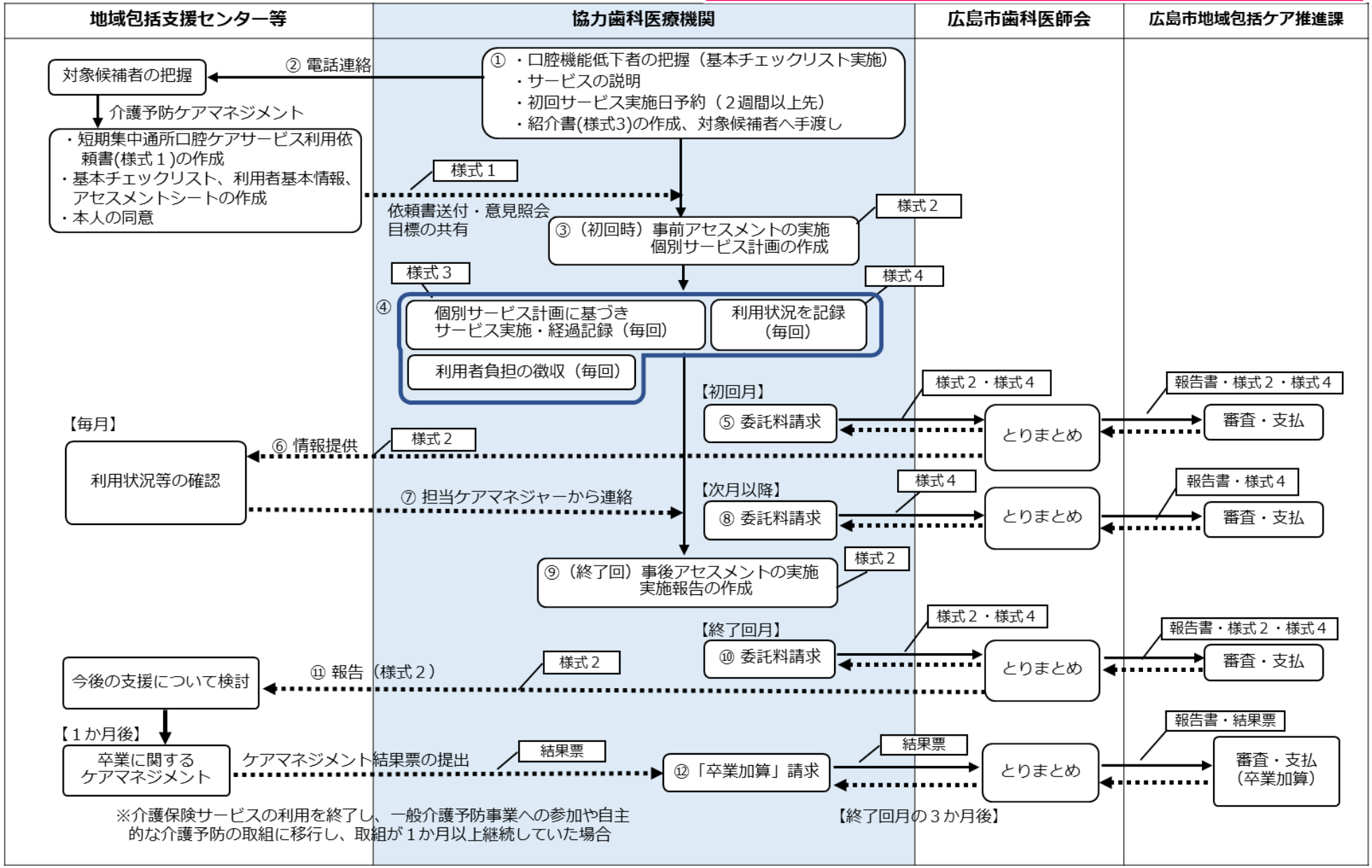
短期集中通所口腔ケアサービス フロー図

歯科医療機関で勧める場合（ケアマネジメントA）



短期集中通所口腔ケアサービス フロー図

歯科医療機関で勧める場合（ケアマネジメントB）



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15分
※緊急時の電話相談は、24時間受け付けます。



担当圏域（おおむね中学校区）		名 称 ※「広島市」は省略	事 務 所（令和7年4月1日現在）		
			住所	TEL	FAX
中区	幟町(基町小学校区)	基町地域包括支援センター	基町19−2−425	502−7955	502−7966
	幟町(基町小学校区除く)	幟町地域包括支援センター	東白島町13−26	222−6608	222−6609
	国泰寺	国泰寺地域包括支援センター	昭和町12−2	249−0600	544−1456
	吉島	吉島地域包括支援センター	光南1−4−6	545−1123	545−1124
	江波	江波地域包括支援センター	江波二本松2−6−27	296−4833	533−7100
東区	福木・温品	福木・温品地域包括支援センター	上温品1−11−27−101	280−2330	562−2333
	戸坂	戸坂地域包括支援センター	戸坂中町2−29	516−0051	516−0052
	牛田・早稲田	牛田・早稲田地域包括支援センター	牛田本町5−1−2 7階	228−2033	221−7675
	二葉	二葉地域包括支援センター	若草町10−14はらだビル2階	263−3864	263−3870
南区	大州	大州地域包括支援センター	大州1−1−26	581−6025	581−6026
	段原	段原地域包括支援センター	段原南1−3−52 広島段原ショッピングセンター2階	261−8588	261−8688
	翠町	翠町地域包括支援センター	出汐2−3−46	252−5500	252−5530
	仁保・楠那	仁保・楠那地域包括支援センター	東本浦町26−8たおビル2階	286−6112	298−2234
	宇品・似島	宇品・似島地域包括支援センター	宇品神田3−7−15坂本ビル2階	252−6456	252−6458
西区	中広	中広地域包括支援センター	三篠町1−8−21 2階	509−0288	230−8190
	観音	観音地域包括支援センター	観音町16−19 3階	292−3582	292−3172
	己斐・己斐上	己斐・己斐上地域包括支援センター	己斐本町2−7−13	275−0087	275−0070
	古田	古田地域包括支援センター	古江東町5−3−104	272−5173	272−5186
	庚午	庚午地域包括支援センター	草津東2−8−5	507−1210	271−3410
	井口台・井口	井口台・井口地域包括支援センター	井口2−5−19	501−6681	276−5541
安佐南区	城山北・城南	城山北・城南地域包括支援センター	緑井6−37−5−102	831−1157	876−1096
	安佐・安佐南	安佐・安佐南地域包括支援センター	中須2−19−6 3階	879−1876	879−7764
	高取北・安西	高取北・安西地域包括支援センター	高取北1−17−41	878−9401	847−1475
	東原・祇園東	東原・祇園東地域包括支援センター	東原3−14−4	850−2220	850−1107
	祇園・長束	祇園・長束地域包括支援センター	山本1−4−25	875−0511	875−0513
	戸山・伴・大塚	戸山・伴・大塚地域包括支援センター	伴中央2−5−12	849−5860	849−5861
安佐北区	白木	白木地域包括支援センター	白木町小越218−2	828−3361	828−7188
	高陽・亀崎・落合	高陽・亀崎・落合地域包括支援センター	亀崎1−1−6フジグラン高陽2階	841−5533	845−8811
	口田	口田地域包括支援センター	口田南7−11−22	842−8818	842−8835
	三入・可部	三入・可部地域包括支援センター	三入5−16−31	516−6611	516−6681
	亀山	亀山地域包括支援センター	亀山4−2−36	819−0771	814−0501
	清和・日浦	清和・日浦地域包括支援センター	あさひが丘3−18−13−7−101	810−4688	810−4185
安芸区	瀬野川東(中野東小学校区含む)	瀬野川東地域包括支援センター	瀬野2−17−33	820−3711	554−5021
	瀬野川(中野東小学校区を除く)・船越	瀬野川・船越地域包括支援センター	中野2−15−7	893−1839	893−1866
	阿戸・矢野	阿戸・矢野地域包括支援センター	矢野東6−23−15	889−6605	889−5666
		〃 (阿戸連絡所)	阿戸町418−1	856−0613	856−0115
佐伯区	湯来・砂谷	湯来・砂谷地域包括支援センター	湯来町白砂82−4	(0829)86−1241	(0829)86−1242
	五月が丘(石内小学校区除く)・美鈴が丘	五月が丘・美鈴が丘地域包括支援センター	美鈴が丘西1−3−9	208−5017	208−5018
	三和(石内小学校区含む)	三和地域包括支援センター	五日市町石内6405−1	926−0025	929−0200
	城山・五日市観音	城山・五日市観音地域包括支援センター	千同1−30−6	924−7755	924−7761
	五日市	五日市地域包括支援センター	五日市中央2−4−40	924−0053	921−2865
	五日市南	五日市南地域包括支援センター	楽々園4−2−19−101	924−8051	924−8052