

短期集中型訪問サービス事業
(口腔改善指導)
マニュアル

令和6年4月

長崎市

もくじ

短期集中型訪問サービス事業（口腔改善指導）

| | | |
|---|------------------------------|---|
| 1 | 事業の概要 | 1 |
| 2 | 短期集中型訪問サービス事業（口腔改善指導）実施に伴う流れ | 2 |
| 3 | 運営について | |
| | （1）担当スタッフと役割 | 3 |
| | （2）プログラム（例） | 3 |
| | （3）プログラムに関する留意事項 | 4 |
| | （4）アセスメント（評価）について | 5 |
| | （5）報告について | 6 |
| | （6）保管書類について | 6 |
| | （7）電話確認について | 6 |
| | （8）その他 | 6 |

●様式集●

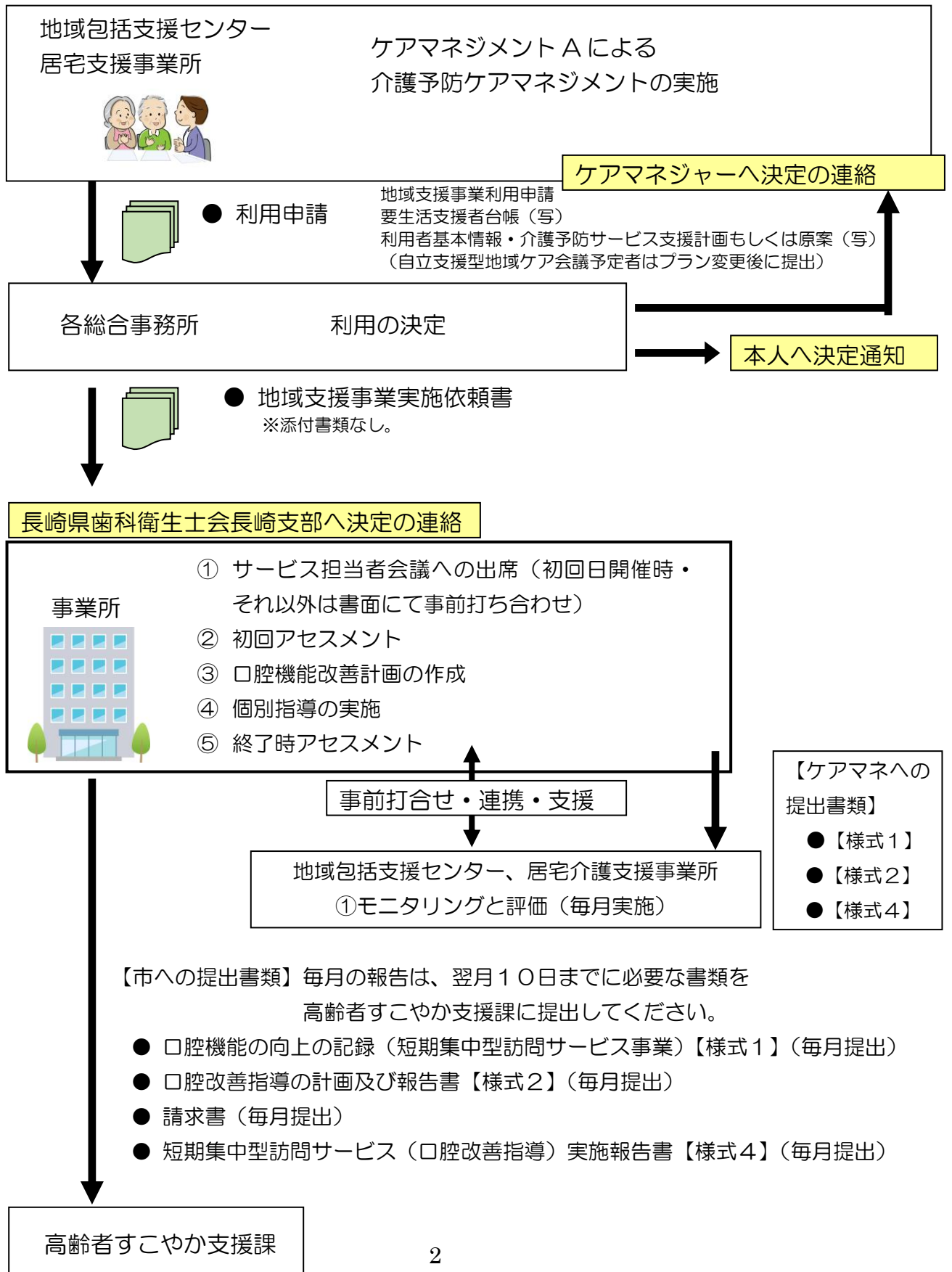
| | | |
|---------|-------------------------------|----|
| 【様式1】 | 口腔機能の向上の記録（短期集中型訪問サービス事業） | 7 |
| 【様式2】 | 口腔改善指導の計画及び報告書 | 8 |
| 【様式3】 | ホームケアメニュー | 9 |
| 【様式4-1】 | 短期集中型訪問サービス事業（口腔改善指導）実施報告書[鑑] | 10 |
| 【様式4-2】 | 短期集中型訪問サービス事業（口腔改善指導）実施報告書 | 11 |
| 【様式5】 | 短期集中型訪問サービス事業チラシ | 12 |

短期集中型訪問サービス事業（口腔改善指導）

1 事業の概要

| | |
|----------|---|
| 目的 | 対象者に対して、歯科衛生士が自宅へ訪問することにより短期集中的に口腔清掃の習慣化や技術向上、また摂食・嚥下機能の向上を図り、終了時には目標達成の評価と今後の介護予防について調整する。 |
| 効果 | 口腔ケア指導事業を通じて、食べる楽しみ、低栄養の予防、誤嚥・窒息を予防し、口腔機能を維持するための正しい知識と技術の習得を目指し、高齢者の食べる楽しみを維持することができる。 家庭訪問により、個別の状況に応じた支援を受けることができる。 |
| 対象者 | <事業対象者または要支援1、要支援2の者のうち次のいずれかに該当する口腔機能が低下していると思われる者> ① ケアマネジャー（または、自立支援型地域ケア会議の検討結果）がサービス利用により、ケアプランの口腔機能改善目標を明確にできる者、かつ主治医の許可がある者。 ② 基本チェックリストで（13）（14）（15）のうち2つ以上該当する者で個別指導が必要と思われる者 |
| プログラムの内容 | 家庭訪問による口腔機能向上の教育、自己管理指導 |
| スタッフ | 歯科衛生士（1回目はケアマネジャーの同行訪問あり） |
| 実施頻度 | 2回（月に1回程度の頻度で最長6ヶ月） ただし必要に応じて回数を減らすことができる。 |
| 時間 | 1時間程度 |
| 実施場所 | 対象者の自宅 |
| 利用料 | なし |

2 短期集中型訪問サービス事業（口腔改善指導）実施に伴う流れ



3 運営について

(1) 担当スタッフと役割

| 担 当 | 職 種 | 役 割 |
|------|-------|--|
| 医療職員 | 歯科衛生士 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業実施に係るアセスメント・評価 ・ 口腔機能状態の把握 ・ 口腔機能向上・口腔機能衛生保持の指導計画策定 ・ 口腔機能向上・口腔衛生保持の指導 ・ 主治医との連絡（必要時） ・ サービス担当者会議への出席 ・ ケアマネジャーからの連絡対応 |

※初回は、ケアマネジャーが同行訪問する。

(2) プログラム（例）

ここでは、2回のプログラム内容の例を示しています。必要に応じて回数を減らしたり、内容を変更しても構いません。

| 回数 | 実施内容 | 担当者 |
|-----|---|----------------------|
| 第1回 | <ul style="list-style-type: none"> ○事前アセスメント・モニタリング【様式1】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔機能状態リスクの確認 ○アセスメントの結果解説：課題の把握 ○参加者参画による実施計画作成【様式2】 ○計画実行に向けての支援 ○ホームケアメニューの作成【様式3】 ○口腔機能の向上の実施記録・対象者の変化等記録の記入【様式2】 ○短期集中型訪問サービス（口腔改善指導）実施報告書の記入【様式4】 | 歯科衛生士 ケアマネジャー |
| 第2回 | <ul style="list-style-type: none"> ○実施状況の確認、計画の修正 ○口腔機能向上・衛生保持に関する相談 ○情報提供（歯磨き指導や実施） ○事後アセスメント・モニタリング【様式1】 ○口腔機能の向上の実施記録・対象者の変化等記録の記入【様式2】 ○短期集中型訪問サービス（口腔改善指導）実施報告書の記入【様式4】 | 歯科衛生士 |

(3) プログラムに関する留意事項

ア 実施時間については、1 時間程度を目安に実施してください。

イ 個人の口腔状態に応じた個別指導を実施してください。

ウ 介護予防ケアマネジメントは、ケアマネジメント A のサービスとなります。サービス担当者会議については、ケアマネジャーと担当の歯科衛生士で打ち合わせてください。その際、できるだけ他のサービス利用日に合わせて歯科衛生士の同行訪問を設定して実施してください。困難な場合は、初回同行訪問前に担当歯科衛生士と電話または書面にて事前打ち合わせを実施して、サービス担当者会議への出席としてください。

(4) アセスメント（評価）について

事業所で実施する評価は、個別評価と事業評価があります。

ア 個別評価

個別評価には事前アセスメント、終了時アセスメントがあります。評価は、歯科衛生士が実施します。

(ア) 事前アセスメント

- a 事業開始時、事前アセスメントを実施し口腔機能の状態および問題点の把握を行ってください。【様式1】
- b 事前アセスメントを実施後、対象者と一緒に指導管理計画【様式2】と、ホームケアメニュー【様式3】の作成を行ってください。

(イ) 終了時アセスメント

終了時アセスメント（評価）は、（2回目）に【様式1】を実施してください。

(ウ) アセスメントに使用する書類

(表1)

| | 様式 | 種別 | 事前 | 終了時 |
|---|----------------------------|-----|----|-----|
| 1 | 口腔アセスメント・モニタリング表 | 様式1 | ○ | ○ |
| 2 | 口腔改善指導の計画及び報告書 | 様式2 | ○ | ○ |
| 3 | ホームケアメニュー | 様式3 | ○ | ○ |
| 4 | 短期集中型訪問サービス事業（口腔改善指導）実施報告書 | 様式4 | — | ○ |

イ 事業評価

事業評価は、短期集中型訪問サービス事業（口腔改善指導）実施報告書【様式4】により評価します。

(5) 報告について

事業終了月の翌月10日までに高齢者すこやか支援課に報告してください。

ア 報告（提出書類）について

（ア）市へ提出

（表2）

| | 提出書類の内容 | 種 別 | 提 出 | |
|---|----------------------------|-----|------|------|
| | | | 1 回目 | 2 回目 |
| 1 | 口腔アセスメント・モニタリング表 | 様式1 | ○ | ○ |
| 2 | 口腔改善指導の計画及び報告書 | 様式2 | ○ | ○ |
| 3 | 短期集中型訪問サービス事業（口腔改善指導）実施報告書 | 様式4 | ○ | ○ |

（イ）ケアマネジャーへ提出（歯科衛生士会から郵送）

（表3）

| | 提出書類の内容 | 種 別 |
|---|----------------------------|-----|
| 1 | 口腔アセスメント・モニタリング表 | 様式1 |
| 2 | 口腔改善指導の計画及び報告書 | 様式2 |
| 3 | 短期集中型訪問サービス事業（口腔改善指導）実施報告書 | 様式4 |

(6) 保管書類について

提出された書類は全て複写を事業所で保管してください。

(7) 電話確認について

1～2回の訪問で口腔指導を実施。原則的には、電話等での確認の指導・相談は1回の指導としてカウントしません。

(8) その他

ア 他の訪問型サービス、通所型サービスとの併用は可能です。特に短期集中型通所サービス利用者について、対象要件を満たす場合は、口腔改善指導に積極的につないでください。

イ 基本チェックリスト、介護予防事業に関する情報提供書、主治医意見書等が必要な場合は、本人同意のうえケアマネジャーより提供してもらってください。

ウ かかりつけ歯科がある場合、必要時は連携して支援を行ってください。

口腔機能の向上の記録 《短期集中型訪問サービス事業》

【様式1】

| | | |
|------|-------|------------------|
| ふりがな | | 生 年 月 日 |
| 氏名 | (男・女) | 明・大・昭 年 月 日 ()歳 |

歯科衛生士による事前・事後のアセスメント・モニタリング

| 基本チェックリスト | 事前評価(月 日) | 事後評価(月 日) |
|-----------------------------|--------------|--------------|
| 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. いいえ 2. はい | |
| 14. お茶や汁物でむせることがありますか | 1. いいえ 2. はい | 1. いいえ 2. はい |
| 15. 口の渴きが気になりますか | 1. いいえ 2. はい | 1. いいえ 2. はい |

| 観察・評価など | 評価項目 | 1回目 | 2回目 |
|-------------------|-------------------------------------|---------|---------|
| 歯や歯肉の痛みがありますか | 1. いいえ 2. はい | | |
| 食べ物が飲み込みにくいですか | 1. いいえ 2. はい | | |
| 自発的な口腔清掃習慣 | 1. ない 2. 多少ある 3. ある | | |
| 食事中の食べこぼし | 1. ない 2. 多少ある 3. ある | | |
| 歯や義歯の汚れ | 1. ない 2. 多少ある 3. ある | | |
| 舌の汚れ | 1. ない 2. 多少ある 3. ある | | |
| 口臭 | 1. ない 2. 弱い 3. ある | | |
| 右側の咬筋の緊張の触診(咬合力) | 1. 強い 2. 弱い 3. 無し | | |
| 左側の咬筋の緊張の触診(咬合力) | 1. 強い 2. 弱い 3. 無し | | |
| RSSTの積算時間 | 必要に応じて実施 | 1回目()秒 | 1回目()秒 |
| オーラルディアドコキネシス | | 2回目()秒 | 2回目()秒 |
| | | 3回目()秒 | 3回目()秒 |
| | | パ()回/秒 | パ()回/秒 |
| | | タ()回/秒 | タ()回/秒 |
| | | カ()回/秒 | カ()回/秒 |
| ぶくぶくうがい(空ぶくぶくでも可) | 1. できる 2. やや不十分 3. 不十分 | | |
| 表情の豊かさ | 1. 豊富 2. やや豊富 3. ふつう 4. やや悪い 5. 乏しい | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (問題点) | (お口の中の状況) | ※○は治療済み、×は欠損場、△はむし歯など(残根も) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table> | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (特記事項) | (備考欄) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2回目終了後の評価) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【様式3】

さんの

ホームケアメニュー



おいしく・楽しく・いつまでも・・・

短期集中型訪問サービス事業(口腔改善指導)実施報告書

令和 年 月 日

長 崎 市 長 様

住 所

受注者名

印

代表者名

令和 年 月分の短期集中型訪問サービス事業(口腔改善指導)の実施について、次のとおり報告します。

| 開催 日 | 開催・実施 場所 | 口腔ケア訪問指導 | | 離島加算講師 氏名(職種) |
|---------|-------------|----------|-------------|------------------|
| | | 委託料 | 担当歯科衛生 士 | 離島加算額 |
| 日 | | 円 | | 円 |
| 日 | | 円 | | 円 |
| 月 | | 円 | | 円 |
| 日 | | 円 | | 円 |
| 日 | | 円 | | 円 |
| 日 | | 円 | | 円 |
| 日 | | 円 | | 円 |
| 日 | | 円 | | 円 |
| 計 | | 円 (①) | | 円 (②) |
| 合計 | | 円(①+②) | | |

担当
者名
連絡先

短期集中型訪問サービス(口腔改善指導)実施報告書

事業所名(長崎県歯科衛生士会)

| | | | |
|------------------------|----------------|------|-------------------|
| 日時 | 年 月 日() : ~ : | | |
| 開催場所 | 様宅 (回目) | | |
| 参加者 | 様 | | |
| スタッフ | 担当歯科衛生士 | | 人 |
| | ケアマネジャー (氏名 |) | 人 |
| | その他() | | 人 |
| 実施内容 | | | |
| 委託事業者 記載欄 評価 | 改善 | | 特記事項(評価理由・アドバイス等) |
| | 維持 | 改善傾向 | |
| | | 悪化傾向 | |
| | 悪化 (※初回は空欄) | | |
| 記入者所属 | | 記入者名 | 記入日 |

※ 事業終了後毎回記録し、1か月分まとめて翌月10日までに高齢者すこやか支援課に提出してください。

短期集中型訪問サービス事業

栄養士

歯科衛生士

利用料無料！

によるサービス

栄養士・歯科衛生士が自宅へ訪問し、自立に向けた相談支援を行います！！

欠食すること
がある・・・

最近よくむせる、口の
乾燥が気になる・・・

いつまでも
美味しく食事
したい！

栄養状態や口腔状態が悪いと、運動をしてもなかなか筋力がつかず、体力が低下して「要介護状態」に近づいてしまうかもしれません。



対象者：事業対象者または要支援1・要支援2の方（65歳以上）

内容

専門職によるプログラム

◎管理栄養士、歯科衛生士が自宅へ訪問し、相談を受けます。

◎1回あたり1時間程度

◎管理栄養士：3回まで

◎歯科衛生士：2回まで

サービス内容（例）

- 食事量や食事内容の改善
 - ・カロリーや栄養バランスのアドバイス
 - ・カロリーアップのための工夫
 - ・お惣菜の選び方の工夫
- 調理の工夫
 - ・簡単にできる調理や味付けの工夫
- お口の体操や唾液腺マッサージ、飲みこみの働きを良くするための助言

まずは、お住まいの地区を担当する

●●地域包括支援センターへご相談ください。

電話番号：095-●●●●-●●●●

