

桑名市 総合事業

「お口いきいき訪問」

利用について

おいいきいき訪問ご案内チラシ

【表】


桑名市総合事業 訪問サービス

おいいきいき訪問のご案内

おいいきいき訪問とは？

歯科衛生士などの専門職が、お口の機能を向上させるためにお宅へお伺いし、お手伝いする事業です。

こんな症状はありませんか？



➢ 固い物が食べにくい。
➢ お茶や汁物でむせる。
➢ 口が渇きやすい。

これらの症状が続くと美味しく食事ができず、栄養を十分に取れなくなります。専門職による指導で改善しましょう！

訪問での内容

- ◆ 口腔清掃についてのアドバイス
- ◆ 飲み込みの力を向上させる口腔体操
- ◆ 唾液の分泌を促すマッサージ
- ◆ 呼吸や発声についてのアドバイス 等

訪問スケジュール ※ 3か月の間に月に1回、計3回訪問させていただきます。

1回目	2回目	3回目
・お口の中や飲み込み状態を確認。 ・問題を改善するためのプラン作成など。	・1か月後の状況確認。 ・プランの再確認。	・お口の中や飲み込み状況の最終確認。 ・今後について。
〔自己負担額 600円〕	〔自己負担額 400円〕	〔自己負担額 400円〕

※ 自己負担の料金は、それぞれの訪問時に徴収いたします。

「おいいきいき訪問」により得られる効果

- ◇ お口の中がすっきりする。
- ◇ 噛みしめられるようになる。
- ◇ 口臭が減る。
- ◇ 薄味が分かるようになる。
- ◇ 会話がしやすくなる。
- ◇ 食事が美味しくなる 等

毎日のケアや口腔体操を根気よく続けていただくと、お口の状況が良い方向に向かいます。様々なアドバイスをさせていただく中で、状況によっては医療機関をおすすめする場合もあります。

【裏】

「おいいきいき訪問」ご利用時に注意いただきたいこと

- 歯みがきや義歯のお手入れをご説明する際に、洗面台など水場をお借りすることがあります。
- 訪問する当日は、お伺いする前に確認のお電話をさせていただきます。
- 当日、もしくはお約束した日程や時間の変更をご希望される場合は、担当の介護支援専門員(ケアマネジャー)にお電話ください。
- 「おいいきいき訪問」を途中でキャンセルされる場合は、担当の介護支援専門員(ケアマネジャー)に必ずお伝えください。

【問い合わせ先】

各包括支援センターもしくは事業所名などを記入できます。

お口いきいき訪問の活用について

医療機関受診勧奨

- 義歯が合わず使用していない。
- 痛みや違和感がある。
- 残っている歯がぐらついている。 等



お口いきいき訪問

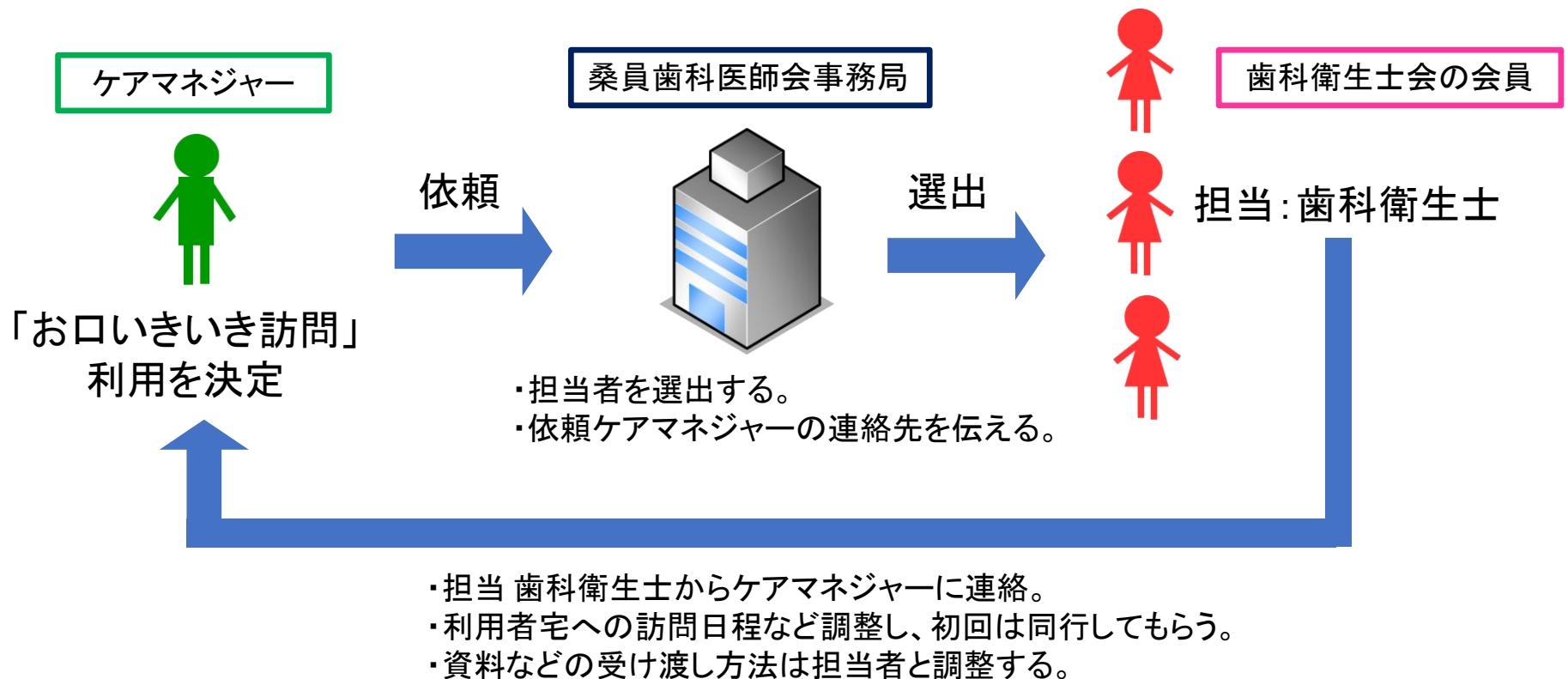
基本チェックリスト該当者で、ケアマネジメントを行った際に口腔機能向上サービスが必要と思われる方。

【お茶や汁物でむせる・口の渇きが気になる・固いものが食べにくい】

- 残っている歯が多い。部分義歯を使用している。両方の清掃指導が必要な方。 無歯顎でも口腔清掃や機能向上が必要と思われる方。
- 細かな口腔清掃（歯間ブラシ等）の指導が必要と思われる方。
- 利用者だけでなく、家族に理解してもらう必要がある方。 等

お口いきいき訪問の活用について

訪問開始までの流れ

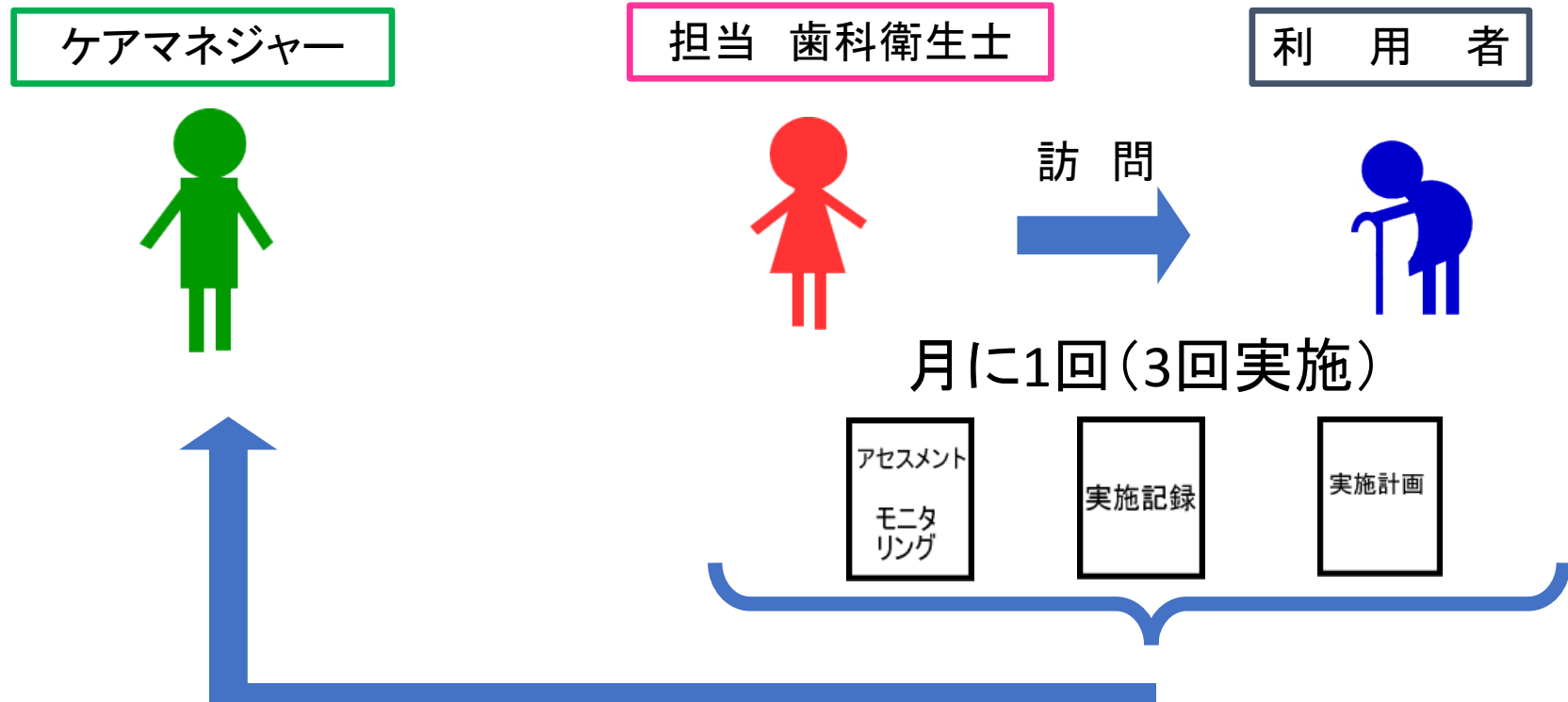


受付窓口：桑員歯科医師会事務局 TEL 22-3517 FAX 22-9380

※ 平日 10時から14時まで

おいいきいき訪問の活用について

訪問終了後の流れ



- ・3回の訪問終了後に実施したアセスメント・実施記録などを担当ケアマネジャーに渡す。
- ・3回の実施期間中も必要に応じて担当者同士の情報交換を行う。

口腔機能向上サービスの記録

アセスメント・モニタリング・評価

別紙 1

ふりがな		性別		病名等	
氏名					
要介護度		要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
□ 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日	生 誕	日 月 年	□ 事業利用者	
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	上 …… <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯	下 …… <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯	かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
サービスの説明と同意の記録	開始時	平成 年 月 日	同意者	本人 ・ 家族 ・ その他 ()	担当者名

1. 関連職種等による質問と観察

(事前: 平成 年 月 日 事後: 平成 年 月 日)

質問項目・観察項目等	評価項目			事前	事後
質問	① 固いものは食べにくいですか	1 いいえ	2 はい		
	② お茶や汁物でむせることがありますか	1 いいえ	2 はい		
	③ 口が渇きやすいですか	1 いいえ	2 はい		
	④ 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	1 両方できる	2 片方だけできる		
	⑤ 全体的にみて、過去1か月のあなたの健康状態はいかがですか	1 最高によい	2 とても良い	3 良い	
	⑥ お口の健康状態はいかがですか	1 よい	2 やや良い	3 ふつう	
観察	⑦ 口臭	1 ない	2 弱い	3 強い	
	⑧ 自発的な口腔清掃習慣	1 ある	2 多少ある	3 ない	
	⑨ むせ	1 ない	2 多少ある	3 ある	
	⑩ 食事時の食べこぼし	1 ない	2 多少ある	3 多い	
	⑪ 表情の豊富さ	1 豊富	2 やや豊富	3 ふつう	

特記事項等 ※1

※1 対象者・利用者の状況により質問項目・観察項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を必ず記入する。

2. 専門職による課題把握のためのアセスメント、モニタリング

(事前、モニタ、事後でそれぞれ記入)

事前	平成 年 月 日	リモニタ	平成 年 月 日	事後	平成 年 月 日
記入者		記入者		記入者	
言語聴覚士	<input type="checkbox"/>	歯科衛生士	<input type="checkbox"/>	言語聴覚士	<input type="checkbox"/>
看護師	<input type="checkbox"/>	看護師	<input type="checkbox"/>	歯科衛生士	<input type="checkbox"/>

観察・評価等	評価項目			事前	※2モニタ	事後
① 右側の咬筋の緊張の触診(咬合力)	1 強い	2 弱い	3 無し			
② 左側の咬筋の緊張の触診(咬合力)	1 強い	2 弱い	3 無し			
③ 歯や義歯のよごれ	1 ない	2 ある	3 多い			
④ 舌のよごれ	1 ない	2 ある	3 多い			
⑤ RSSTの積算時間 (専門職の判断により必要に応じて実施)	1回目()秒			1 ()	1 ()	1 ()
	2回目()秒			2 ()	2 ()	2 ()
	3回目()秒			3 ()	3 ()	3 ()
⑥ オーラルディアドコキネシス (専門職の判断により必要に応じて実施)	バ()回/秒			バ()	バ()	バ()
	タ()回/秒			タ()	タ()	タ()
	カ()回/秒			カ()	カ()	カ()
⑦ フクブクがよい(空ブクブクでも可)	1 できる	2 やや不十分	3 不十分			

特記事項等 ※1

※1 対象者・利用者の状況により質問項目・観察項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を必ず記入する。

※2 モニタリングは、利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する。

3. 総合評価

① 口腔機能向上サービスの利用前後の比較であてはまるものをチェック

<input type="checkbox"/> 食事がよりおいしくなった	<input type="checkbox"/> 薄味がわかるようになった	<input type="checkbox"/> かめるものが増えた
<input type="checkbox"/> むせが減った	<input type="checkbox"/> 口の渇きが減った	<input type="checkbox"/> 噛みしめられるようになった
<input type="checkbox"/> 食事時間が短くなった	<input type="checkbox"/> 食べこぼしが減った	<input type="checkbox"/> 薬が飲みやすくなった
<input type="checkbox"/> 口の中に食べ物が残らなくなった	<input type="checkbox"/> 話しやすくなった	<input type="checkbox"/> 口臭が減った
<input type="checkbox"/> 会話が増えた	<input type="checkbox"/> 起きている時間が増えた	<input type="checkbox"/> 元気になった
<input type="checkbox"/> その他 ()		

開始時のご希望・目標は達成出来ましたか。

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
------------------------------	-----------------------------

② 事業またはサービスを継続しないことによる口腔機能の著しい低下のおそれ

<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
-----------------------------	-----------------------------

③ 事業またはサービスの継続の必要性

<input type="checkbox"/> あり(継続)	<input type="checkbox"/> なし(終了)
---------------------------------	---------------------------------

④ 計画変更の必要性

<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
-----------------------------	-----------------------------

継続の説明と同意の記録

平成 年 月 日 同意者: 本人 ・ 家族 ・ その他 () 担当者名:

質問項目・観察項目等	評価項目			
質問	① 固いものは食べにくいですか	1 いいえ	2 はい	
	② お茶や汁物でむせることがありますか	1 いいえ	2 はい	
	③ 口が渇きやすいですか	1 いいえ	2 はい	
	④ 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	1 両方できる	2 片方だけできる	
	⑤ 全体的にみて、過去1か月のあなたの健康状態はいかがですか	1 最高によい	2 とても良い	3 良い
	⑥ お口の健康状態はいかがですか	4 あまり良くない	5 良くない	6 ぜんぜん良くない
観察	⑦ 口臭	1 よい	2 やや良い	3 ふつう
	⑧ 自発的な口腔清掃習慣	4 やや悪い	5 悪い	
	⑨ むせ	1 ない	2 弱い	3 強い
	⑩ 食事時の食べこぼし	1 ある	2 多少ある	3 ない
	⑪ 表情の豊富さ	1 ない	2 多少ある	3 ある

観察・評価等	評価項目			事前	※2モニタ	事後
① 右側の咬筋の緊張の触診(咬合力)	1 強い	2 弱い	3 無し			
② 左側の咬筋の緊張の触診(咬合力)	1 強い	2 弱い	3 無し			
③ 歯や義歯のよごれ	1 ない	2 ある	3 多い			
④ 舌のよごれ	1 ない	2 ある	3 多い			
⑤ RSSTの積算時間 (専門職の判断により必要に応じて実施)	1回目()秒			1 ()	1 ()	1 ()
	2回目()秒			2 ()	2 ()	2 ()
	3回目()秒			3 ()	3 ()	3 ()
⑥ オーラルディアドコキネシス (専門職の判断により必要に応じて実施)	バ()回/秒			バ()	バ()	バ()
	タ()回/秒			タ()	タ()	タ()
	カ()回/秒			カ()	カ()	カ()
⑦ フクブクがよい(空ブクブクでも可)	1 できる	2 やや不十分	3 不十分			

⑧ 特記事項等 ※1

⑨ 問題点

<input type="checkbox"/> かむ	<input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> 口のかわき	<input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> 歯みがき	<input type="checkbox"/> 食べこぼし
<input type="checkbox"/> むせ	<input type="checkbox"/> 会話	<input type="checkbox"/> その他()			

口腔機能向上サービスの指導管理計画・実施記録

別紙 2

ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 明	年 月 日生 (歳)
氏名	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 昭	

1. 口腔機能向上指導管理計画

① () さんのご希望・目標 ② 作成者氏名

③

④ 備考

◎ 実施計画 (実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」にチェックし、記入する)

⑤ 専門職 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の指導	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施 <input type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ
⑥ 関連職種 実施項目	<input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 発音・発声 <input type="checkbox"/> 呼吸	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の支援 <input type="checkbox"/> 実施確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助
⑦ 家庭での 実施項目	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 介護者 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の支援 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> その他

① () さんのご希望・目標	② 作成者氏名
③	
④ 備考	

◎ 実施計画 (実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」にチェックし、記入する)

⑤ 専門職 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の指導	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施 <input type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ
⑥ 関連職種 実施項目	<input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 発音・発声 <input type="checkbox"/> 呼吸	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の支援 <input type="checkbox"/> 実施確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助
⑦ 家庭での 実施項目	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 介護者 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の支援 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> その他

2. 口腔機能の向上実施記録

① 専門職の実施 (実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

実施日	H . . .	H . . .	H . . .	H . . .	H . . .
担当者名					
口腔機能向上に関する情報提供					
口腔体操・嚥下体操					
口腔清掃の指導					
口腔清掃の実施					
唾液腺マッサージ(指導)					
咀嚼機能に関する訓練(指導)					
嚥下機能に関する訓練(指導)					
発音・発声に関する訓練(指導)					
呼吸に関する訓練(指導)					
食事姿勢や食環境についての指導					
特記事項(注意すべき点、利用者の変化等)					

② 関連職種の実施 (実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

関連職種	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の支援	<input type="checkbox"/> 実施確認	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/>
実施項目	<input type="checkbox"/> その他 ()				
特記事項(注意すべき点、利用者の変化等)					

実施日	H . . .	H . . .	H . . .	H . . .	H . . .
担当者名					
口腔機能向上に関する情報提供					
口腔体操・嚥下体操					
口腔清掃の指導					
口腔清掃の実施					
唾液腺マッサージ(指導)					
咀嚼機能に関する訓練(指導)					
嚥下機能に関する訓練(指導)					
発音・発声に関する訓練(指導)					
呼吸に関する訓練(指導)					
食事姿勢や食環境についての指導					