

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（施設系）

| | | | |
|-------------|----------|----------|----------------------|
| 氏名： _____ 殿 | | | 入所（院）日： _____ 年 月 日 |
| | | | 初回作成日： _____ 年 月 日 |
| 作成者： _____ | リハ _____ | 栄養 _____ | 口腔 _____ |
| | | | 作成（変更）日： _____ 年 月 日 |
| 利用者及び家族の意向 | | | 説明日 _____ 年 月 日 |
| | | | 説明者 _____ |

| | リハビリテーション・個別機能訓練 | 栄養、経口移行 ^{*1} ・維持 ^{*2} | 口腔 |
|------------------|--|---|---|
| 解決すべき課題 (ニーズ) | | 低栄養状態のリスク (□低 □中 □高) | <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (□ 歯の汚れ、□ 義歯の汚れ、□ 舌苔、□ 口臭) <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態 (□ 食べこぼし、□ 舌の動きが悪い、□ むせ、□ 痰がらみ、□ 口腔乾燥) <input type="checkbox"/> 歯の本数 () 本 <input type="checkbox"/> 歯の問題 (□ う蝕、□ 歯の破折、□ 修復物脱離、□ その他 ()) <input type="checkbox"/> 義歯の問題 (□ 不適合、□ 破損、□ その他 ()) <input type="checkbox"/> 歯周病 □ 口腔粘膜疾患 (潰瘍等) |
| 長期目標・期間 | (心身機能) (活動) (参加) | | <input type="checkbox"/> 歯科疾患 (□ 予防、□ 重症化予防) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 (□ 自立、□ 介護者の口腔清掃の技術向上、□ 専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 (□ 維持、□ 改善) <input type="checkbox"/> 食形態 (□ 維持、□ 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (□ 維持、□ 改善) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 短期目標・期間 | (心身機能) (活動) (参加) | | <input type="checkbox"/> 口腔の清掃 □ 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 □ 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 具体的なケア内容 | 担当職種： _____、期間： _____、 頻度：週 _____ 回、時間： _____ 分/回 | 担当職種： _____、期間： _____、頻度：週 _____ 回 | <input type="checkbox"/> 口腔の清掃 □ 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 □ 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 月4回程度 □ 月2回程度 □ 月1回程度 □ <input type="checkbox"/> その他 () |

| | |
|-------|--|
| 算定加算等 | <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント (介護老人保健施設) □ 個別機能訓練加算 |
| | <input type="checkbox"/> 理学療法 □ 作業療法 □ 言語聴覚療法 □ 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算 (介護医療院) |
| | <input type="checkbox"/> 栄養マネジメント強化加算 □ 経口移行加算 ^{*1} □ 経口維持加算 ^{*2} (□ I □ II) □ 療養食加算 |
| | <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算 (I) □ 口腔衛生管理加算 (II) |

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（通所系）

| | | | |
|-------------|----------|----------|----------------------|
| 氏名： _____ 殿 | | | サービス開始日： _____ 年 月 日 |
| | | | 初回作成日： _____ 年 月 日 |
| 作成者： _____ | リハ _____ | 栄養 _____ | 作成（変更）日： _____ 年 月 日 |
| 利用者及び家族の意向 | | | 説明日 _____ 年 月 日 |
| | | | 説明者 |

| | リハビリテーション・個別機能訓練 | 栄養 | 口腔 |
|--------------|--|--|--|
| 解決すべき課題（ニーズ） | | 低栄養状態のリスク（ <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高） | <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態（ <input type="checkbox"/> 口臭、 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 舌苔） <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態（ <input type="checkbox"/> 食べこぼし、 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い、 <input type="checkbox"/> むせ、 <input type="checkbox"/> 痰がらみ、 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥） <input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 【記入者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 長期目標・期間 | （心身機能） （活動） （参加） | | <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ _____ ）） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ _____ ）） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ _____ ）） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ _____ ）） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 【計画立案者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 短期目標・期間 | （心身機能） （活動） （参加） | | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 【計画立案者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 具体的なケア内容 | 担当職種： _____、期間： _____、 頻度：週 _____回、時間： _____分/回 | 担当職種： _____、期間： _____、頻度：週 _____回 | <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 【サービス提供者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |

| | |
|------|---|
| 算定加算 | <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算（A）イ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ |
| | <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算（B）イ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ |
| | <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算（I） <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算（II） |
| | <input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算 <input type="checkbox"/> 栄養改善加算 |
| | <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算（I） <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算（II） |

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（施設系）

記載例①

| | | | |
|------------|---|----------|--------|
| 氏名： | ○○ ○○ 殿 | 入所（院）日： | X年4月1日 |
| | | 初回作成日： | X年4月7日 |
| 作成者： | リハ ○○ ○○ (PT) 栄養 ○○ ○○ (RD) 口腔 ○○ ○○ (DH) | 作成（変更）日： | 年 月 日 |
| 利用者及び家族の意向 | （ご本人）形のあるものを食べたい。歩きたい。 （ご家族）一緒に外食ができると良い。 | 説明日 | X年4月8日 |
| | | 説明者 | ○○ ○○ |

| | リハビリテーション・個別機能訓練 | 栄養、経口移行*1・維持*2 | 口腔 |
|------------------|--|---|---|
| 解決すべき課題 (ニーズ) | ・腰椎圧迫骨折とパーキンソン病に伴う四肢筋力低下と不随意運動に伴う基本動作と歩行能力低下 ・円背に伴う座位姿勢(ポジショニング)不良 ・嚥下障害と咳嗽力低下 ・食形態の改善 | 低栄養状態のリスク (□低 ■中 □高) ・食事に30分以上の時間がかかり疲労感あり ・摂食嚥下機能障害を有し、ペースト食（嚥下調整食コード：2-2）を提供 ・食事摂取量が主食70%程度、主菜30%程度（エネルギー、たんぱく質不足） | ■口腔衛生状態 (■歯の汚れ、■義歯の汚れ、■舌苔、■口臭) ■口腔機能の状態 (■食べこぼし、■舌の動きが悪い、■むせ、■痰がらみ、■口腔乾燥) □歯の本数 (0) 本 □歯の問題 (□う蝕、□歯の破折、□修復物脱離、□その他 ()) ■義歯の問題 (■不適合、□破損、□その他 ()) □歯周病 □口腔粘膜疾患 (潰瘍等) |
| 長期目標・期間 | (心身機能) ・筋力、バランス、耐久性、嚥下機能の改善(活動) ・歩行器を用いて歩行が見守りで可能 ・食形態の改善 (嚥下調整食コード:2-2→4) (参加) ・家族と近くのレストランで食事ができる | ・自宅に戻ったときに、家族と食事を楽しむことができる ・必要栄養量 (エネルギー 1400kcal/日、たんぱく質 60g/日) を確保し、体力が維持できる ・ソフト食 (嚥下調整食コード：4) を食べることができる <div style="text-align: right;">【6か月】</div> | □歯科疾患 (□予防、■重症化予防) ■口腔衛生 (□自立、■介護者の口腔清掃の技術向上、■専門職の定期的な口腔清掃等) ■摂食・嚥下機能 (□維持、■改善) ■食形態 (□維持、■改善) ■栄養状態 (□維持、■改善) ■誤嚥性肺炎の予防 ■その他 (短期的には訪問診療における義歯修理、歯科医師による口腔機能管理、訪問歯科衛生指導等と合わせて実施) |
| 短期目標・期間 | (心身機能) ・筋力、バランス、耐久性、嚥下機能の改善(活動) ・立ち上がりが修正自立で可能 ・介助下で平行棒内歩行が5往復可能 ・座位姿勢改善、3時間以上の座位保持可能(参加) ・家族と短時間外出ができる | ・姿勢を維持し、30分以内に食事を終えることができる ・食事摂取量を80%以上にする ・ムース食 (嚥下調整食コード：3) を食べることができる <div style="text-align: right;">【3か月】</div> | ■口腔の清掃 ■口腔の清掃に関する指導 ■義歯の清掃 ■義歯の清掃に関する指導 ■摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ■誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ■その他 (義歯修理、ミールラウンドへの参加) □月4回程度 □月2回程度 □月1回程度 ■その他 (訪問診療による義歯修理、訪問歯科衛生指導) |
| 具体的なケア内容 | ・筋力増強訓練 (呼吸筋含む)、バランス訓練 ・嚥下機能の評価・訓練、発声訓練、口腔体操 ・起き上がり、歩行訓練 (負荷量は栄養摂取量に応じて調整) ・車椅子と歩行補助具の選定と調整 担当職種：理学療法士、言語聴覚士 期間：X年4月～ 頻度：週3回、時間：40分/回 | ・嚥下機能訓練や義歯の調整状況等に合わせ、食形態を調整する ・ご本人様の嗜好に合わせて、昼食に温泉卵などたんぱく質を補う一品を提供する ・自力摂取が進むよう、座位の調整や声かけを行う 担当職種：管理栄養士、介護職員等 期間：X年4月～、頻度：毎日 | ■口腔の清掃 ■口腔の清掃に関する指導 ■義歯の清掃 ■義歯の清掃に関する指導 ■摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ■誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ■その他 (義歯修理、ミールラウンドへの参加) □月4回程度 □月2回程度 □月1回程度 ■その他 (訪問診療による義歯修理、訪問歯科衛生指導) |

| | |
|-------|--|
| 算定加算等 | ■リハビリテーションマネジメント (介護老人保健施設) □個別機能訓練加算 ■理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算 (介護医療院) |
| | ■栄養マネジメント強化加算 □経口移行加算*1 ■経口維持加算*2 (■I ■II) □療養食加算 □口腔衛生管理加算 (I) ■口腔衛生管理加算 (II) |

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（施設系） 記載例②

| | | | |
|------------|--|---------------|---------------|
| 氏名： | ○○ ○○ 殿 | 入所（院）日： | X年7月10日 |
| | | 初回作成日： | X年7月17日 |
| 作成者： | リハ ○○ ○○ (PT) | 栄養 ○○ ○○ (RD) | 口腔 ○○ ○○ (DH) |
| | | 作成（変更）日： | 年 月 日 |
| 利用者及び家族の意向 | （ご本人）口から食べたい。 （ご家族）少しでもいいから食事がとれるようになってほしい。 | 説明日 | X年7月18日 |
| | | 説明者 | ○○ ○○ |

| | リハビリテーション・個別機能訓練 | 栄養、経口移行*1・維持*2 | 口腔 |
|------------------|---|---|---|
| 解決すべき課題 (ニーズ) | <ul style="list-style-type: none"> ・脳梗塞に伴う重度片麻痺、嚥下障害、認知機能低下 ・座位耐久性の低下 ・嚥下障害（胃瘻による経腸栄養） ・誤嚥性肺炎の既往 ・褥瘡あり（仙骨部発赤） | 低栄養状態のリスク（ <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高） <ul style="list-style-type: none"> ・BMI17.6で褥瘡（仙骨部発赤）もあり、低栄養状態 ・下痢あり ・経腸栄養（濃厚流動食 1日3回）で、半年以上の経口摂取なし | <ul style="list-style-type: none"> ■ 口腔衛生状態（<input checked="" type="checkbox"/> 歯の汚れ、<input type="checkbox"/> 義歯の汚れ、<input checked="" type="checkbox"/> 舌苔、<input checked="" type="checkbox"/> 口臭） ■ 口腔機能の状態（<input type="checkbox"/> 食べこぼし、<input checked="" type="checkbox"/> 舌の動きが悪い、<input checked="" type="checkbox"/> むせ、<input checked="" type="checkbox"/> 痰がらみ、<input checked="" type="checkbox"/> 口腔乾燥） ■ 歯の本数（10）本 ■ 歯の問題（<input checked="" type="checkbox"/> う蝕、<input type="checkbox"/> 歯の破折、<input type="checkbox"/> 修復物脱離、<input type="checkbox"/> その他（ ）） ■ 義歯の問題（<input type="checkbox"/> 不適合、<input type="checkbox"/> 破損、<input checked="" type="checkbox"/> その他（不使用）） ■ 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等） |
| 長期目標・期間 | （心身機能） <ul style="list-style-type: none"> ・嚥下機能の改善、座位耐久性の向上（活動） ・お楽しみ程度の経口摂取が可能 ・褥瘡の改善（参加） ・好きなもの（プリン）を家族と食べることが出来る | <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡を改善し、低栄養状態の中リスク（経腸栄養法のみ該当）を維持する ・週1回程度、ゼリーやプリン（嚥下調整食コード：1j）を口から食べることができる <p style="text-align: right;">【6か月】</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 歯科疾患（<input type="checkbox"/> 予防、<input checked="" type="checkbox"/> 重症化予防） ■ 口腔衛生（<input type="checkbox"/> 自立、<input checked="" type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上、<input checked="" type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等） ■ 摂食・嚥下機能（<input type="checkbox"/> 維持、<input checked="" type="checkbox"/> 改善） ■ 食形態（<input type="checkbox"/> 維持、<input checked="" type="checkbox"/> 改善） ■ 栄養状態（<input type="checkbox"/> 維持、<input checked="" type="checkbox"/> 改善） ■ 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（短期的には訪問診療におけるう蝕・歯周病治療、訪問歯科衛生指導等とあわせて実施） |
| 短期目標・期間 | （心身機能） <ul style="list-style-type: none"> ・嚥下機能の改善、座位耐久性の向上（活動） ・車椅子座位保持が1時間可能 ・発声能力の向上（参加） ・家族と施設の屋外に車椅子で外出する | <ul style="list-style-type: none"> ・下痢を改善し、体重を3kg増やす ・ゼリー（嚥下訓練食品：0j）を口から食べることができる <p style="text-align: right;">【3か月】</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ 口腔の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 ■ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ■ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ■ その他（経口移行計画にかかる会議等への参加） <p> <input type="checkbox"/>月4回程度 <input checked="" type="checkbox"/>月2回程度 <input type="checkbox"/>月1回程度 <input checked="" type="checkbox"/> その他（訪問診療によるう蝕・歯周病治療、訪問歯科衛生指導） </p> |
| 具体的なケア内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・筋力増強訓練（呼吸筋含む） ・基本動作（座位保持・移乗）訓練 ・車椅子のポジショニング ・発声・嚥下訓練 担当職種：理学療法士・言語聴覚士、 期間：X年7月～ 頻度：週3回、時間：40分/回 | <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリの量と質にあわせ、栄養量を段階的に見直す ・褥瘡を改善できるよう創部にあわせた栄養量の調節を行う ・胃瘻栄養は、下痢等のトラブルがないよう、滴下速度や栄養剤の選定に注意する 担当職種：管理栄養士 期間：X年7月～、頻度：随時 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 口腔の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 ■ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ■ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ■ その他（経口移行計画にかかる会議等への参加） <p> <input type="checkbox"/>月4回程度 <input checked="" type="checkbox"/>月2回程度 <input type="checkbox"/>月1回程度 <input checked="" type="checkbox"/> その他（訪問診療によるう蝕・歯周病治療、訪問歯科衛生指導） </p> |

| | |
|-------|---|
| 算定加算等 | <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント（介護老人保健施設） <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input checked="" type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算（介護医療院） <input checked="" type="checkbox"/> 栄養マネジメント強化加算 <input checked="" type="checkbox"/> 経口移行加算*1 <input type="checkbox"/> 経口維持加算*2（ <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ） <input type="checkbox"/> 療養食加算 <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算（Ⅰ） <input checked="" type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算（Ⅱ） |
|-------|---|

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（通所系） 記載例

| | | | |
|------------|------------------------------------|---------------|---------------|
| 氏名： | ○○ ○○ 殿 | サービス開始日： | X年 7月 10日 |
| | | 初回作成日： | X年 7月 19日 |
| 作成者： | リハ ○○ ○○ (PT) | 栄養 ○○ ○○ (RD) | 口腔 ○○ ○○ (DH) |
| | | 作成（変更）日： | 年 月 日 |
| 利用者及び家族の意向 | ①落ちた筋力を取り戻したい。（ご本人） | | 説明日 |
| | ②負担なく調理可能な栄養のあるメニューを教えてください。（ご家族） | | X年 7月19日 |
| | ③口腔体操等でいつまでもごはんをおいしく食べたい。（ご本人・ご家族） | | 説明者 |
| | | | ○○ ○○ |

| | リハビリテーション・個別機能訓練 | 栄養 | 口腔 |
|------------------|---|---|--|
| 解決すべき課題 (ニーズ) | <ul style="list-style-type: none"> ・フレイルに伴う下肢筋力低下 ・低栄養（体重減少） ・もともと俳句サークルに所属し再開を希望 | 低栄養状態のリスク（ <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高） <ul style="list-style-type: none"> ・外出の機会が減り、半年で約6kg体重減少（-10.6%/6か月） ・週3回の通所利用日以外は、生活が不規則で欠食も多い ・家では、妻が食事の準備をしているが、夫は偏食で、妻自身も体力が落ちてきているため、毎日の調理が負担 | <ul style="list-style-type: none"> ■口腔衛生状態（<input type="checkbox"/>口臭、<input type="checkbox"/>歯の汚れ、<input checked="" type="checkbox"/>義歯の汚れ、<input type="checkbox"/>舌苔） ■口腔機能の状態（<input type="checkbox"/>食べこぼし、<input type="checkbox"/>舌の動きが悪い <input checked="" type="checkbox"/>むせ、<input checked="" type="checkbox"/>痰がらみ、<input checked="" type="checkbox"/>口腔乾燥） ■歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/>音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/>その他（ ） 【記入者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 長期目標・期間 | (心身機能) <ul style="list-style-type: none"> ・下肢筋力の向上(活動) ・杖を用いて屋外歩行自立 ・活動量の保持(4000歩/日)(参加) ・俳句サークルへ復帰する | <ul style="list-style-type: none"> ・行きたい場所(俳句サークル)に外出できる体力を取り戻す ・体重を6kg増やす <p style="text-align: right;">【6か月】</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■口腔衛生（<input type="checkbox"/>維持、<input checked="" type="checkbox"/>改善（月2回、歯科衛生士による口腔清掃及び口腔清掃指導）） ■摂食・嚥下機能（<input type="checkbox"/>維持、<input checked="" type="checkbox"/>改善（口腔体操を実施、自宅で継続するよう指導）） ■食形態（<input checked="" type="checkbox"/>維持、<input type="checkbox"/>改善（ ）） <input type="checkbox"/>音声・言語機能（<input type="checkbox"/>維持、<input type="checkbox"/>改善（ ）） ■誤嚥性肺炎の予防 ■その他（修復物脱離、進行したう蝕の疑いあり、受診勧奨） 【計画立案者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 短期目標・期間 | (心身機能) <ul style="list-style-type: none"> ・下肢筋力の向上(活動) ・杖を用いて屋外歩行が見守りで可能 ・日中の活動量の向上、自主トレの定着(参加) ・介助者と外出が可能 | <ul style="list-style-type: none"> ・毎日3食おいしく食べて、日中は身体を動かす、規則正しい生活を送る ・妻の負担にも配慮し、簡単に嗜好に合ったバランスのよい食事をとり体重を3kg増やす <p style="text-align: right;">【3か月】</p> | 【計画立案者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 具体的なケア内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・スクワット等の筋力増強訓練（負荷量については栄養摂取量に応じて調整） ・屋内外の歩行訓練（歩行補助具の検討）、応用歩行訓練（階段・段差） ・自宅の環境調整 担当職種：理学療法士、 期間：X年7月～ 頻度：週3回、時間：40分/回 | <ul style="list-style-type: none"> ・居宅を訪問し、妻に献立の助言を行う ・ご本人様に、嗜好に合ったバランスのよい食事やリハビリを効果的に行うための適量について、分かりやすく説明する ・リハビリを行う日は、栄養補助食品（分岐鎖アミノ酸）を追加する 担当職種： 管理栄養士 期間： X年7月～ 、頻度：月2回 | <ul style="list-style-type: none"> ■摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ■口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/>音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/>その他（ ） 【サービス提供者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |

| | |
|------|--|
| 算定加算 | <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算（A）イ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算（B）イ <input checked="" type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算（I） <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算（II） <input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養改善加算 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算（I） <input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能向上加算（II） |
|------|--|

別紙様式 1-3

事業所番号 _____

リハビリテーションアセスメントシート 入所 訪問 通所

計画作成日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名: _____ 姓

性別: 男 女

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 日 (_____ 歳)

要支援 要介護 _____

健康状態・経過

治療経過 (手術がある場合は手術日・術式等):

合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等):

これまでのリハビリテーションの実施状況 (プログラムの実施内容、頻度、量等):

リハビリテーション実施上の留意点

(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

リハビリテーションの見直し・継続理由

リハビリテーションの終了目安

(終了の目安となる時期: _____)

目標設定等支援・管理シート: あり なし

日常生活自立度: 自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: 自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

心身機能・構造

| 項目 | 現在の状況 | 活動への支障 | 特記事項 (改善の見込み含む) |
|--|---|---|-----------------|
| 筋力低下 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 麻痺 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 感覚機能障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 関節可動域制限 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 摂食嚥下障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 失語症・構音障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 見当惑障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 記憶障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 高次脳機能障害 (_____) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 栄養障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 褥瘡 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 疼痛 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 精神行動障害 (BPSD) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| <input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> TUG Test | | | |
| 服薬管理 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | | |
| <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R | | | |
| コミュニケーションの状況 | | | |

活動 (基本動作)

| 項目 | リハビリ開始時点 | | | 現在の状況 | | | 特記事項 (改善の見込み含む) |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | |
| 寝返り | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 起き上がり | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 座位保持 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 立ち上がり | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 立位保持 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

活動 (ADL) (※「している」状況について記載する)

| 項目 | リハビリ開始時点 | | | 現在の状況 | | | 特記事項 (改善の見込み含む) |
|------------|----------|----|---|-------|----|---|-----------------|
| | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 | |
| イスとベッド間の移乗 | 15 | 10 | 0 | 15 | 10 | 0 | |
| 座れるが移れない→5 | 5 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | |
| 整容 | 5 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | |
| トイレ動作 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 | |
| 入浴 | 5 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | |
| 平地歩行 | 15 | 10 | 0 | 15 | 10 | 0 | |
| 車椅子操作が可能→5 | 5 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | |
| 階段昇降 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 | |
| 更衣 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 | |
| 排便コントロール | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 | |
| 排尿コントロール | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 | |
| 合計点 | | | | | | | |

活動 (IADL)

| アセスメント項目 | 開始時 | 現状 | 特記事項 | 評価内容の記載方法 |
|----------|-----|----|------|---|
| 食事の用意 | | | | 0: していない 1: まれにしている 2: 週に1~2回 3: 週に3回以上 |
| 食事の片付け | | | | |
| 洗濯 | | | | |
| 掃除や整頓 | | | | |
| 力仕事 | | | | 0: していない 1: まれにしている |
| 買物 | | | | 2: 週に1回未満 3: 週に1回以上 |
| 外出 | | | | |
| 屋外歩行 | | | | |
| 趣味 | | | | |
| 交通手段の利用 | | | | |
| 旅行 | | | | |
| 庭仕事 | | | | 0: していない 1: 時々 2: 定期的にしている 3: 稀等もしている |
| 家や車の手入れ | | | | 0: していない 1: 電球の取替、ぬじ止めなど 2: ペンキ塗り、模様替え、洗車 3: 家の修理、車の整備 |
| 読書 | | | | 0: 読んでいない、 1: まれに 2: 月1回程度、 3: 月2回程度 |
| 仕事 | | | | 0: していない 1: 週1~9時間 2: 週10~29時間 3: 週30時間以上 |
| 合計点数 | | | | |

活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

| 活動と参加において重要性の高い課題 |
|-----------------------|
| |
| 活動と参加に影響を及ぼす機能障害の課題 |
| |
| 活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因 |
| |

環境因子 (※課題ありの場合 現状と将来の見込みについて記載する)

| 課題 | 状況 |
|---------|---|
| 家族 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (_____) |
| 福祉用具等 | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ その他 (_____) |
| 住環境 | <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅: 居住階 (_____ 階) <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 玄関前の段差 <input type="checkbox"/> 手すり (設置場所: _____) 食卓: <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす トイレ: <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ その他 (_____) |
| 自宅周辺 | |
| 交通機関の利用 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) |
| サービスの利用 | |
| その他 | |

社会参加の状況 (過去実施していたものと現状について記載する)

| 家庭内の役割の内容 |
|---------------------------|
| |
| 余暇活動 (内容および頻度) |
| |
| 社会地域活動 (内容および頻度) |
| |
| リハビリテーション終了後にやりたい社会参加等の取組 |
| |

他事業所の担当者 と共有すべき事項

介護支援専門員 と共有すべき事項

その他、共有すべき事項 (_____)

※下記の☑の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。

【情報提供先】 介護支援専門員 医師 (地域密着型) 通所介護 (_____)

別紙様式 1 - 4

【個別機能訓練アセスメントシート】

| | | | | | |
|--|----|----------------|--|----------------|---------------|
| 作成日：令和 年 月 日 | | 前回作成日：令和 年 月 日 | | 初回作成日：令和 年 月 日 | |
| ふりがな 氏名 | 性別 | 大正 / 昭和 | | 要介護度 | 計画作成者： 職種： |
| | | 年 月 日生（ 歳） | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | | | 認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M | | |

I 利用者の基本情報

| | |
|---------------|-----------------|
| 利用者本人の社会参加の状況 | 利用者の居宅の環境（環境因子） |
|---------------|-----------------|

健康状態・経過

| | | | |
|--------------------------------------|----------------|---------------|---------------|
| 病名 | 発症日・受傷日： 年 月 日 | 直近の入院日： 年 月 日 | 直近の退院日： 年 月 日 |
| 治療経過（手術がある場合は手術日・術式等） | | | |
| 合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等） | | | |
| 機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等） | | | |

| | |
|-----------------------------|------|
| 利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること | 特記事項 |
|-----------------------------|------|

III 個別機能訓練実施後の対応

| | |
|----------------|---------------------|
| 個別機能訓練の実施による変化 | 個別機能訓練実施における課題とその要因 |
|----------------|---------------------|

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはIIIについては記載不要である。

口腔衛生管理加算の実施記録

| | |
|------------------------------|--|
| 氏名（ふりがな） | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男、 <input type="checkbox"/> 女 |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 生まれ 歳 |
| 要介護度・病名等 | |
| かかりつけ歯科医 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 入れ歯の使用 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 食形態等 | <input type="checkbox"/> 経口摂取（ <input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1 j、 <input type="checkbox"/> 0 t、 <input type="checkbox"/> 0 j））、 <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 |
| 誤嚥性肺炎の発症・罹患 | <input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし |
| 同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注） | <input type="checkbox"/> あり（ ）回、 <input type="checkbox"/> なし |

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

※医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日： 令和 年 月 日 （記入者： ）

| | |
|-----------------|--|
| 口腔衛生等の管理 | <input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 介護職員への技術的助言等の内容 | <input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 <input type="checkbox"/> 食事の状態、食形態等の確認 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他（ ） |

2 その他の事項

| |
|--|
| |
|--|

別紙様式 1 - 6

口腔機能向上加算の実施記録

| | |
|-------------|--|
| 氏名（ふりがな） | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生まれ 歳 |
| かかりつけ歯科医 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 入れ歯の使用 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 食形態等 | <input type="checkbox"/> 経口摂取(<input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (<input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j))、 <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 |
| 誤嚥性肺炎の発症・罹患 | <input type="checkbox"/> あり (発症日：令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし |

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 実施記録

| | |
|-------------------|---|
| 実施年月日 | 令和 年 月 日 |
| サービス提供者 | <input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| 音声・言語機能に関する指導 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| その他 () | <input type="checkbox"/> 実施 |

2 その他特記事項

| |
|--|
| |
|--|

興味・関心チェックシート

| 生活行為 | している | してみたい | 興味がある | 生活行為 | している | してみたい | 興味がある |
|---------------------|------|-------|-------|--------------------------------|------|-------|-------|
| 自分でトイレへ行く | | | | 生涯学習・歴史 | | | |
| 一人でお風呂に入る | | | | 読書 | | | |
| 自分で服を着る | | | | 俳句 | | | |
| 自分で食べる | | | | 書道・習字 | | | |
| 歯磨きをする | | | | 絵を描く・絵手紙 | | | |
| 身だしなみを整える | | | | パソコン・ワープロ | | | |
| 好きなときに眠る | | | | 写真 | | | |
| 掃除・整理整頓 | | | | 映画・観劇・演奏会 | | | |
| 料理を作る | | | | お茶・お花 | | | |
| 買い物 | | | | 歌を歌う・カラオケ | | | |
| 家や庭の手入れ・世話 | | | | 音楽を聴く・楽器演奏 | | | |
| 洗濯・洗濯物たたみ | | | | 将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等 | | | |
| 自転車・車の運転 | | | | 体操・運動 | | | |
| 電車・バスでの外出 | | | | 散歩 | | | |
| 孫・子供の世話 | | | | ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ | | | |
| 動物の世話 | | | | ダンス・踊り | | | |
| 友達とおしゃべり・遊ぶ | | | | 野球・相撲等観戦 | | | |
| 家族・親戚との団らん | | | | 競馬・競輪・競艇・パチンコ | | | |
| デート・異性との交流 | | | | 編み物 | | | |
| 居酒屋に行く | | | | 針仕事 | | | |
| ボランティア | | | | 畑仕事 | | | |
| 地域活動 (町内会・老人クラブ) | | | | 賃金を伴う仕事 | | | |
| お参り・宗教活動 | | | | 旅行・温泉 | | | |
| その他 () | | | | その他 () | | | |
| その他 () | | | | その他 () | | | |

事業所番号 _____ リハビリテーション計画書 入院 外来 訪問 通所 入所 計画作成日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 氏名: _____ 様 性別: (男/女) 生年月日: (____)年 (____)月 (____)日 (____)歳 要支援 要介護 _____
 リハビリテーション担当医: _____ 担当: _____ (PT OT ST 看護職員 その他従事者 ()

■本人の希望(したい又はできるようにになりたい生活の希望等) _____

■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等) _____

■健康状態、経過

原因疾病: _____ 発症日・受傷日: _____ 年 月 日 直近の入院日: _____ 年 月 日 直近の退院日: _____ 年 月 日
 治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____

合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等): _____

これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): _____

目標設定等支援・管理シート: あり なし 日常生活自立度: 自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: 自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

| 項目 | 現在の状況 | 活動への支障 | 特記事項(改善の見込み含む) |
|---|-------|--------|----------------|
| 筋力低下 | あり | あり | |
| 麻痺 | あり | あり | |
| 感覚機能障害 | あり | あり | |
| 関節可動域制限 | あり | あり | |
| 摂食嚥下障害 | あり | あり | |
| 失語症・構音障害 | あり | あり | |
| 見当識障害 | あり | あり | |
| 記憶障害 | あり | あり | |
| 高次脳機能障害 () | あり | あり | |
| 栄養障害 | あり | あり | |
| 褥瘡 | あり | あり | |
| 疼痛 | あり | あり | |
| 精神行動障害(BPSD) | あり | あり | |
| <input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> TUG Test | | | |
| 服薬管理 | 自立 | | |
| <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R | | | |
| コミュニケーション の状況 | | | |

■活動(基本動作)

| 項目 | リハビリ開始時点 | 現在の状況 | 特記事項(改善の見込み含む) |
|-------|----------|-------|----------------|
| 寝返り | 自立 | 自立 | |
| 起き上がり | 自立 | 自立 | |
| 座位保持 | 自立 | 自立 | |
| 立ち上がり | 自立 | 自立 | |
| 立位保持 | 自立 | 自立 | |

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

| 項目 | リハビリ開始時点 | 現在の状況 | 特記事項(改善の見込み含む) |
|------------|----------|--------|----------------|
| 食事 | 10(自立) | 10(自立) | |
| イスとベッド間の移乗 | 15(自立) | 15(自立) | |
| 整容 | 5(自立) | 5(自立) | |
| トイレ動作 | 10(自立) | 10(自立) | |
| 入浴 | 5(自立) | 5(自立) | |
| 平地歩行 | 15(自立) | 15(自立) | |
| 階段昇降 | 10(自立) | 10(自立) | |
| 更衣 | 10(自立) | 10(自立) | |
| 排便コントロール | 10(自立) | 10(自立) | |
| 排尿コントロール | 10(自立) | 10(自立) | |
| 合計点 | | | |

■リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月)

(心身機能)

(活動)

(参加)

■リハビリテーションの長期目標

(心身機能)

(活動)

(参加)

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)

■本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む)

■リハビリテーション実施上の留意点
(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■リハビリテーションの見通し・継続理由

■リハビリテーションの終了目安
(終了の目安となる時期: _____ ヶ月後)

利用者・ご家族への説明: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

特記事項: _____

| | | | |
|--|--------------------------|---|--|
| ■環境因子(※課題ありの場合 現状と将来の見込みについて記載する) | | ■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する) | |
| 課題 | | 状況 | |
| 家族 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居() <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ | |
| 福祉用具等 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 調整済 <input type="checkbox"/> 未調整 その他() | |
| 住環境 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅:居住階(階) <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 玄関前の段差 <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所:) 食卓: <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす トイレ: <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ その他() | |
| 自宅周辺 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 調整済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整 | |
| 交通機関の利用 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | |
| サービスの利用 | <input type="checkbox"/> | | |
| その他 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | ■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する) 家庭内の役割の内容 余暇活動(内容および頻度) 社会地域活動(内容および頻度) リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組 | |

| | | | | | |
|------------------|--------------|-----------|-------------|---|--|
| ■活動(IADL) | | | | ■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析 | |
| アセスメント項目 | リハ開始時 | 現状 | 特記事項 | ■活動と参加において重要性の高い課題 | |
| 食事の用意 | | | | 0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上 0:していない 1:まれにしている 2:週に1回未満 3:週に1回以上 | |
| 食事の片付け | | | | | |
| 洗濯 | | | | | |
| 掃除や整理 | | | | | |
| 方仕事 | | | | | |
| 買物 | | | | | |
| 外出 | | | | | |
| 屋外歩行 | | | | | |
| 趣味 | | | | | |
| 交通手段の利用 | | | | | |
| 旅行 | | | | ■活動と参加に影響を及ぼす機能障害の課題 | |
| 庭仕事 | | | | 0:していない 1:時々 2:定期的に行っている 3:植替等もしている 0:していない 1:電球の取替、おじ止めなど 2:ペンキ塗り、模様替え、洗車 3:家の修理、車の整備 | |
| 家や車の手入れ | | | | | |
| 読書 | | | | | |
| 仕事 | | | | ■活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因 | |
| 合計点数 | | | | | |

| ■リハビリテーションサービス | | | | | | |
|--|-------------|--|------|---|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> 訪問・通所頻度() <input type="checkbox"/> 利用時間() <input type="checkbox"/> 送迎なし | | | | | | |
| No. | 目標(解決すべき課題) | 期間 | 担当職種 | 具体的支援内容 (何を目的に(～のために)～をする) | 頻度 | 時間 |
| | | | | | 週 回 | 分/回 |
| | | | | | 週 回 | 分/回 |
| | | | | | 週 回 | 分/回 |
| | | | | | 週 回 | 分/回 |
| | | | | | 週 回 | 分/回 |
| | | | | | 週 回 | 分/回 |
| 適合計時間 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 他事業所の担当者と共有すべき事項 | | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員と共有すべき事項 | | <input type="checkbox"/> その他、共有すべき事項() | | |
| ※下記の 職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。 【情報提供先】 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 地域密着型)通所介護 <input type="checkbox"/> () | | | | | | |

リハビリテーション会議録（訪問・通所リハビリテーション）

利用者氏名 _____ 作成年月日 年 月 日

開催日 年 月 日 開催場所 _____ 開催時間 : ~ : 開催回数 _____

| | 所属(職種) | 氏名 | 所属(職種) | 氏名 | 氏名 |
|-----------------------|--|----|--------|----|----|
| 会議出席者 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| リハビリテーションの支援方針 | | | | | |
| リハビリテーションの内容 | | | | | |
| 各サービス間の提供に当たって共有すべき事項 | | | | | |
| 利用者又は家族構成員不参加理由 | <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> サービス担当者 () <input type="checkbox"/> サービス担当者 () | | | | |
| 次の開催予定と検討事項 | | | | | |

リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票

利用者氏名 殿

作成年月日 年 月 日

| チェック | プロセス | 参加者及び内容 | 備考 |
|--------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> | サービス開始時における情報収集 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | |
| <input type="checkbox"/> | リハビリテーション会議の開催によるリハビリテーション計画書の作成 | <input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問リハ・通所介護・その他) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) | |
| <input type="checkbox"/> | 【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)】 計画作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明 【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)又は(Ⅳ)】 医師によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明 | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見() <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見() | |
| <input type="checkbox"/> | リハビリテーション計画書に基づくリハビリテーションの提供 | <input type="checkbox"/> リハビリテーションプログラムの内容 <input type="checkbox"/> 短期集中(個別リハ) <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅡ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> その他() | |
| <input type="checkbox"/> | リハビリテーション会議の実施と計画の見直し | <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) | |
| <input type="checkbox"/> | 訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に係る従業者に対する日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報伝達 | <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) | <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他() |
| <input type="checkbox"/> | 居宅を訪問して行う介護の工夫に関する指導・助言の実施 | <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) | |
| <input type="checkbox"/> | サービスを終了する1月前以内のリハビリテーション会議の開催 | <input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問リハ・通所介護・その他) <input type="checkbox"/> (日付: . . .) | |
| <input type="checkbox"/> | 終了時の情報提供 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他() | |

※CM:介護支援専門員 CW:指定訪問介護のサービス責任者

生活行為向上リハビリテーション実施計画

利用者氏名 _____ 殿

| | | | |
|------------|-------|------------------------|--------------------------|
| 本人の生活行為の目標 | | | |
| 家族の目標 | | | |
| 実施期間 | | 通所訓練期(. . . ~ . . .) | 社会適応訓練期(. . . ~ . . .) |
| | | 【通所頻度】 _____ 回/週 | 【通所頻度】 _____ 回/週 |
| 活動 | プログラム | | |
| | 自己訓練 | | |
| 心身機能 | プログラム | | |
| | 自己訓練 | | |
| 参加 | プログラム | | |
| | 自己訓練 | | |

【支援内容の評価】

別紙様式 2 - 6

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

| | | | |
|--|------------------|--------|------------------|
| 患者氏名 | | | |
| 患者住所 | | 性別 男・女 | |
| 電話番号 | | | |
| 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業 | | | |
| 傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) | | 紹介目的 | |
| 既往歴及び家族歴 | | | |
| 症状経過、検査結果及び治療経過 | | | |
| 現在の処方 | | | |
| 要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日) | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M | | | |
| 日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○) | | | |
| 移動 | 自立 見守り 一部介助 全面介助 | 食事 | 自立 見守り 一部介助 全面介助 |
| 排泄 | 自立 見守り 一部介助 全面介助 | 入浴 | 自立 見守り 一部介助 全面介助 |
| 着替 | 自立 見守り 一部介助 全面介助 | 整容 | 自立 見守り 一部介助 全面介助 |
| 本人及び家族の要望 | | | |
| 現状の問題点・課題(今後予想されるリスク) | | | |
| 備考 | | | |

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

記入例：通所リハビリテーション→在宅

紹介先医療機関等： ○○○○

担当医 ○○ 科 ○○ ○○ 殿

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称 ○○○○

電話番号 ○○-○○○-○○○

医師氏名 ○○ ○○

| | |
|--|--|
| 患者氏名 ○○ ○○ | 性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 |
| 患者住所 ○○○○○○○○○○ | |
| 電話番号 ○○-○○○-○○○ | |
| 生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日(75 歳) 職業 専職(元専業主婦) | |

| | |
|---|--------------------------------|
| 傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) #1 変形性膝関節症(右側) 55歳～ #2 生活不活発病(療用症候群) ①膝痛のため(70歳～) ②感冒による臥床(平成18年2月) (今回のリハビリテーション実施の主な要因) | 紹介目的 通所リハビリテーション終了にあたってのご報告 |
|---|--------------------------------|

既往歴及び家族歴
平成18年2月、感冒による臥床のために生活不活発病が急激に増悪した。生活不活発病の改善を主目的として平成18年4月より週2回通所リハビリテーションを開始した。

症状経過、検査結果及び治療経過
平成18年4月膝関節痛を生じにくい家事の方法を指導し、更に屋外歩行の範囲の拡大を図った。杖を使うことで外出が自立可能となり、平日の家事が自立したため、リハビリテーションを終了した。
今後、日常生活の中での活動性向上を指導すれば更なる改善が見込まれる。

現在の処方
○○○○○

要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
(有効期限:○年○月○日～○年○月○日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○) | | | | | | | | | |
| 移動 | <input checked="" type="radio"/> 自立 | <input type="radio"/> 見守り | <input type="radio"/> 一部介助 | <input type="radio"/> 全面介助 | 食事 | <input checked="" type="radio"/> 自立 | <input type="radio"/> 見守り | <input type="radio"/> 一部介助 | <input type="radio"/> 全面介助 |
| 排泄 | <input checked="" type="radio"/> 自立 | <input type="radio"/> 見守り | <input type="radio"/> 一部介助 | <input type="radio"/> 全面介助 | 入浴 | <input checked="" type="radio"/> 自立 | <input type="radio"/> 見守り | <input type="radio"/> 一部介助 | <input type="radio"/> 全面介助 |
| 着替 | <input checked="" type="radio"/> 自立 | <input type="radio"/> 見守り | <input type="radio"/> 一部介助 | <input type="radio"/> 全面介助 | 整容 | <input checked="" type="radio"/> 自立 | <input type="radio"/> 見守り | <input type="radio"/> 一部介助 | <input type="radio"/> 全面介助 |

本人及び家族の要望
本人：元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。
家族：平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。(嫁が平日はパートに出るため)

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)
膝関節痛が増悪した時に再び活動性が低下すること。

備考
本人は当機関でリハビリテーションを開始するまでは杖に頼ってはいけなそうと思込込でいた。(但し、本人は杖を使用して外出する方が良いと十分な納得されてない様子あり。)

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

記入例：施設→在宅

紹介先医療機関等： ○○○○

担当医 ○○ 科 ○○ ○○ 殿

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称 ○○○○

電話番号 ○○-○○-○○○

医師氏名 ○○ ○○

| | |
|---|---|
| 患者氏名 ○○ ○○ | 性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女 |
| 患者住所 ○○○○○○○○○○ | |
| 電話番号 ○○-○○-○○○ | |
| 生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日(80 歳) 職業 意職(元会社員) | |

| | |
|---|-------------------------------|
| 傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) #1 脳出血(右被殻出血)(平成17年12月○日) #2 右片麻痺 #3 右顔面麻痺 | 紹介目的 退所にあたってのご報告及び継続治療のご依頼 |
|---|-------------------------------|

既往歴及び家族歴
70歳ごろより近医にて高血圧症を指摘されるがその後通院せず放置していた。平成17年12月に脳出血を発症し、右片麻痺を呈し、○○病院に入院、治療となった。その後、症状が安定したため、平成18年1月に急性期のリハビリテーション目的で○○リハビリテーション病院に転院し、平成18年4月当施設に入所した。
既往歴：高血圧、他特記無し
家族歴：父 高血圧

症状経過、検査結果及び治療経過
入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖と短下肢装具を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自主し、その後、自宅の近くの坂道を上れる程度となった。試行的退所の際に、自宅内での身の回り行為(ADL)は自主を確認した。趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになった。

現在の処方
○○○○○

要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
(有効期限：○年○月○日～○年○月○日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

| 日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○) | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 移動 | <input checked="" type="radio"/> 自立 | <input type="radio"/> 見守り | <input type="radio"/> 一部介助 | <input type="radio"/> 全面介助 | 食事 | <input checked="" type="radio"/> 自立 | <input type="radio"/> 見守り | <input type="radio"/> 一部介助 | <input type="radio"/> 全面介助 |
| 排泄 | <input checked="" type="radio"/> 自立 | <input type="radio"/> 見守り | <input type="radio"/> 一部介助 | <input type="radio"/> 全面介助 | 入浴 | <input checked="" type="radio"/> 自立 | <input type="radio"/> 見守り | <input type="radio"/> 一部介助 | <input type="radio"/> 全面介助 |
| 着替 | <input checked="" type="radio"/> 自立 | <input type="radio"/> 見守り | <input type="radio"/> 一部介助 | <input type="radio"/> 全面介助 | 整容 | <input checked="" type="radio"/> 自立 | <input type="radio"/> 見守り | <input type="radio"/> 一部介助 | <input type="radio"/> 全面介助 |

本人及び家族の要望
本人：今後も身の回りのことは一人でやっていきたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。
家族：日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)
まだ体力の回復が不十分であるため、退所すぐは長時間外出したり長い距離を歩くことを避けるようお願いしたい。

備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

| | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター | 訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設 | 通所リハビリテーション事業所 医療機関 |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|



(依頼先機関)

| | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター | 訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設 | 通所リハビリテーション事業所 医療機関 |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|

依頼先機関等名

担当者

殿

| | | | | | | | | |
|------|--|---------|---|---|---|-------|----|-----|
| 氏名 | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | (歳) | 職業 | |
| 住所 | | | | | | | 性別 | 男・女 |
| 電話番号 | | | | | | | | |
| 認定情報 | 要介護状態等区分: 要支援(1・2) 経過的要介護 要介護 (1・2・3・4・5) (有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) | | | | | | | |

| | |
|-------------------------|------|
| 傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) | 紹介目的 |
|-------------------------|------|

| |
|-----------------|
| 目標とする生活(本人及び家族) |
|-----------------|

| |
|----------------------------------|
| 生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項) |
| 援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化 |

| |
|--------------------------------|
| 現状の問題点・課題 |
| リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること |
| 備考 |

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

| | |
|-----|----------|
| 依頼日 | 令和 年 月 日 |
| 事業所 | |
| 担当者 | |
| 電話 | |
| FAX | |

記入例：通所リハビリテーション→在宅

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所
地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関

(依頼先機関)

居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所
地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関

依頼先機関等名

〇〇〇〇〇

担当者 〇〇 〇〇 殿

| | | | | | | | | |
|------|---|------|---------|----|----|----|-------|-----------|
| 氏名 | 〇〇 〇〇 | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 〇年 | 〇月 | 〇日 | (75歳) | 職業(元専業主婦) |
| 住所 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | | | | | | 性別 | 男・女 |
| 電話番号 | 〇〇-〇〇〇-〇〇〇 | | | | | | | |
| 認定情報 | 要介護状態等区分：要支援(1・2) 経過的要介護 要介護(1・2・3・4・5) (有効期間：〇年〇月〇日～〇年〇月〇日) | | | | | | | |

| | |
|--|----------------------------------|
| 傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) | 紹介目的 |
| 変形性膝関節症(右膝で強い、20年前から) +生活不活発病 ①膝痛のため5年位前から ②2ヶ月前の風邪による臥床(今回のリハビリテーション実施の主な原因) | 通所リハビリテーション終了にあたってのご報告及び継続支援のご依頼 |

目標とする生活(本人及び家族)

本人：元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。
家族：できれば平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

生まれ健康でしたが、65歳時から高血圧指摘され、68歳時降圧剤(〇〇〇)を服用開始しています。
20年前から膝痛あり、膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、生活不活発病が徐々に出現していました。
15年前から息子家族と同居していますが、日中の夫婦分の家事は本人が行っていました。但し、風邪の後からの家事は嫁のみが行っていて、役割が移っています。本人は家事を行うことが家の中での自分位置づけとして重視しています。
俳句は10年前からはじめましたが、これによるお友達も多いことも含め生きがいがいになっています。

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化

風邪による安静のために生活不活発病が急激に進行し、その改善を主目的としてそれに対し平成17年より週2回通所リハビリテーションを開始しました。
生活の不活発化のポイントとして、膝痛を起こしにくい家事のやり方の指導と屋外歩行の範囲の拡大などを図りました。杖を使うことで外出が自主し、平日の家事が自主したのでリハビリテーションは終了しました。
更に活動性は向上できると思われれます。日常生活の中でできることを増やしていくように支援いただければ幸いです。
ただ、シルバーカーや杖を使うことをまだ納得していない様子もあります。

現状の問題点・課題

膝痛の悪化した時に再び活動性が低下すること。

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

買い物などの外出や友人との交流等の社会参加の機会を促進してください。今後更に生活範囲が拡大するように、地域における様々な資源の紹介もよろしくお願ひします。
日中の家事の支援が再び本人に戻るよう援助ください。

備考

- 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
- サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

| | |
|-----|-------------|
| 依頼日 | 令和 〇年 〇月 〇日 |
| 事業所 | 〇〇〇〇〇 |
| 担当者 | 〇〇 〇〇 |
| 電話 | 〇〇-〇〇〇-〇〇〇 |
| FAX | 〇〇-〇〇〇-〇〇〇 |

記入例：入所→在宅

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所
地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関



(依頼先機関)

居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所
地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関

依頼先機関等名

〇〇〇〇〇

担当者 〇〇 〇〇

殿

| | | | | | | | | | |
|------|---|------|---------|----|----|----|-------|-------|----------|
| 氏名 | 〇〇 〇〇 | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 〇年 | 〇月 | 〇日 | (80歳) | 職業 | 無職(元会社員) |
| 住所 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | | | | | | 性別 | (男)・女 | |
| 電話番号 | 〇〇-〇〇〇-〇〇〇 | | | | | | | | |
| 認定情報 | 要介護状態等区分：要支援(1・2) 経過的要介護 要介護(1・2・3・4・5) (有効期間：〇年〇月〇日～〇年〇月〇日) | | | | | | | | |

| | |
|-------------------------|-----------------------|
| 傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) | 紹介目的 |
| 脳出血 右片麻痺、右顔面麻痺 | 退所にあたってのご報告及び継続支援のご依頼 |

| |
|--|
| 目標とする生活(本人及び家族) |
| 本人：今後も身の回りのことは一人でやっていきたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。 家族：日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。 |

| |
|---------------------------------|
| 生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項) |
| ※利用者基本情報(フェイスシート)を参照 |

| |
|--|
| 援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化 |
| 入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自立しました。自宅の近くの坂道程度も自立しました。身の回り行為(ADL)は自宅内では自立していることを外泊時に確認しています。 趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになりました。(入所中の自由時間にも行っております。) |

| |
|---------------------------------|
| 現状の問題点・課題 |
| がんばりすぎる傾向があります。まだ疲労し易い様子もみられます。 |

| |
|---|
| リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること |
| ・盆栽や囲碁を片手で行うことは今後も上手になっていきます。 ・一度に長い時間歩いたりせずに、時々休みながら行うことをすすめてください。 ・町内会参加や外出などで生き生きとした生活となるようすすめてください。 ・積極的な方なので社交範囲が広がる新しい地域活動もあればご紹介ください。 |

| |
|----|
| 備考 |
|----|

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

| | |
|-----|-------------|
| 依頼日 | 令和 〇年 〇月 〇日 |
| 事業所 | 〇〇〇〇〇 |
| 担当者 | 〇〇 〇〇 |
| 電話 | 〇〇-〇〇〇-〇〇〇 |
| FAX | 〇〇-〇〇〇-〇〇〇 |

＜リハビリテーションマネジメント＞
アセスメント上の留意点

＜実施計画書1＞

| 分類 | リハビリテーション実施計画書項目 | 留意点 |
|---------------------------------|------------------------|---|
| 健康状態 | 健康状態 (原因疾患、発症・受傷日等) | 特に生活機能低下の原因となった傷病を特定してください |
| | | 疾病管理の方針(投薬内容を含む)を把握してください |
| | | 症状のコントロール状態について把握してください |
| | 合併疾患・コントロール状態 | リスク管理上留意すべき合併疾患はありますか |
| | | 生活機能に影響する合併疾患はありますか |
| | | 治療や使用薬剤が生活機能に及ぼす影響(副作用等)について把握してください |
| | | 低栄養あるいは肥満や栄養の偏りの有無について把握してください |
| | | 合併疾患等についての本人・家族の理解を把握してください |
| | 生活不活発病(廃用症候群) | 生活不活発病の発生原因を特定してください |
| | | 現在の生活の活発さの程度を把握してください |
| | | 生活不活発病改善への方針を把握してください |
| | | 生活不活発病及びその原因についての本人・家族の理解を把握してください |
| 心身機能 | 運動機能障害 | 麻痺(中枢性、末梢性)、筋力低下、不随意運動の有無について把握してください |
| | 感覚機能障害 | 聴覚機能、視覚機能等の障害の程度を把握してください |
| | 高次脳機能障害 | 失行・失認、失語の有無を把握してください |
| | | 記憶と認知の障害の有無を把握してください 高次脳機能障害の日常生活・社会活動への影響を把握してください |
| | 拘縮 | 部位と運動制限の程度を把握してください |
| | 関節痛 | 部位と程度を把握してください |
| | | 痛みのコントロールの程度も把握してください |
| | その他 | 情動症状、うつ状態、循環・呼吸・消化機能障害、音声・発話機能の障害、排尿機能の障害・性機能の障害、褥瘡の有無を確認してください |
| | | これらの障害が日常生活・社会活動制限の原因になっていないか確認してください |
| | 認知症に関する評価 | 中核症状の重症度を把握してください |
| 周辺症状の有無を把握してください | | |
| 経過を必ず確認してください(診断時期, 受けてきた治療を含む) | | |
| | トイレへの移動 | 個室への移動、ドアの開閉が可能かどうか確認してください |
| | 階段昇降 | 階段の傾斜や手すりの使用状況等にも注目してアセスメントしてください |

| | | |
|-----------|---|--|
| 日常生活・社会活動 | 屋内移動 | 自宅と自宅以外の屋内(通所施設内、病院内、等)の違いにも注目して移動能力をアセスメントしてください |
| | 屋外移動 | 場所や床面の状況による違いにも注目してアセスメントしてください |
| | 食事 | 食品の形態によって食事動作に差が出るか、箸やフォークの使用状況、瓶や缶あけが可能であるかについて把握してください |
| | 排泄(昼)(夜) | トイレの様式による違いや立ち上がり動作や衣服の着脱についても注目してアセスメントしてください |
| | 整容 | 洗面、整髪、歯、ひげ、つめの手入れができるかどうかを把握してください。それらを行う姿勢が座位か、立位姿勢かについても留意してください |
| | 更衣 | 衣服と履物の種類に着目して、着脱の実行状況を把握してください |
| | | 適切な衣服の選択かについても把握してください |
| | 入浴 | 浴室での移動、浴槽への出入りが可能かどうか、体を洗えるかどうかについて把握してください |
| | コミュニケーション | 周囲の人と意思の疎通が可能であるかどうか、困難である場合、とくに表出が困難か、理解が困難かについて把握してください コミュニケーションの相手やその手段(手話、非手話)にも注目して把握してください |
| | 家事 | ゴミ捨て、植物の水やり等についても把握してください |
| 外出 | 公共交通機関の利用、自動車の運転、自転車の運転が可能であるかどうか、把握してください | |
| 起居動作 | 寝返り 起き上り 座位 立ち上り 立位 | それぞれの動作の実施環境による違いを把握してください |
| 摂食・嚥下 | 口腔機能の状態を把握し、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導の必要性を判断してください | |

<実施計画書2>

| リハビリテーション 実施計画書項目 | 留意点 |
|----------------------|--|
| ご本人の希望 | 希望する背景や理由、その心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください |
| ご家族の希望 | 利用者にどうなってほしいと家族が思っているのかを把握してください その希望の根拠や心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください |

リハビリテーション実施計画書 (1)

別紙様式 2-9

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 日 (歳) 要介護度:

| | | |
|---|--|--|
| 健康状態(原因疾患, 発症・受傷日等) | 合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 呼吸器疾患, 糖尿病等) | 心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: <input type="checkbox"/> 感覚機能障害: <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮(部位): <input type="checkbox"/> 関節痛(部位): <input type="checkbox"/> その他: 認知症に関する評価 |
| 生活不活発病(廃用症候群) 発生原因が分かる場合はその内容 | | |
| 参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。) | | |
| 入院・入所中の場合の退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定 | | |
| 家庭内役割(家事への参加, 等): | | |
| 社会活動: | | |
| 外出(内容・頻度等): | | |
| 余暇活動(内容・頻度等): | | |
| 退院後利用資源: | | |

| 自立・介護 状況 項目 | 現在の評価及び目標 | | | | | | 具体的なアプローチ | | | | | |
|-------------------|-------------|-------------|------------------|-------------|-------------|--------------------------------|------------------|----------|------------------|-------------------------------|----------------------------|---------|
| | 自 立 | 見 守 り | 一 部 介 助 | 全 介 助 | 行 わ ず | 使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など | 介護内容 つたい・もたれ等 | 到達 時期 | 重 点 項 目 | PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等 | 看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等 | 実施上の留意点 |
| 日常生活・ 社会活動 | | | | | | | | | | | | |
| | トイレへの 移動 | | | | | | | | | | | |
| | 階段昇降 | | | | | | | | | | | |
| | 屋内移動 | | | | | | | | | | | |
| | 屋外移動 | | | | | | | | | | | |
| | 食事 | | | | | | | | | | | |
| | 排泄(昼) | | | | | | | | | | | |
| | 排泄(夜) | | | | | | | | | | | |
| | 整容 | | | | | | | | | | | |
| | 更衣 | | | | | | | | | | | |
| 入浴 | | | | | | | | | | | | |
| コミュニケー ション | | | | | | | | | | | | |
| 家事 | | | | | | | | | | | | |
| 外出 | | | | | | | | | | | | |

| 自立・介護 状況 項目 | 現在の評価及び目標 | | | | | | 具体的なアプローチ | | | | | |
|-------------------|-----------|-------------|------------------|-------------|-------------|--------------------------------|------------------|----------|------------------|-------------------------------|----------------------------|---------|
| | 自 立 | 見 守 り | 一 部 介 助 | 全 介 助 | 行 わ ず | 使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など | 介護内容 つたい・もたれ等 | 到達 時期 | 重 点 項 目 | PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等 | 看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等 | 実施上の留意点 |
| 起居動作 | 寝返り | | | | | | | | | | | |
| | 起きあがり | | | | | | | | | | | |
| | 座位 | | | | | | | | | | | |
| | 立ち上がり | | | | | | | | | | | |
| | 立位 | | | | | | | | | | | |
| 摂食・嚥下 | | | | | | | | | | | | |

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: A 目標 B 実行状況 C 能力

リハビリテーション実施計画書（2）

| |
|----------------|
| ご本人の希望（ 年 月 日） |
| ご家族の希望（ 年 月 日） |

| | |
|----------------|--------------------------------------|
| 生活目標 | その人らしく生活するためのポイント |
| | ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみへの支援に向けての取り組み |
| リハビリテーションプログラム | |

| |
|----------------|
| ご本人に行ってもらいたいこと |
| ご家族にお願いしたいこと |
| 病気との関係で気をつけること |

| |
|-------------------------|
| 前回計画書作成時からの改善・変化等（ 月 日） |
|-------------------------|

| |
|----|
| 備考 |
|----|

| | |
|-------|---|
| 担当チーム | 担当医： _____ |
| | ●PT・OT・ST： _____（ ） _____（ ） _____（ ） _____（ ） _____ |
| | ●看護・介護： _____（ ） _____（ ） _____（ ） _____（ ） _____ |
| | ● _____（ ） _____（ ） _____（ ） _____（ ） _____ （ ）内は職種を記入 |

ご本人・ご家族への説明と同意： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人 _____ ； ご家族 _____ ； 説明者 _____ ；

注：本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

リハビリテーション実施計画書 (1)

記入例：通所リハビリテーション

計画評価実施日 令和 3 年 4 月 1 日

利用者氏名: ○○ ○○ 様 性別: 男 (女) 生年月日 ○年 ○月 ○日 (75歳) 要介護度: 要介護1

| | | |
|---|---|---|
| 健康状態(原因疾患、発症・受傷日等) #1 変形性膝関節症 (右足趾、20年前から) #2 生活不活発症 ① 膝関節痛のため (70歳～) ② 感冒による臥床 (平成18年2月～) | 合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等) 生活不活発病(廃用症候群) 発生原因が分かる場合はその内容 (1) 膝痛のため家事制限や屋外歩行量低下 (70歳～) (2) 感冒による臥床 (平成18年2月～) | 心身機能 <input checked="" type="checkbox"/> 運動機能障害: 下腿を中心とした筋力低下あり <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 なし <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: なし <input type="checkbox"/> 拘縮(部位): 右膝関節: 伸屈-5° <input type="checkbox"/> 関節痛(部位): 両膝 <input type="checkbox"/> その他 認知症に関する評価 |
| 参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。) 入院・入所中の場合の退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定 家庭内役割(家事への参加、等): 家事 社会活動: 老人クラブ(週1回)への参加 外出(内容・頻度等): 買い物(週2回)に行くこと、友人宅訪問 余暇活動(内容・頻度等): 俳句の会(月2回)への参加 退院後利用資源: 市の保健教室への参加 | | |

| 自立・介護状況 | 現在の評価及び目標 | | | | | 具体的なアプローチ | | | | | | | |
|-----------|-----------|----|-----|------|-----|-----------|--------------------------------|--------------------|----------|---|---|--|---|
| | 項目 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 行わず | 使用用具 杖・器具・歩 行器・車椅子 など | 介護内容 つたいもたれ等 | 到達 時期 | 重点 項目 | PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等 | 看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等 | 実施上の留意点 |
| 日常生活・社会活動 | トイレへの移動 | A | B | C | | | B: 夜はつたい歩き | | | PT<週2回個別訓練> ・屋外歩行能力の評価 ・屋内歩行訓練 (屋内・屋外での歩行補助器具を選定する。) | ・日中短時間は何度も動く機会を増やす。 ・声かけ、励ましを行う。 | 自宅周辺は坂道多い。様々な屋外環境での実用的な歩行訓練を行う。 ・膝への負担の少ない方法を指導する。 (どのような動作で止じ易いかに留意する。) | |
| | 階段昇降 | A | C | | | B | | | | | | | |
| | 屋内移動 | A | B | C | | | B: 時々つたい歩き | | 5月上旬 | ○ | ・訓練室でのバランスボードを用いた立位バランス訓練 ・膝関節保護のための膝装具の検討 | | |
| | 屋外移動 | A | C | B | | | A、C: T杖 B: 腕組み(2ヶ月前から) | | 5月上旬 | ○ | | | |
| | 食事 | A | B | C | | | | | | | | | |
| | 排泄(昼) | A | B | C | | | | | | | | | |
| | 排泄(夜) | A | B | C | | | | | | | | | |
| | 整容 | A | B | C | | | | | | | | | |
| | 更衣 | A | C | | B | | | B: くつ下のみ | | | | | |
| | 入浴 | A | C | B | | | | C: 低い歩き 入浴用椅子使用 | | | ○ | OT<週2回個別訓練> ・実際の入浴時に動作訓練の実施 (徐々に介護職へ移行) | ・自宅での入浴時の自立にむけた支援を行う。 (特に浴槽まどぎ、濡れたタイル上の歩行) |
| コミュニケーション | A | B | C | | | | | | | | | | |
| 家事 | A | C | | B | | | | 5月中旬 | ○ | OT<週2回個別訓練> ・台所にて調理訓練 (徐々に家事の内容を増やしていく。) | ・昼食やお茶時に家庭的な行為を実施してもらい、それを支援する。 | | |
| 外出 | A | C | | B | | | B: 通所以外は外出なし | | | | | | |

| 自立・介護状況 | 現在の評価及び目標 | | | | | 具体的なアプローチ | | | | | | | |
|---------|-----------|----|-----|------|-----|-----------|--------------------------------|-----------------|----------|----------|-----------------------------|----------------------------|---------|
| | 項目 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 行わず | 使用用具 杖・器具・歩 行器・車椅子 など | 介護内容 つたいもたれ等 | 到達 時期 | 重点 項目 | PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等 | 看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等 | 実施上の留意点 |
| 起居動作 | 寝返り | A | B | C | | | | | | | 特になし。 | 特になし。 | 特になし。 |
| | 起きあがり | A | B | C | | | | | | | | | |
| | 座位 | A | B | C | | | | | | | | | |
| | 立ち上がり | A | B | C | | | | | | | | | |
| | 立位 | A | B | C | | | | | | | | | |
| 摂食・嚥下 | | | | | | | | | | | | | |

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: A 目標 B 実行状況 C 能力

リハビリテーション実施計画書（2）

| |
|--|
| <p>ご本人の希望（○年○月○日） 一人て外出し（特に買い物）、俳句の会にもまた通いたい。 家事ができるようになりたい。</p> |
| <p>ご家族の希望（○年○月○日） 家事ができるくらいに元気になって欲しい。</p> |

| | |
|----------------|---|
| 生活目標 | <p>その人らしく生活するためのポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中の家事を行う（膝の痛みが少なくなる方法を工夫） ・友人宅訪問や俳句の会などの趣味を楽しみ、体操教室などで活動的な生活を送る。 |
| リハビリテーションプログラム | <p>ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみへの支援に向けての取り組み</p> <p>今回、歩くことや家事が難しくなったのは、風邪で2週間ほとんど寝ていたためです。以前の状態に戻るために、生活を落着かせていくことが重要です。膝に負担のかからないような家事などのやり方を工夫してお教えしていきます。どのようなことをやりたいか希望をお伝えください。</p> <p>・自宅生活を送る上で膝に負担の少ない方法を理学療法士、作業療法士がお教えしますので、実際に自宅で行ってください。（特に家事は細かく説明していきます。）</p> <p>・外出の範囲を拓げるために、当初は杖を使用した屋外移動、買い物等の訓練を行います。</p> <p>外出や、平日の家事が自分でできるようになったらリハビリテーションは終了の予定です。その後は日常生活の中でご自分でできることを増やしていきましょう。</p> <p>到達の目標としては、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5月上旬を目途に屋内、屋外の歩行が自立して行えることを目指します。 ・また、5月中旬を目途に家事もご自分でできることを目指します。 |

| |
|--|
| <p>ご本人に行ってもらうこと</p> <p>膝の痛みを生じないような動作のやり方を、ご自身でも工夫しながらいろいろなことをやってみてください。（工夫したことは担当者に教えてください）</p> |
| <p>ご家族にお願いしたいこと</p> <p>初めての場所で杖で歩行する時は、転倒の危険もありますので十分を見守りをしてください。段差や方向転換の際の動作のやり方についてもご家族に説明します。</p> |
| <p>病気との関係で気をつけること</p> <p>どのような動作をすると痛みが強くなるか注意してください。痛みがある場合は担当者にお知らせください。痛みを少なくしつつ、上手にできる方法を一緒に工夫します。</p> <p>最初は一度に長い時間無理して歩かないようにしてください。（時々休みながら行うようにしましょう。）</p> |

| |
|---|
| <p>前回計画書作成時からの改善・変化等（月 日）</p> <p>これまでリハビリテーションは行なわれておらず、上手な動作方法の習得がなされていませんでした。そこで今回のリハビリテーションで、痛みの少ない家事の方法や身の回りのことのやり方を習得することで、上手にできるようになっていこうと思われまます。</p> |
|---|

| |
|---|
| <p>備考</p> <p>これから生活の範囲が広がっていくと、難しいことがでてくるかもしれませんが、できないと思わずに相談してください。できれば、その行為を行う場所の写真を持参してください。</p> |
|---|

| | |
|-------|--|
| 担当チーム | <p>担当医: ○○ ○○</p> <p>●PT・OT・ST: ○○（理学療法士）、○○（理学療法士）、○○（作業療法士）、（ ）</p> <p>●看護・介護: ○○（看護師）、○○（介護職員）、（ ）、（ ）</p> <p>●（ ）、（ ）、（ ）、（ ）</p> <p style="text-align: right;">（ ）内は職種を記入</p> |
|-------|--|

ご本人・ご家族への説明と同意: ○年○月○日
 ご本人 : ○○ ○○ ご家族 : ○○ ○○ 説明者 : ○○ ○○

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

リハビリテーション実施計画書 (1)

記入例：入所

計画評価実施日 令和 3年 4月 1日

利用者氏名：〇〇 〇〇 性別：(男)・女 生年月日 〇年 〇月 〇日(80 歳) 要介護度：要介護 3

| | | |
|---|--|--|
| 健康状態(原因疾患、発症・受傷日等) #1 脳出血(左視床出血) (平成17年12月〇日) #2 右片麻痺 #3 運動性失語 | 合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等) 高血圧(コントロール不良) 生活不活発病(廃用症候群) 発生原因が分かる場合はその内容 | 心身機能 □運動機能障害: 右片麻痺 (ステージ:右大腿Ⅲ、右手指Ⅲ、下腿Ⅲ) (グレード:右大腿3、右手指3、下腿6) □感覚機能障害: 右膝深部感覚低下 □高次脳機能障害: 運動性失語(軽度) □拘縮(部位): 足関節:屈曲-5°、右膝関節:屈曲-10°、 右股関節:伸展-5 □関節痛(部位): □その他: 認知症に関する評価 |
|---|--|--|

参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。)

入院・入所中の場合の退院先 自宅 その他: 退院未定

家庭内役割(家事への参加、等 孫の相手)

社会活動: 町内会(元会長)への参加、同窓会への出席(年1回)

外出(内容・頻度等): 通院(隔週)

余暇活動(内容・頻度等): 基会所への参加(自宅、近所の友人 週3-4回)

退院後利用資源: 市の集会所でのサークルへの参加

| 自立・介護状況 | 現在の評価及び目標 | | | | | 具体的なアプローチ | | | | | | | |
|-----------|-----------|----|-----|------|-----|-----------------------------------|--------------------------------|----------|----------|---|---|---|------------------|
| | 項目 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など | 介護内容 つたいもたれ等 | 到達 時期 | 重点 項目 | PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等 | 看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等 | 実施上の留意点 | |
| 日常生活・社会活動 | トイレへの移動 | A | B | C | | B: 車いす A、C: 短下肢装具、四脚杖 | (歩行は訓練室のみ) | 4月下旬 | ○ | PT<週3回個別訓練> ・訓練室での歩行訓練 ・訓練室での階段昇降訓練 (居室様での歩行訓練にもつなげる。また、介助歩行が可能になるまでは十分に進行。) | 行きは車いす、帰りは介助歩行を行う。 | (短下肢装具完成までは施設備品着衣)・疲労しやすいので、少量頻回に実施す | |
| | 階段昇降 | A | | C | B | A、C: 短下肢装具、てすり B: 車いす | | 6月下旬 | | | | | |
| | 屋内移動 | A | B | C | | A、C: 短下肢装具、四脚杖 | | 4月下旬 | ○ | OT<週2回個別訓練> ・トイレ内での排泄動作訓練(トイレまでは歩行を行う。) | | | |
| | 屋外移動 | A | | C | B | A、C: 短下肢装具、四脚杖 | | 5月下旬 | ◎ | PT<週1回> 中庭歩行から開始し、徐々に屋外道路での歩行へ進める。 | 最初は車いすを利用して中庭まで行っていたり、歩行介助を行う。 | | |
| | 食事 | A | C | B | | A、C: 箸 B: スプーン、フォーク | B: 左手(箸指導不十分) | | | ○ | OT<週2回食卓時> 箸の指導訓練(様々な食材をつまめるよう指導する。) | 箸の使用機会を増やすよう促す。 | 箸をつまめる食材を増やしていく。 |
| | 排泄(昼) | A | B | C | | A、C: 尿一立ち便器/便一洋式 B: 車いす用 | C: 前方もたれ必要 | 4月下旬 | ○ | | | | |
| | 排泄(夜) | A | B | C | | A、C: 尿一立ち便器/便一洋式 B: しびん | | 5月下旬 | | | | | |
| | 整容 | A | B | C | | B: 車いす C: 短下肢装具、四脚杖 | A、C: 立位 B: 座位 | 4月下旬 | ◎ | OT<週2回個別訓練> 立位での着替え、洗面訓練(トイレまでは歩行を行う。) | 食事後の整容を立位保持できるように支援する。(着替) | 前座時膝が折れやすい。洗面台前の最後の定位置に停止する。また、立位姿勢での動作指導を受けていないため不安感がある。 | |
| | 更衣 | A | B | C | | C: 短下肢装具 B: ベッド上座位 C: もたれ立位 | A: 立位 B: ベッド上座位 C: もたれ立位 | 6月上旬 | ○ | OT<週2回個別訓練> 立位姿勢での訓練へ進める。 | 装具装着を優先し、その後更衣を行う。(着) | | |
| | 入浴 | A | | C | B | B: 介護浴槽 C: 家庭浴槽(歩行: 四脚杖) | A: つたい歩き C: 浴槽出入りの介助 | 6月下旬 | ○ | OTまたはPT<週1回入浴時> 家庭浴槽での入浴動作の指導 | PT、OTにより順らかに合ったポイントに留意しながら支援を行う。 | | |
| コミュニケーション | A | C | B | | | | | | | ST<週1回グループ> グループでの会話を促す。 | 積極的な会話を引き出すよう促す。 | 家族間では意思疎通に留意なし。 | |
| 家事 | | | | | | | | | | | | | |
| 外出 | A | | C | B | | | | | | | | | |
| 孫の相手 | A | C | B | | | | | | | | | 孫との会話を通して前向きになっていただく。 | |

| 自立・介護状況 | 現在の評価及び目標 | | | | | 具体的なアプローチ | | | | | | |
|---------|-----------|----|-----|------|-----|--------------------------------|----------------------|----------|----------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| | 項目 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など | 介護内容 つたいもたれ等 | 到達 時期 | 重点 項目 | PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等 | 看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等 | 実施上の留意点 |
| 起居動作 | 寝返り | A | B | C | | | | | | | 特になし。 | 床上動作は、基会所や自宅内を想定して行う。 |
| | 起き上がり | A | B | C | | | | | | | | |
| | 座位 | A | B | C | | | | | | | | |
| | 立ち上がり | A | | B | C | | C: 床よからの一部介助(椅子から自立) | 6月上旬 | | PT<週3回個別訓練> 訓練室の和室にて床よでの動作訓練 | | |
| | 立位 | A | | C | B | | | | | | | |
| 摂食・嚥下 | A | B | C | | | | | | | | | |

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: A 目標 B 実行状況 C 能力

リハビリテーション実施計画書 (2)

| |
|--|
| <p>ご本人の希望 (○ 年 ○ 月 ○ 日) また歩けるようになりたい。身の回りのことは一人でやりたい。 以前のように近所の友人宅や自宅で囲碁をうちたい。</p> |
| <p>ご家族の希望 (○ 年 ○ 月 ○ 日) 日中は一人で自宅生活をして欲しい。(特に一人でトイレに行けるようになって欲しい。)</p> |

| | |
|----------------|--|
| 生活目標 | <p>その人らしく生活するためのポイント 基会所や集会所でのサークル活動や町内会活動等を中心として、外出も活発に行う。 友人宅にも訪問したり、公共交通機関を利用して旅行を楽しむ。 身の回りのことはできるだけ自分で行う。</p> |
| リハビリテーションプログラム | <p>ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み ① 担当者が家族とともに写真や見取り図などで自宅の環境を確認し、自宅生活を想定した日常生活行為の訓練を開始時から行います。 ② 遠所往復に外出できるように、自宅周辺の屋外環境を想定して訓練を行います。 ③ 試行的進所の際に、施設のケアマネジャーがご自宅を訪問し、在宅での介護サービスの利用について検討を行っています。</p> <p>・ まず移動に慣れ、車いすではなく歩行で行えるようになります。 ・ 入所前までの「訓練室でだけ歩行(1字杖歩行)、実生活は車椅子」から、「実生活でも歩行」を目指します。これまでの「字杖から四脚杖と短下肢装具を併用することで安定して歩けること」を目指します。理学療法士・作業療法士も、廊下でトイレや洗面所などでやり方、歩き方を一緒に練習しながら行います。さらに、看護・介護職員もともにそれらを生活の中で定着させます。 ・ 歩行が自主した後は、ご自分で心がけて歩いてください。これによって活動性の向上を図ります。 ・ 身体的にはまず、整容の際に歩いていくことや、立って行うことが自立できるようにし、その後トイレ歩行、屋外歩行へとすすめます。 ・ 自宅内で必要なこと、また外出先で必要な生活上の行為のやり方を丁寧に練習していきます。 ・ 病院内と自宅や外出先では違いますので、退院後の生活でのやり方が上手になることを重視して進めていきます。</p> <p>到達の目標としては、 ・ 4月下旬を目途に、屋内の歩行や日中の排泄、整容が安定して行えることを目指します。 ・ また、5月下旬を目途に、屋外での歩行や夜間の排泄もお一人でできることを目指します。 ・ さらに、6月下旬には、階段昇降や入浴もお一人でできることを目指します。</p> |

| |
|---|
| <p>ご本人に行ってもらうこと ・ 歩く機会を増やすようにしてください。介助されながらであっても歩きたいところに積極的に行くようにしましょう。 ・ 日中はダイルームで囲碁を左手でうったりすることをおすすめします。</p> |
| <p>ご家族にお願いしたいこと ・ 入所直後から退院後の生活の事を考えていきましょう。 ・ 試行的進所を活用して、入所中にもなるべく自宅に帰っていただくようになりますので、その際には、施設でできるようになったことが、自宅でもできるか確認し、難しいことなどがあれば担当者に教えてください。</p> |
| <p>病気との関係で気をつけること</p> |

| |
|---------------------------------|
| <p>前回計画書作成時からの改善・変化等(月 日)</p> |
|---------------------------------|

| |
|---|
| <p>備考 リハビリテーションは実際の生活で行う行為を上手にできるようにしていくものです。何をしたいかについても希望を出してください。</p> |
|---|

| | |
|-------|--|
| 担当チーム | <p>担当医: ○○ ○○ _____ ●PT・OT・ST: ○○ (理学療法士)、○○ (作業療法士)、○○ (言語聴覚士)、 _____ () ●看護・介護: ○○ (看護師)、○○ (介護職員)、 _____ ()、 _____ () ● _____ ○○ (薬剤師)、○○ (支援相談員)、○○ (栄養士)、○○ (介護支援専門員) _____ ()内は職種を記入</p> |
|-------|--|

ご本人・ご家族への説明と同意: ○ 年 ○ 月 ○ 日
 ご本人 : ○○ ○○ ご家族 : ○○ ○○ 説明者 : ○○ ○○

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

興味・関心チェックシート

| 生活行為 | している | してみたい | 興味がある | 生活行為 | している | してみたい | 興味がある |
|---------------------|------|-------|-------|----------------------------|------|-------|-------|
| 自分でトイレへ行く | | | | 生涯学習・歴史 | | | |
| 一人でお風呂に入る | | | | 読書 | | | |
| 自分で服を着る | | | | 俳句 | | | |
| 自分で食べる | | | | 書道・習字 | | | |
| 歯磨きをする | | | | 絵を描く・絵手紙 | | | |
| 身だしなみを整える | | | | パソコン・ワープロ | | | |
| 好きなときに眠る | | | | 写真 | | | |
| 掃除・整理整頓 | | | | 映画・観劇・演奏会 | | | |
| 料理を作る | | | | お茶・お花 | | | |
| 買い物 | | | | 歌を歌う・カラオケ | | | |
| 家や庭の手入れ・世話 | | | | 音楽を聴く・楽器演奏 | | | |
| 洗濯・洗濯物たたみ | | | | 将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等 | | | |
| 自転車・車の運転 | | | | 体操・運動 | | | |
| 電車・バスでの外出 | | | | 散歩 | | | |
| 孫・子供の世話 | | | | ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ | | | |
| 動物の世話 | | | | ダンス・踊り | | | |
| 友達とおしゃべり・遊ぶ | | | | 野球・相撲等観戦 | | | |
| 家族・親戚との団らん | | | | 競馬・競輪・競艇・パチンコ | | | |
| デート・異性との交流 | | | | 編み物 | | | |
| 居酒屋に行く | | | | 針仕事 | | | |
| ボランティア | | | | 畑仕事 | | | |
| 地域活動 (町内会・老人クラブ) | | | | 賃金を伴う仕事 | | | |
| お参り・宗教活動 | | | | 旅行・温泉 | | | |
| その他 () | | | | その他 () | | | |
| その他 () | | | | その他 () | | | |

生活機能チェックシート

| | | | | |
|--------|-------------|-------|-------|-----|
| 利用者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 | 男・女 |
| 評価日 | 令和 年 月 日() | : ~ : | 要介護度 | |
| 評価スタッフ | | 職種 | | |

| | 項目 | レベル | 課題 | 環境 (実施場所・補助具等) | 状況・生活課題 |
|------|----------------|--|-----|-------------------|---------|
| ADL | 食事 | ・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0) | 有・無 | | |
| | 椅子とベッド 間の移乗 | ・自立(15) ・監視下(10) ・座れるが移れない(5) ・全介助(5) | 有・無 | | |
| | 整容 | ・自立(5) ・一部介助(0) ・全介助(0) | 有・無 | | |
| | トイレ動作 | ・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0) | 有・無 | | |
| | 入浴 | ・自立(5) ・一部介助(0) ・全介助(0) | 有・無 | | |
| | 平地歩行 | ・自立(15) ・歩行器等(10) ・車椅子操作が可能(5) ・全介助(0) | 有・無 | | |
| | 階段昇降 | ・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0) | 有・無 | | |
| | 更衣 | ・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0) | 有・無 | | |
| | 排便 コントロール | ・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0) | 有・無 | | |
| | 排尿 コントロール | ・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0) | 有・無 | | |
| IADL | 調理 | ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 | 有・無 | | |
| | 洗濯 | ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 | 有・無 | | |
| | 掃除 | ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 | 有・無 | | |
| | 項目 | レベル | 課題 | 状況・生活課題 | |
| 起居動作 | 寝返り | ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 | 有・無 | | |
| | 起き上がり | ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 | 有・無 | | |
| | 座位 | ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 | 有・無 | | |
| | 立ち上がり | ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 | 有・無 | | |
| | 立位 | ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 | 有・無 | | |

別紙様式 3 - 3

【個別機能訓練計画書】

| | | | | | |
|--|----|-------------------------|--|----------------|--|
| 作成日：令和 年 月 日 | | 前回作成日：令和 年 月 日 | | 初回作成日：令和 年 月 日 | |
| ふりがな 氏名 | 性別 | 大正 / 昭和 年 月 日生 (歳) | 要介護度 | 計画作成者： 職種： | |
| 障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | | | 認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M | | |

I 利用者の基本情報 ※別紙様式 3 - 1・別紙様式 3 - 2 を別途活用すること。

| | |
|---------------|-----------------|
| 利用者本人の希望 | 家族の希望 |
| 利用者本人の社会参加の状況 | 利用者の居宅の環境（環境因子） |

健康状態・経過

| | | | |
|--------------------------------------|----------------|---------------|---------------|
| 病名 | 発症日・受傷日： 年 月 日 | 直近の入院日： 年 月 日 | 直近の退院日： 年 月 日 |
| 治療経過（手術がある場合は手術日・術式等） | | | |
| 合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等） | | | |
| 機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等） | | | |

※①～⑤に加えて、介護支援専門員から、居宅サービス計画上の利用者本人等の意向、総合的な支援方針等について確認すること。

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標

| | | | |
|----------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| 機能訓練の短期目標（今後 3 ヶ月） （機能） | 目標達成度（達成・一部・未達） | 機能訓練の長期目標 （機能） | 目標達成度（達成・一部・未達） |
| （活動） | | （活動） | |
| （参加） | | （参加） | |

※目標設定方法の詳細や生活機能の構成要素の考え方は、通知本体を参照のこと。 ※目標達成の目安となる期間についてもあわせて記載すること。
※短期目標（長期目標を達成するために必要な行為）は、個別機能訓練計画書の訓練実施期間内に達成を目指す項目のみを記載することとして差し支えない。

個別機能訓練項目

| プログラム内容(何を目的に(～のために)～する) | 留意点 | 頻度 | 時間 | 主な実施者 |
|--------------------------|-----|-----|----|-------|
| ① | | 週 回 | 分 | |
| ② | | 週 回 | 分 | |
| ③ | | 週 回 | 分 | |
| ④ | | 週 回 | 分 | |

※短期目標で設定した目標を達成するために必要な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。

プログラム立案者：

| | |
|-----------------------------|------|
| 利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること | 特記事項 |
|-----------------------------|------|

III 個別機能訓練実施後の対応

| | |
|----------------|---------------------|
| 個別機能訓練の実施による変化 | 個別機能訓練実施における課題とその要因 |
|----------------|---------------------|

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはIIIについては記載不要である。

| | |
|---|-----------------------------|
| (地域密着型) 通所介護 ○○○ 事業所No. 00000000 住所○○○ 電話番号○○○ | 説明日： 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 説明者： |
|---|-----------------------------|

【（地域密着型）通所介護計画書】

| | | |
|--|---------------------------|--|
| 作成日： 年 月 日 | 前回作成日： 年 月 日 | 初回作成日： 年 月 日 |
| ふりがな 氏名 | 性別 大正 / 昭和 年 月 日生 歳 | 要介護度 職種： |
| 障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | | 認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M |

I 利用者の基本情報

| | |
|---|---------------------------------|
| 通所介護利用までの経緯(活動歴や病歴) | |
| 利用者本人の希望 | 家族の希望 |
| 利用者本人の社会参加の状況 | |
| 利用者の居宅の環境(利用者の居宅での生活状況をふまえ、特によく使用する場所・使用したいと考えている場所の環境を記入)★ | |
| 健康状態(病名、合併症(心疾患、吸器疾患等)、服薬状況等)★ | ケアの上での医学的リスク(血圧、転倒、嚥下障害等)・留意事項★ |

II サービス利用目標・サービス提供内容の設定

| 利用目標 | | | |
|------|-------------------|-------|----------|
| 長期目標 | 設定日 年 月 達成予定日 年 月 | 目標達成度 | 達成・一部・未達 |
| 短期目標 | 設定日 年 月 達成予定日 年 月 | 目標達成度 | 達成・一部・未達 |

| サービス提供内容(※) | | | | |
|-------------|-----------|-----|-----|---------------------------------|
| ① | 月 日 ~ 月 日 | 評価 | | 迎え(有・無) |
| | | 実施 | 達成 | |
| | | 実施 | 達成 | プログラム(1日の流れ) (予定時間) (サービス内容) |
| | | 一部 | 一部 | |
| | | 未実施 | 未実施 | |
| ② | 月 日 ~ 月 日 | 実施 | 達成 | |
| | | 一部 | 一部 | |
| | | 未実施 | 未実施 | |
| ③ | 月 日 ~ 月 日 | 実施 | 達成 | |
| | | 一部 | 一部 | |
| | | 未実施 | 未実施 | |
| ④ | 月 日 ~ 月 日 | 実施 | 達成 | |
| | | 一部 | 一部 | |
| | | 未実施 | 未実施 | |
| ⑤ | 月 日 ~ 月 日 | 実施 | 達成 | 送り(有・無) |
| | | 一部 | 一部 | |
| | | 未実施 | 未実施 | |

| | |
|------------------------|--|
| 特記事項 | ※サービス提供内容の設定にあたっては、長期目標・短期目標として設定した目標を達成するために必要なプログラムとなるよう、具体的に設定すること。 ※入浴介助加算(II)を算定する場合は、★が記載された欄等において必要な情報を記入すること。 |
| 実施後の変化(総括) 再評価日： 年 月 日 | 利用者・家族に対する本計画の説明者及び同意日 |
| | 説明者 説明・同意日 |
| | 年 月 日 |

【個別機能訓練計画書】（記載例）

| | | |
|--|---------------------------------|--|
| 作成日：令和〇年11月3日 | 前回作成日：令和〇年8月8日 | 初回作成日：令和〇年8月8日 |
| ふりがな 個別太郎 氏名 | 性別 大正 / 昭和 男 △年4月2日生(82歳) | 要介護度 要介護1 職種：理学療法士（機能訓練指導員） |
| 障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2(A1)A2 B1 B2 C1 C2 | | 認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M |

I 利用者の基本情報 ※別紙様式3-1・別紙様式3-2を別途活用すること。

| | |
|---|---|
| 利用者本人の希望 近所（スーパーマーケット）に買い物に行きたい。 | 家族の希望 以前のように元気に過ごしてほしい。家事などがまたできるようになるとよい。 |
| 利用者本人の社会参加の状況 自宅で簡単な調理の手伝い。元々家事や買い物等を積極的にこなっていた。 | 利用者の居宅の環境（環境因子） 娘夫婦との3人暮らし。自宅内では伝い歩き。入浴は介助を要すが、トイレは自立。屋外歩行は見守りが必要。 |

健康状態・経過

| |
|---|
| 病名 アルツハイマー型認知症 発症日・受傷日：〇年1月14日ごろ 直近の入院日：年月日 直近の退院日：年月日 |
| 治療経過（手術がある場合は手術日・術式等） 昨年未から物忘れの症状が出現し、〇年1月にアルツハイマー型認知症と診断された。現在、内服加療中。 最近、外に出る機会が乏しく、家に閉じこもりがちになってきている。 |
| 合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等） 高血圧症（内服加療中） |
| 機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等） 血圧上昇時には運動を控えること。 |

※①～⑤に加えて、介護支援専門員から、居宅サービス計画上の利用者本人等の意向、総合的な支援方針等について確認すること。

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標

| | | | |
|--|-----------------|--|-----------------|
| 機能訓練の短期目標（今後3ヶ月） （機能） 下肢筋力・耐久性の向上 認知機能低下に対する対応（メモ等の代償手段の活用など） （活動） 屋外歩行が見守りで20分程度実施できる （参加） 家族と家の周りの散歩を楽しむ。 | 目標達成度（達成・一部・未達） | 機能訓練の長期目標 （機能） 下肢筋力・耐久性の向上 認知機能低下に対する対応（メモ等の代償手段の活用など） （活動） 屋外歩行が見守りで1時間程度実施できる （参加） スーパーで買い物ができる。自分で買った食材を使って料理が出来る。 | 目標達成度（達成・一部・未達） |
|--|-----------------|--|-----------------|

※目標設定方法の詳細や生活機能の構成要素の考え方は、通知本体を参照のこと。 ※目標達成の目安となる期間についてもあわせて記載すること。

※短期目標（長期目標を達成するために必要な行為）は、個別機能訓練計画書の訓練実施期間内に達成を目指す項目のみを記載することとして差し支えない。

個別機能訓練項目

| プログラム内容(何を目的に(～のために)～する) | 留意点 | 頻度 | 時間 | 主な実施者 |
|--|-----------|-----|-----|--------------------|
| ① 下肢と体幹の筋力増強訓練 (歩行能力向上のため) | 高血圧に留意 | 週2回 | 10分 | 理学療法士 (機能訓練指導員) |
| ② 歩行訓練(屋内、屋外) (近所への買い物ができるようになるため) (歩行補助具もあわせて選定) | 高血圧と転倒に留意 | 週2回 | 10分 | 理学療法士 (機能訓練指導員) |
| ③ 認知機能低下に対する対応訓練 (買い物や調理をメモを見ながら実施できるように) (買い物リストの作成も) | 自尊心に配慮 | 週2回 | 10分 | 理学療法士 (機能訓練指導員) |
| ④ 買い物訓練 (模擬的あるいは実際にスーパーなどへ買い物に行く) | 高血圧と転倒に留意 | 週1回 | 20分 | 理学療法士 (機能訓練指導員) |

※短期目標で設定した目標を達成するために必要な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。

プログラム立案者：〇〇

| | |
|---|------------------------|
| 利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること ・ご家族に認知症の症状と対応方法を伝達するとともに共有（症状や対応方法について） | 特記事項 ・ご本人はもともと活発的な方 |
|---|------------------------|

III 個別機能訓練実施後の対応

| | |
|--|---|
| 個別機能訓練の実施による変化 前回（初回）計画作成時と比べ、屋外で10分程度見守りで歩行できるようになってきています。メモも少し活用可能。 | 個別機能訓練実施における課題とその要因 長時間の歩行はまだ難しいです。メモの活用も少しずつ定着してきているが継続が必要。 |
|--|---|

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはIIIについては記載不要である。

| | |
|---|---------------------------|
| (地域密着型) 通所介護 〇〇〇 事業所No. 00000000 住所〇〇〇 電話番号〇〇〇 | 説明日：令和〇年11月5日 説明者：〇〇〇〇 |
|---|---------------------------|

【（地域密着型）通所介護計画書】（記載例）

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 作成日： 令和〇年11月3日 | 前回作成日： 令和〇年10月3日 | 初回作成日： 令和〇年8月8日 |
| ふりがな 氏名 こべつ たろう 個別 太郎 | 性別 大正 / 昭和 △年4月2日生 82歳 | 要介護度 要介護1 職種：理学療法士（機能訓練指導員） |
| 障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 (A1) A2 B1 B2 C1 C2 | | 認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I (IIa) IIb IIIa IIIb IV M |

I 利用者の基本情報

| | |
|---|--|
| 通所介護利用までの経緯(活動歴や病歴) 昨年末から物忘れの症状が出現し、〇年1月にアルツハイマー型認知症と診断された。最近、外に出る機会が乏しく、家に閉じこもりがちであり、家事を行う回数も少なくなってきた。 | |
| 利用者本人の希望 自宅での生活を続けたい。自宅のお風呂に入れるようになりたい。デイサービスではお風呂に入る練習をしたり、他の利用者と話したい。買い物が好きなので、近所に買い物に行けるようになりたい。 | 家族の希望 本人が希望する限りは、自宅と一緒に暮らし続けたい。以前のように元気で過ごしてほしい。ハリのある生活をするため、家事などがまたできるようになってほしい。 |
| 利用者本人の社会参加の状況 自宅では簡単な調理の手伝いをしている。(元々家事や買い物等を積極的に行っていた。手先が器用で工作や習字、絵を描くことが得意。) 社交的な性格で、顔なじみの近所の人と話をすることを楽しみにしている。 | |
| 利用者の居宅の環境(利用者の居宅での生活状況をふまえ、特によく使用する場所・使用したいと考えている場所の環境を記入)★ ・居宅は2階建ての一軒家。利用者の居室や浴室は1階にあり、2階にあがることはほとんどない。玄関、廊下、居室内には手すりがある。 ・浴室環境は利用者の心身の状況からみて使用上の問題はなし。 (床は段差なし、滑り止め加工あり。浴槽の高さは50センチ。バスボードと入浴用椅子の配置あり。別添写真参照。) | |
| 健康状態(病名、合併症(心疾患、吸器疾患等)、服薬状況等)★ ・アルツハイマー型認知症(ドネペジル5mg/1X朝を内服中) ・高血圧症(アムロジピン5mg/1X朝を内服中) | ケアの上での医学的リスク(血圧、転倒、嚥下障害等)・留意事項★ ・血圧上昇時には運動を控えること。 |

II サービス利用目標・サービス提供内容の設定

| 利用目標 | | | | |
|------|------------|-------------|--|----------------|
| 長期目標 | 設定日 〇年 8月 | 達成予定日 △年 2月 | ・自宅での生活を継続する。 ・近所のスーパーで買い物ができるようになる。 | 目標達成度 達成・一部 未達 |
| 短期目標 | 設定日 〇年 11月 | 達成予定日 △年 2月 | ・他の利用者とのコミュニケーションを図る。 ・スーパーで買い物ができるようになるために心身機能を回復する。 | 目標達成度 達成・一部 未達 |

| サービス提供内容(※) | | | | | |
|-------------|---|------------------|----------------|---|----------------------------------|
| ① | 目的とケアの提供方針・内容 | 実施 | | 評価 効果、満足度など | 迎え(有/無) |
| | | 達成 | 一部 | | |
| ① | 11月 4日 ~ 月 日 入浴(自宅で入浴ができるよう、自宅の浴室環境をふまえ、福祉用具を選定し入浴動作を練習する) | (実施) 達成 一部 | (達成) 一部 未実施 | 脱衣・着衣、洗髪に問題はないが、浴槽をまたぐ動作に不安があり、バスボードを用いて引き続き練習を行う。 | プログラム(1日の流れ) (予定時間) (サービス内容) |
| ② | 11月 4日 ~ 月 日 昼食(自身でメニューを選び、配膳・下膳を行う(食事介助なし)) | (実施) 達成 一部 | (達成) 一部 未実施 | 自身で栄養バランスを考えてメニューを選ぶことや、食事の準備・片付けをすることができる。食後声替けし、服薬もできている。 | 10時00分 サービス開始 |
| ③ | 11月 4日 ~ 月 日 個別機能訓練(個別機能訓練計画書を参照) | 実施 達成 一部 一部 | 未実施 | — | 10時30分 入浴 12時00分 昼食 |
| ④ | 11月 4日 ~ 月 日 レクリエーション(他の利用者との会話を楽しむ。習字や合唱のプログラムに参加する) | (実施) 達成 一部 一部 | (達成) 一部 未実施 | 他の利用者と楽しく会話することができている。習字や合唱のプログラムにも毎回参加している。 | 13時30分 個別機能訓練 15時00分 レクリエーション |
| ⑤ | 月 日 ~ 月 日 | 実施 達成 一部 一部 | 未実施 | — | 16時00分 サービス終了 |
| | | | | | 送り(有/無) |

| | |
|--|--|
| 特記事項 利用者はもともと活発な方であり、機能訓練やレクリエーションに積極的に参加したいと考えている。 | ※サービス提供内容の設定にあたっては、長期目標・短期目標として設定した目標を達成するために必要なプログラムとなるよう、具体的に設定すること。 ※入浴介助加算(II)を算定する場合は、★が記載された欄等において必要な情報を記入すること。 |
| 実施後の変化(総括) 再評価日： 令和〇年 11月 3日 デイサービスに通い始めてから3か月が経過し、デイサービスの環境にも慣れてきている様子。機能訓練やレクリエーションにも積極的に参加しており、効果も現れてきている。自宅で生活し続けられるよう、心身の状態を確認し、事業所内ではできる限り自身の残存能力を活かして行動するよう促すとともに、自身の力での対応が難しい場合は介助を行っていく。 | 利用者・家族に対する本計画の説明者及び同意日 説明者 〇〇 〇〇 説明・同意日 〇年 11月 5日 |

| | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| (地域密着型)通所介護 〇〇〇 事業所No.000000000 | 〒000-0000 住所：〇〇県〇〇市〇〇 00-00 管理者： |
| Tel.000-000-0000/Fax.000-000-0000 | |

別紙様式 4 - 1

栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）

| | | | | | | | | |
|-------|--|------|-------|----------|----------|------------------|-------|----|
| フリガナ | | 性別 | □男 □女 | 生年月日 | 年 月 日生まれ | 年齢 | | 歳 |
| 氏名 | | 要介護度 | | 病名・特記事項等 | | 記入者名 | | |
| 利用者 | | | | | | 作成年月日 | 年 月 日 | |
| 家族の意向 | | | | | | 家族構成とキーパーソン（支援者） | | 本人 |

（以下は、入所（入院）者個々の状態に応じて作成。）

| | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|----------------------------|
| 実施日（記入者名） | 年 月 日（ ） | 年 月 日（ ） | 年 月 日（ ） | 年 月 日（ ） | |
| プロセス | ★フルダウン ¹ | ★フルダウン ¹ | ★フルダウン ¹ | ★フルダウン ¹ | |
| 低栄養状態のリスクレベル | □低 □中 □高 | □低 □中 □高 | □低 □中 □高 | □低 □中 □高 | |
| 低栄養状態のリスク（状況） | 身長 | cm | cm | cm | |
| | 体重 / BMI | kg / kg/m ² | kg / kg/m ² | kg / kg/m ² | |
| | 3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月 | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() |
| | 3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月 | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() |
| | 3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月 | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() |
| | 血清アルブミン値 | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() |
| | 褥瘡 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 |
| | 栄養補給法 | □経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法 |
| | その他 | | | | |
| | 食生活状況等 | 食事摂取量（割合） | % | % | % |
| 主食の摂取量（割合） | | 主食 % | 主食 % | 主食 % | |
| 主菜・副菜の摂取量（割合） | | 主菜 % 副菜 % | 主菜 % 副菜 % | 主菜 % 副菜 % | 主菜 % 副菜 % |
| その他（補助食品など） | | | | | |
| 摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり） | | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) |
| 提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり） | | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) |
| 必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり） | | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) |
| 嚥下調整の必要性 | | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 |
| 食事の形態（コード） | | （コード：★フルダウン ² ） | （コード：★フルダウン ² ） | （コード：★フルダウン ² ） | （コード：★フルダウン ² ） |
| とろみ | | □薄い □中間 □濃い | □薄い □中間 □濃い | □薄い □中間 □濃い | □薄い □中間 □濃い |
| 多難による栄養ケアの提供（低栄養関連状態） | 食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど） | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 |
| | 本人の意欲 | ★フルダウン ³ | ★フルダウン ³ | ★フルダウン ³ | ★フルダウン ³ |
| | 食欲・食事の満足感 | ★フルダウン ⁴ | ★フルダウン ⁴ | ★フルダウン ⁴ | ★フルダウン ⁴ |
| | 食事に対する忌避 | ★フルダウン ⁴ | ★フルダウン ⁴ | ★フルダウン ⁴ | ★フルダウン ⁴ |
| | □口腔係 | □口腔衛生 □摂食・嚥下 | □口腔衛生 □摂食・嚥下 | □口腔衛生 □摂食・嚥下 | □口腔衛生 □摂食・嚥下 |
| | 安定した正しい姿勢が自分で取れない | □ | □ | □ | □ |
| | 食事に集中することができない | □ | □ | □ | □ |
| | 食事中に嘔吐や意識混濁がある | □ | □ | □ | □ |
| | 歯（義歯）のない状態で食事をしている | □ | □ | □ | □ |
| | 食べ物を口腔内に溜め込む | □ | □ | □ | □ |
| 固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる | □ | □ | □ | □ | |
| 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある | □ | □ | □ | □ | |
| 水分でむせる | □ | □ | □ | □ | |
| 食事中、食後に咳をすることがある | □ | □ | □ | □ | |
| その他・気が付いた点 | | | | | |
| □その他 | □褥瘡（再発） □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響 | □褥瘡（再発） □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響 | □褥瘡（再発） □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響 | □褥瘡（再発） □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響 | |
| 特記事項 | | | | | |
| 総合評価 | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | |
| 計画変更 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | |

| | | | | | |
|----------------------------|-------------------|--|--|--|--|
| 経過維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している場合は必須 | 摂食・嚥下機能検査 | □水飲みテスト □顔面筋検査 □嚥下機能検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ） 実施日： 年 月 日 | □水飲みテスト □顔面筋検査 □嚥下機能検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ） 実施日： 年 月 日 | □水飲みテスト □顔面筋検査 □嚥下機能検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ） 実施日： 年 月 日 | □水飲みテスト □顔面筋検査 □嚥下機能検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ） 実施日： 年 月 日 |
| | | 検査結果や観察等を通して把握した課題の所在 | □認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能 | □認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能 | □認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能 |
| | 参加者 | □医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日 | □医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日 | □医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日 | □医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日 |
| | | 参加者 | □医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日 | □医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日 | □医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日 |
| | ①食事の形態・とろみ、補助食の活用 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 |
| | ②食事の周囲環境 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 |
| | ③食事の介助の方法 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 |
| | ④口腔ケアの方法 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 |
| | ⑤医療又は歯科医療受療の必要性 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 | □現状維持 □変更 |
| | 特記事項 | | | | |

※経過維持加算（Ⅱ）を算定する場合は、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加していること

- ★フルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★フルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1t、0t、0j）
- ★フルダウン³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
- ★フルダウン⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

注1）スクリーニングにおいては、把握可能な項目（BMI、体重減少率、血清アルブミン値（検査値がわかる場合に記入）等）により、低栄養状態のリスクを把握する。

注2）利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

<低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個人の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

| リスク分類 | 低リスク | 中リスク | 高リスク |
|----------|------------------|---|-------------------------------------|
| BMI | 18.5～29.9 | 18.5 未満 | |
| 体重減少率 | 変化なし (減少3%未満) | 1 月に3～5%未満 3 月に3～7.5%未満 6 月に3～10%未満 | 1 月に5%以上 3 月に7.5%以上 6 月に10%以上 |
| 血清アルブミン値 | 3.6g/dl 以上 | 3.0～3.5g/dl | 3.0g/dl 未満 |
| 食事摂取量 | 76～100% | 75%以下 | |
| 栄養補給法 | | 経腸栄養法 静脈栄養法 | |
| 褥瘡 | | | 褥瘡 |

栄養ケア・経口移行・経口維持計画書 (施設) (様式例)

| | | |
|------------------|--|--------------------------------|
| 氏名： _____ 殿 | | 入所(院)日： _____ 年 ____ 月 ____ 日 |
| 作成者： _____ | | 初回作成日： _____ 年 ____ 月 ____ 日 |
| | | 作成(変更)日： _____ 年 ____ 月 ____ 日 |
| 利用者及び家族の意向 | 説明日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 | |
| 解決すべき課題 (ニーズ) | 低栄養状態のリスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 | |
| 長期目標と期間 | | |

| 分類 | 短期目標と期間 | 栄養ケアの具体的内容(頻度、期間) | 担当者 |
|---------------------|---------|-------------------|-----|
| ★ ブル ダウ ン※ | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 特記事項 | | | |

※①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③経口移行の支援、④経口維持の支援、⑤多職種による課題の解決など

算定加算： 栄養マネジメント強化加算 経口移行加算 経口維持加算 (Ⅰ Ⅱ) 療養食加算

栄養ケア提供経過記録

| 月 日 | サービス提供項目 |
|-----|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

別紙様式 5 - 1

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (通所・居宅) (様式例)

| | | | | | | | |
|--------------|--|------|-------|------------------------------|-------|--------------------------|-------|
| フリガナ | | 性別 | □男 □女 | 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | |
| 氏名 | | 要介護歴 | | 病名・特記事項等 | | 記入者名 | |
| 利用者 家族の意向 | | | | 食事の準備状況 (調理機、食事の支援、経腸栄養等) | | 作成年月日 | 年 月 日 |
| | | | | | | 家族構成と キーパーソン (支援者) | 本人 |

(以下は、入所(入居)直後の状態に於いて作成。)

| 実施日(記入者名) | 年 月 日 () | 年 月 日 () | 年 月 日 () | 年 月 日 () | |
|-------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| プロセス | ★フルダウン ¹ | ★フルダウン ¹ | ★フルダウン ¹ | ★フルダウン ¹ | |
| 低栄養状態のリスクレベル | □低 □中 □高 | □低 □中 □高 | □低 □中 □高 | □低 □中 □高 | |
| 低栄養状態のリスク(状況) | 身長 | cm | cm | cm | |
| | 体重 / BMI | kg / kg/m ² | kg / kg/m ² | kg / kg/m ² | |
| | 3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月 | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() |
| | 3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月 | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() |
| | 3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月 | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() |
| | 血清アルブミン値 | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() | □無 □有() |
| | 褥瘡 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 |
| | 栄養補給法 | □経口のみ □一部経口 | □経口のみ □一部経口 | □経口のみ □一部経口 | □経口のみ □一部経口 |
| | その他 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 |
| | その他 | | | | |
| 食生活状況等 | 食事摂取量(割合) | % | % | % | |
| | 主食の摂取量(割合) | 主食 % | 主食 % | 主食 % | |
| | 主菜、副菜の摂取量(割合) | 主菜 % 副菜 % | 主菜 % 副菜 % | 主菜 % 副菜 % | |
| | その他(補助食品など) | | | | |
| | 摂取栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) |
| | 提供栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) |
| | 必要栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) | kcal (kcal/kg) g (g/kg) |
| | 嚥下調整食の必要性 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 |
| | 食事の形態(コード) | (コード: ★フルダウン ²) | (コード: ★フルダウン ²) | (コード: ★フルダウン ²) | (コード: ★フルダウン ²) |
| | とろみ | □薄い □中間 □濃い | □薄い □中間 □濃い | □薄い □中間 □濃い | □薄い □中間 □濃い |
| 多様なリスクの栄養ケアの要否(低栄養関連状態) | 食事の留意事項の有無(療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど) | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 |
| | 本人の意欲 | ★フルダウン ³ | ★フルダウン ³ | ★フルダウン ³ | ★フルダウン ³ |
| | 食欲・食事の満足感 | ★フルダウン ⁴ | ★フルダウン ⁴ | ★フルダウン ⁴ | ★フルダウン ⁴ |
| | 食事に対する意欲 | ★フルダウン ⁴ | ★フルダウン ⁴ | ★フルダウン ⁴ | ★フルダウン ⁴ |
| | 口腔関係 | □口腔衛生 □摂食・嚥下 | □口腔衛生 □摂食・嚥下 | □口腔衛生 □摂食・嚥下 | □口腔衛生 □摂食・嚥下 |
| | 安定した正しい姿勢が自分で取れない | □ | □ | □ | □ |
| | 食事に集中することができない | □ | □ | □ | □ |
| | 食事中に傾眠や意識混濁がある | □ | □ | □ | □ |
| | 歯(義歯)のない状態で食事をしている | □ | □ | □ | □ |
| | 食べ物を口腔内に溜め込む | □ | □ | □ | □ |
| 固形の食べ物を咀嚼しにくくむせる | □ | □ | □ | □ | |
| 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある | □ | □ | □ | □ | |
| 水分でむせる | □ | □ | □ | □ | |
| 食事中、食後に咳をすることがある | □ | □ | □ | □ | |
| その他・気が付いた点 | | | | | |
| 褥瘡・生活機能関係 | □褥瘡(再発) □生活機能低下 | □褥瘡(再発) □生活機能低下 | □褥瘡(再発) □生活機能低下 | □褥瘡(再発) □生活機能低下 | |
| 消化器関係 | □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 | □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 | □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 | □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 | |
| 水分関係 | □浮腫 □脱水 | □浮腫 □脱水 | □浮腫 □脱水 | □浮腫 □脱水 | |
| 代謝関係 | □感染 □発熱 | □感染 □発熱 | □感染 □発熱 | □感染 □発熱 | |
| 心理・精神・認知症関係 | □閉じこもり □うつ □認知症 | □閉じこもり □うつ □認知症 | □閉じこもり □うつ □認知症 | □閉じこもり □うつ □認知症 | |
| 医薬品 | □薬の影響 | □薬の影響 | □薬の影響 | □薬の影響 | |
| 特記事項 | | | | | |
| 総合評価 | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | |
| サービス継続の必要性 注) | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | |

- ★フルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★フルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類(4、3、2-2、2-1、1、0t、0i)
- ★フルダウン³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
- ★フルダウン⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目(BMI、体重減少率、血清アルブミン値(検査値がわかる場合に記入)等)により、低栄養状態のリスクを把握する。
注2) 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

<低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。
BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人個人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

| リスク分類 | 低リスク | 中リスク | 高リスク |
|----------|------------------|---|-------------------------------------|
| BMI | 18.5~29.9 | 18.5未満 | |
| 体重減少率 | 変化なし (減少3%未満) | 1か月に3~5%未満 3か月に3~7.5%未満 6か月に3~10%未満 | 1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上 |
| 血清アルブミン値 | 3.6g/dl以上 | 3.0~3.5g/dl | 3.0g/dl未満 |
| 食事摂取量 | 76~100% | 75%以下 | |
| 栄養補給法 | | 経腸栄養法 静脈栄養法 | |
| 褥瘡 | | | 褥瘡 |

栄養ケア計画書 (通所・居宅) (様式例)

| | |
|------------------|--|
| 氏名： 殿 | 初回作成日： 年 月 日 |
| | 作成(変更)日： 年 月 日 |
| | 作成者： |
| 医師の指示 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要点) 指示日 (/) |
| 利用者及び家族の意向 | 説明日 年 月 日 |
| 解決すべき課題 (ニーズ) | 低栄養状態のリスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 |
| 長期目標と期間 | |

| 分類 | 短期目標と期間 | 栄養ケアの具体的内容(頻度、期間) | 担当者 |
|---------------------|---------|-------------------|-----|
| ★ ブル ダウ ン※ | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | 特記事項 | | |

※①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など

栄養ケア提供経過記録

| 月 日 | サービス提供項目 |
|-----|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

口腔・栄養スクリーニング様式

| | | | | | | | | |
|------|--|---|--|---|---|---|-----|---|
| ふりがな | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 | 年 | 月 | 日 | 生まれ | 歳 |
| 氏名 | | 要介護度・病名・ 特記事項等 | | 記入者名： | | | | |
| | | | | 作成年月日： 年 月 日 | | | | |
| | | | | 事業所内の歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| | | | | 事業所内の管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | |

| | スクリーニング項目 | 前回結果 (●月●日) | 今回結果 (●月●日) |
|------------------------------|---|--|--|
| 口 腔 | 硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる | はい・いいえ | はい・いいえ |
| | 入れ歯を使っている | はい・いいえ | はい・いいえ |
| | むせやすい | はい・いいえ | はい・いいえ |
| | 特記事項（歯科医師等への連携の必要性） | | |
| 栄 養 | 身長 (cm) ※ ¹ | (cm) | (cm) |
| | 体重 (kg) | (kg) | (kg) |
| | BMI (kg/ m ²) ※ ¹ 18.5未満 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²) |
| | 直近1～6か月間における 3%以上の体重減少※ ² | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月) |
| | 直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少※ ² | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ 6か月) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ 6か月) |
| | 血清アルブミン値 (g/dl) ※ ³ 3.5 g/dl未満 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl)) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl)) |
| | 食事摂取量 75%以下※ ³ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%) |
| 特記事項（医師、管理栄養士等への 連携の必要性等） | | | |

※¹ 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

※² 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。（初回は評価不要）

※³ 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

(参考) 口腔スクリーニング項目について

「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」

歯を失うと肉や野菜等の摂取割合が減り、柔らかい麺類やパン等の摂取割合が増えることが指摘されています。

「入れ歯を使っている」

入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます。また、歯が少ないけれども入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。

「むせやすい」

飲み込む力が弱まると飲食の際にむせたり、飲み込みづらくなって、食事が大変になります。誤嚥性肺炎のリスクも高まることから口腔を清潔に保つことが重要です。

(参考) 低栄養状態のリスク分類について

| リスク分類 | 低リスク | 中リスク | 高リスク |
|----------|------------------|---|-------------------------------------|
| BMI | 18.5～29.9 | 18.5未満 | |
| 体重減少率 | 変化なし (減少3%未満) | 1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満 | 1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上 |
| 血清アルブミン値 | 3.6g/dl以上 | 3.0～3.5g/dl | 3.0g/dl未満 |
| 食事摂取量 | 76～100% | 75%以下 | |
| 栄養補給法 | | 経腸栄養法 静脈栄養法 | |
| 褥瘡 | | | 褥瘡 |

BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)
身長147cm、体重38kgの利用者の場合、
38(kg) ÷ 1.47(m) ÷ 1.47(m) = 17.6

口腔衛生管理体制についての計画

| | |
|---------------------------------|---|
| 策定日 | 令和 年 月 日 |
| 作成者 | |
| 助言を行った歯科医師等 | 歯科医療機関 |
| | 歯科医師名 |
| | 連絡先 |
| 助言の要点 | <input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 |
| | <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性 |
| | <input type="checkbox"/> 食事状態、食形態等の確認 |
| | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | <input type="checkbox"/> 別紙様式8 現在の取組の継続 |
| 実施目標 | <input type="checkbox"/> 施設職員によるスクリーニング |
| | <input type="checkbox"/> 施設職員に対する研修会の開催 |
| | <input type="checkbox"/> 口腔清掃の方法・内容等の見直し |
| | <input type="checkbox"/> 歯科専門職によるスクリーニング、管理等 |
| | <input type="checkbox"/> 歯科専門職による食事環境、食形態等の確認 |
| | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 |
| 具体的方策 (実施時期、実施場所、 主担当者など) | |
| 留意事項、特記事項等 | |

別紙様式 8

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

| | |
|-------------|---|
| 氏名（ふりがな） | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生まれ 歳 |
| かかりつけ歯科医 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 入れ歯の使用 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 食形態等 | <input type="checkbox"/> 経口摂取 （ <input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j）） <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 |
| 誤嚥性肺炎の発症・罹患 | <input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし |

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

| | | |
|---------|--|---|
| | | 令和 年 月 日 |
| | | 記入者： |
| | | <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 口腔衛生状態 | 口臭 | <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 歯の汚れ | <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 義歯の汚れ | <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 舌苔 | <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない |
| 口腔機能の状態 | 食べこぼし | <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 舌の動きが悪い | <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない |
| | むせ | <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 痰がらみ | <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 口腔乾燥 | <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない |
| 特記事項 | <input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

2 口腔機能改善管理計画

作成日：令和 年 月 日

| | |
|---------|---|
| 計画立案者 | <input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| サービス提供者 | <input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 目標 | <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 実施内容 | <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ） |

3 実施記録

| | |
|-------------------|---|
| 実施年月日 | 令和 年 月 日 |
| サービス提供者 | <input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| 音声・言語機能に関する指導 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| その他（ ） | <input type="checkbox"/> 実施 |

4 その他特記事項

| |
|--|
| |
|--|