

個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書（通所系）

氏名：		殿	サービス開始日	年 月 日
			作成日 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変更	年 月 日
生年月日	年 月 日	性別	男・女	
計画作成者	個別機能訓練（ ） 栄養管理（ ） 口腔管理（ ）			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2） <input type="checkbox"/> 要介護（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5）			
日常生活自立度	障害高齢者： 認知症高齢者：			
本人の希望				
共通	身長：（ ）cm 体重：（ ）kg BMI：（ ）kg/m <sup>2</sup> 栄養補給法： <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養、 食事の形態：（ ） とろみ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い  個別機能訓練が必要となった原因疾患：（ ） 発症日・受傷日：（ ）年（ ）月 合併症： <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡 （※上記以外の） <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他  症状： <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり  現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診： <input type="checkbox"/> あり（最終受診年月： 年 月） <input type="checkbox"/> なし 義歯の使用： <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部） <input type="checkbox"/> なし  その他：			
	課題	（共通）  （個別機能訓練・栄養・口腔）  （上記に加えた課題） <input type="checkbox"/> 食事に安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 食事中に傾眠や意識混濁がある <input type="checkbox"/> 歯（義歯）のない状態で食事をしている <input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内にため込む <input type="checkbox"/> 固形の食べ物を咀嚼中にむせる <input type="checkbox"/> 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある <input type="checkbox"/> その他（ ）		
方針・目標	（共通）  （個別機能訓練・栄養・口腔） 短期目標： 長期目標：  （上記に加えた方針・目標） <input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 歯科受診） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能（ <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"/> 栄養状態（ <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（ ）			
実施上の注意事項				
生活指導				
見直し・継続理由				

	個別機能訓練	栄養	口腔
	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日
評価時の状態	<p>【ADL】※課題のある項目名にチェック</p> <input type="checkbox"/> 食事：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 移乗：自立,監視下, 座れるが移れない,全介助 <input type="checkbox"/> 整容：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> トイレ動作：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 入浴：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 平地歩行：自立,歩行器等, 車椅子操作が可能,全介助 <input type="checkbox"/> 階段昇降：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 更衣：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 排便コントロール：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 排尿コントロール：自立,一部介助,全介助 <p>【IADL】※課題のある項目名にチェック</p> <input type="checkbox"/> 調理：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 洗濯：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 掃除：自立,見守り,一部介助,全介助 <p>【基本動作】課題のある項目名にチェック</p> <input type="checkbox"/> 寝返り：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 起き上がり：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 座位の保持：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 立ち上がり：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 立位の保持：自立,見守り,一部介助,全介助	<p>低栄養リスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高  嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  <input type="checkbox"/> 生活機能低下  3%以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/ 月)</p> <p>【食生活状況】</p> <p>食事摂取量(全体) %  食事摂取量(主食) %  食事摂取量(主菜/副菜) %/ %  補助食品など：  食事の留意事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )  薬の影響による食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  本人の意欲( )  食欲・食事の満足感( )  食事に対する意識( )</p> <p>【栄養量(エネルギー/たんぱく質)】</p> <p>摂取栄養量：( ) kcal/kg、( ) g/kg  提供栄養量：( ) kcal/kg、( ) g/kg  必要栄養量：( ) kcal/kg、( ) g/kg</p> <p>【GLIM基準による評価※】</p> <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養( <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度) ※医療機関から情報提供があった場合に記入する。	<p>【誤嚥性肺炎の発症・既往】</p> <input type="checkbox"/> あり(直近の発症年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし <p>【口腔衛生状態の問題】</p> <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 <p>【口腔機能の状態の問題】</p> <input type="checkbox"/> 奥歯のかみ合わせがない <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> ぶくぶくうがいが困難※1 ※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。 <p>【歯科受診の必要性】</p> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <p>【特記事項】</p> <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( ) <p>記入者：<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員  <input type="checkbox"/> 言語聴覚士</p>
具体的支援内容	<p>①プログラム内容</p> <p>留意点：  頻度：週 回、時間： 分/回  主な実施者：</p> <p>②プログラム内容</p> <p>留意点：  頻度：週 回、時間： 分/回  主な実施者：</p> <p>③プログラム内容</p> <p>留意点：  頻度：週 回、時間： 分/回  主な実施者：</p>	<p>① 栄養食事相談</p> <input type="checkbox"/> 食事提供量の増減( <input type="checkbox"/> 増量 <input type="checkbox"/> 減量) <input type="checkbox"/> 食事形態の変更 ( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食) <input type="checkbox"/> 栄養補助食品の追加・変更 <input type="checkbox"/> その他： <p>②</p> <p>③</p> <p>総合評価：  <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持  <input type="checkbox"/> 改善が認められない  計画変更：  <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>	<p>サービス提供者：  <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士</p> <p>実施記録①：記入日( 年 月 日)  <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導  <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導  <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導  <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導  <input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>実施記録②：記入日( 年 月 日)  <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導  <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導  <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導  <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導  <input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>実施記録③：記入日( 年 月 日)  <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導  <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導  <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導  <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導  <input type="checkbox"/> その他( )</p>
特記事項			

個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書（施設系）

氏名：		殿	入所（院）日	年 月 日
			作成日 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変更	年 月 日
生年月日	年 月 日	性別	男・女	
計画作成者	個別機能訓練（ ） 栄養管理（ ） 口腔管理（ ）			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2） <input type="checkbox"/> 要介護（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5）			
日常生活自立度	障害高齢者： 認知症高齢者：			
本人の希望				
共通	身長：（ ）cm 体重：（ ）kg BMI：（ ）kg/m <sup>2</sup> 栄養補給法： <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養、 食事の形態：（ ） とろみ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い  個別機能訓練が必要となった原因疾患：（ ） 発症日・受傷日：（ ）年（ ）月 合併症： <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡 （※上記以外の） <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他  症状： <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり  現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診： <input type="checkbox"/> あり（最終受診年月： 年 月） <input type="checkbox"/> なし 義歯の使用： <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部） <input type="checkbox"/> なし  その他：			
	課題	（共通）  （個別機能訓練・栄養・口腔）  （上記に加えた課題） <input type="checkbox"/> 食事中に安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 食事中に傾眠や意識混濁がある <input type="checkbox"/> 歯（義歯）のない状態で食事をしている <input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内にため込む <input type="checkbox"/> 固形の食べ物を咀嚼中にむせる <input type="checkbox"/> 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある <input type="checkbox"/> その他（ ）		
方針・目標	（共通）  （個別機能訓練・栄養・口腔） 短期目標： 長期目標：  （上記に加えた方針・目標） <input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等） <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能（ <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"/> 栄養状態（ <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（ ）			
実施上の注意事項				
生活指導				
見通し・継続理由				

	個別機能訓練	栄養	口腔
	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日
評価時の状態	<p>【ADL】※課題のある項目名にチェック</p> <input type="checkbox"/> 食事：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 移乗：自立,監視下,座れるが移れない,全介助 <input type="checkbox"/> 整容：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> トイレ動作：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 入浴：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 平地歩行：自立,歩行器等,車椅子操作が可能,全介助 <input type="checkbox"/> 階段昇降：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 更衣：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 排便コントロール：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 排尿コントロール：自立,一部介助,全介助 <p>【IADL】※課題のある項目名にチェック</p> <input type="checkbox"/> 調理：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 洗濯：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 掃除：自立,見守り,一部介助,全介助 <p>【基本動作】課題のある項目名にチェック</p> <input type="checkbox"/> 寝返り：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 起き上がり：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 座位の保持：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 立ち上がり：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 立位の保持：自立,見守り,一部介助,全介助	<p>低栄養リスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高          嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  <input type="checkbox"/> 生活機能低下          3%以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/ 月)</p> <p>【食生活状況】</p> <p>食事摂取量(全体) %          食事摂取量(主食) %          食事摂取量(主菜/副菜) %/ %          補助食品など：          食事の留意事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )          薬の影響による食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有          本人の意欲( )          食欲・食事の満足感( )          食事に対する意識( )</p> <p>【栄養量(エネルギー/たんぱく質)】</p> <p>摂取栄養量：( ) kcal/kg, ( ) g/kg          提供栄養量：( ) kcal/kg, ( ) g/kg          必要栄養量：( ) kcal/kg, ( ) g/kg</p> <p>【GLIM基準による評価※】</p> <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養( <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度) <small>※医療機関から情報提供があった場合に記入する。</small>	<p>【誤嚥性肺炎の発症・既往】</p> <input type="checkbox"/> あり(直近の発症年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし <p>【口腔衛生状態の問題】</p> <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 <p>【口腔機能の状態の問題】</p> <input type="checkbox"/> 奥歯のかみ合わせがない <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> ぶくぶくうがいが困難※1 <small>※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。</small> <p>【歯数】( ) 歯</p> <p>【歯の問題】</p> <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 歯の破折 <input type="checkbox"/> 修復物脱離 <input type="checkbox"/> 残根歯 <input type="checkbox"/> その他( ) <p>【義歯の問題】</p> <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 必要だが使用してない <input type="checkbox"/> その他( ) <p>【歯周組織、口腔粘膜の問題】</p> <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患(潰瘍等) <p>記入者：          指示を行った歯科医師名：</p>
具体的支援内容	<p>①プログラム内容</p> <p>留意点：          頻度：週 回、時間： 分/回          主な実施者：</p> <p>②プログラム内容</p> <p>留意点：          頻度：週 回、時間： 分/回          主な実施者：</p> <p>③プログラム内容</p> <p>留意点：          頻度：週 回、時間： 分/回          主な実施者：</p>	<p><input type="checkbox"/> 栄養食事相談  <input type="checkbox"/> 食事提供量の増減( <input type="checkbox"/> 増量 <input type="checkbox"/> 減量)  <input type="checkbox"/> 食事形態の変更( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食)  <input type="checkbox"/> 栄養補助食品の追加・変更  <input type="checkbox"/> その他：</p> <p>総合評価：  <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持  <input type="checkbox"/> 改善が認められない          計画変更：  <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>	<p>実施日： 年 月 日          記入者：          実施頻度：  <input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度  <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>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：          【口腔衛生等の管理】  <input type="checkbox"/> 口腔清掃  <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導  <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"/> 摂食嚥下等の口腔機能の改善のための取組の実施  <input type="checkbox"/> 食事の状態の確認、食形態等の検討の必要性  <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続  <input type="checkbox"/> その他( )</p>
特記事項			



リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書（通所系）

氏名：	〇〇 〇〇	殿	サービス開始日	X年 7月 10日
			作成日	■初回 □変更 X年 7月 19日
生年月日	X年 2月 29日		性別	(男)・女
計画作成者	リハビリテーション ( PT 〇〇 ) 栄養管理 ( 〇〇 ) 口腔管理 ( 〇〇 )			
要介護度	□要支援 (□1 □2) □要介護 (■1 □2 □3 □4 □5)			
日常生活自立度	障害高齢者： A2 認知症高齢者： /			
本人の希望	落ちた筋力を取り戻して、俳句サークルにまた行きたい。 おいしく食べられるようになりたい。			
共通	<p>身長： ( 155 ) cm 体重： ( 45.0 ) kg BMI： ( 18.7 ) kg/m<sup>2</sup></p> <p>栄養補給法：■経口のみ □一部経口 □経腸栄養 □静脈栄養 食事の形態： ( 普通 )</p> <p>とろみ：■なし □薄い □中間 □濃い</p> <p>リハビリテーションが必要となった原因疾患： ( 脳梗塞後遺症 ) 発症日・受傷日： ( 10 ) 年程前 ( ) 月</p> <p>合併症： □脳血管疾患 □骨折 □誤嚥性肺炎 □うっ血性心不全 □尿路感染症 □糖尿病 □高血圧症 ■骨粗しょう症 □関節リウマチ □がん □うつ病 □認知症 □褥瘡 (※上記以外の) □神経疾患 □運動器疾患 □呼吸器疾患 □循環器疾患 □消化器疾患 □腎疾患 □内分泌疾患 □皮膚疾患 □精神疾患 □その他</p> <p>症状： □嘔気・嘔吐 □下痢 ■便秘 □浮腫 □脱水 □発熱 □閉じこもり</p> <p>現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 ■あり □なし 直近1年間の歯科受診：■あり (最終受診年月：X年1月) □なし 義歯の使用：■あり (■部分・□全部) □なし</p> <p>その他：キーパーソン・主介護者：娘</p>			
課題	<p>(共通)</p> <p>以前していた外出・趣味 (俳句サークル) の活動ができなくなった。徐々に筋力が低下している。肉・魚を食べない。</p> <p>(リハビリテーション・栄養・口腔)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・フレイルに伴う下肢筋力低下 ・体重減少 ・義歯の汚れが激しい、義歯を食事の途中で外してしまい、固形物が食べにくい。</li> <li>・活動量が減少し、日によって朝食や昼食を欠食することがあるなど、食事摂取量や時間が一定していない</li> </ul> <p>(上記に加えた課題)</p> <p>□ 食事中に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 □ 食べ物を口腔内にため込む □ 固形の食べ物を咀嚼中にむせる ■ 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 (痰がらみの咳をすることがある)</p>			
方針・目標	<p>(共通)</p> <p>俳句サークルへ復帰する。 活動量・食事摂取量を安定させ、フレイルの進行を予防する。</p> <p>(リハビリテーション・栄養・口腔)</p> <p>短期目標： ・屋外での杖歩行が見守りで可能となり、介助者と外出できる ・毎日3食食事をとり、体重を3kg増やす (3ヶ月間) ・義歯調整について歯科医師に相談。 ・正しい義歯の清掃方法を取得。</p> <p>長期目標： ・屋外での杖歩行が自立、活動量の保持 (4000歩/日) ・体重を5kg増やす (6ヶ月間) ・口腔周囲筋の機能向上のため、会話の回数を増やす。</p> <p>(上記に加えた方針・目標)</p> <p>■ 歯科疾患 (□重症化防止 □改善 ■歯科受診) ■ 口腔衛生 (□維持 ■改善 (口腔清掃)) ■ 摂食嚥下等の口腔機能 (□維持 ■改善 (舌の運動機能の向上)) ■ 食形態 (■維持 □改善 ( )) ■ 栄養状態 (□維持 ■改善 (たんぱく質の確保)) □ 音声・言語機能 (□維持 □改善 ( )) ■ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他 ( )</p>			
実施上の注意事項	体調の悪い時は主治医と相談し、適宜指示を受けながら実施する。			
生活指導	食事を3食とり、規則正しい生活を心がける。 座位時間を今より30分/日のばし、毎日他者と60分は会話する。			
見直し・継続理由	定期的にモニタリング等を実施しつつ、6ヶ月間を目処に介入を行い、以降は状態を確認しながら継続の有無を検討する。			

	リハビリテーション 評価日：X年 7月 11日	栄養 評価日： X年 7月 13日	口腔 評価日： X年 7月 19日
評価時の状態	<p>【心身機能・構造】</p> <p>■ 筋力低下 □ 麻痺 □ 感覚機能障害</p> <p>■ 関節可動域制限 □ 摂食嚥下障害</p> <p>□ 失語症・構音障害 □ 見当識障害</p> <p>□ 記憶障害 □ 高次脳機能障害</p> <p>■ 疼痛 □ BPSD</p> <p>歩行評価 ■ 6分間歩行 ■ TUG test (杖、6分間歩行 432m、TUG 10.3秒)</p> <p>認知機能評価 □ MMSE ■ HDS-R (HDS-R 24点 )</p> <p>【活動】※課題のあるものにチェック</p> <p>基本動作： □ 寝返り □ 起き上がり □ 座位の保持 □ 立ち上がり ■ 立位の保持</p> <p>ADL：BI ( 80 ) 点</p> <p>□ 食事 □ 移乗 □ 整容 □ トイレ動作 ■ 入浴 ■ 歩行 ■ 階段昇降 □ 更衣 □ 排便コントロール □ 排尿コントロール</p> <p>IADL：FAI ( 16 ) 点</p> <p>【参加】 もともと俳句サークルに所属していたが、休みがちになっている。</p>	<p>低栄養リスク □ 低 □ 中 ■ 高</p> <p>嚥下調整食の必要性 ■ なし □ あり</p> <p>■ 生活機能低下</p> <p>3%以上の体重減少 □ 無 ■ 有 ( - 5kg/6か月 )</p> <p>【食生活状況】</p> <p>食事摂取量 (全体) 80%</p> <p>食事摂取量 (主食) 100%</p> <p>食事摂取量 (主菜/副菜) 50%/70%</p> <p>補助食品など：なし</p> <p>食事の留意事項 □ 無 ■ 有(偏食あり)</p> <p>薬の影響による食欲不振 ■ 無 □ 有</p> <p>本人の意欲(ふつう)</p> <p>食欲・食事の満足感(ややまない)</p> <p>食事に対する意識(ややまない)</p> <p>【栄養量(エネルギー/たんぱく質)】</p> <p>摂取栄養量：( 22.0 ) kcal/kg、( 0.9 ) g/kg</p> <p>提供栄養量：( 26.2 ) kcal/kg、( 1.1 ) g/kg</p> <p>必要栄養量：( 30.0 ) kcal/kg、( 1.2 ) g/kg</p> <p>【GLIM基準による評価※】</p> <p>□ 低栄養非該当 □ 低栄養(□ 中等度 □ 重度)</p> <p>※医療機関から情報提供があった場合に記入する。</p>	<p>【誤嚥性肺炎の発症・既往】</p> <p>□ あり(直近の発症年月： 年 月)</p> <p>■ なし</p> <p>【口腔衛生状態の問題】</p> <p>□ 口臭 □ 歯の汚れ ■ 義歯の汚れ □ 舌苔</p> <p>【口腔機能の状態の問題】</p> <p>□ 奥歯のかみ合わせがない □ 食べこぼし</p> <p>■ むせ □ 口腔乾燥 ■ 舌の動きが悪い</p> <p>■ ぶくぶくうがい困難※1</p> <p>※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。</p> <p>【歯科受診の必要性】</p> <p>■ あり □ なし □ 分からない</p> <p>【特記事項】</p> <p>■ 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</p> <p>□ 音声・言語機能に関する疾患の可能性</p> <p>□ その他( )</p> <p>記入者： ■ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 言語聴覚士</p>
具体的支援内容	<p>①課題：筋力低下</p> <p>介入方法</p> <p>・筋力増強訓練(スクワット)</p> <p>・歩行訓練(階段・段差も含む)</p> <p>・環境調整(歩行補助具の検討、</p> <p>期間： 6(月)</p> <p>頻度：週3回、時間： 40分/回</p> <p>②課題：</p> <p>介入方法</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>期間： (月)</p> <p>頻度：週 回、時間： 分/回</p> <p>③課題</p> <p>介入方法</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>期間：X年7～12月(6か月間)</p> <p>頻度：週3回、時間：40分/回</p>	<p>■ 栄養食事相談</p> <p>■ 食事提供量の増減(■ 増量 □ 減量)</p> <p>□ 食事形態の変更 (□ 常食 ■ 軟食 □ 嚥下調整食)</p> <p>■ 栄養補助食品の追加・変更</p> <p>■ その他： ・本人に対して、筋肉量の増大に必要なエネルギー量とたんぱく質量、および効率的なたんぱく質の摂取方法を分かりやすく説明する。 ・義歯の調整の間、一時的に食事形態を軟らかいものにする。 ・必要栄養量を無理なく摂取できるよう、嗜好に合った栄養補助食品や手軽に摂取できる牛乳や果物(約200kcal)も活用しながら、食事を工夫し、1日300kcalのエネルギー量とたんぱく質量の増量を図る。</p> <p>総合評価： □ 改善 □ 改善傾向 □ 維持 □ 改善が認められない</p> <p>計画変更： □ なし □ あり</p>	<p>サービス提供者： ■ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 言語聴覚士</p> <p>実施記録①：記入日( X年 ○月 ○日)</p> <p>■ 口腔清掃 ■ 口腔清掃に関する指導</p> <p>■ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導</p> <p>□ 音声・言語機能に関する指導</p> <p>■ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導</p> <p>■ その他(口腔体操を実施、自宅で継続するよう指導)</p> <p>実施記録②：記入日( 年 月 日)</p> <p>□ 口腔清掃 □ 口腔清掃に関する指導</p> <p>□ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導</p> <p>□ 音声・言語機能に関する指導</p> <p>□ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導</p> <p>□ その他( )</p> <p>実施記録③：記入日( 年 月 日)</p> <p>□ 口腔清掃 □ 口腔清掃に関する指導</p> <p>□ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導</p> <p>□ 音声・言語機能に関する指導</p> <p>□ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導</p> <p>□ その他( )</p>
特記事項	<p>・食事提供量は、リハビリを含めた身体活動量に合わせて調整し、必要栄養量を満たすことができ体重減少がみられなければ、回復にあわせてリハビリの量を見直す</p> <p>・義歯の使用が困難な場合は、義歯修理又は新製するまでの間、咀嚼困難な食物は避け、摂食嚥下機能に合わせた食形態を適宜検討する。</p>		

## 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 ( )			

リハビリテーション計画書

入院 外来 / 訪問 通所 / 入所

評価日： 西暦 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・家族等の希望 (本人のしたい又はできるようになりたい生活の希望、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)：

合併症：  
脳血管疾患 骨折 誤嚥性肺炎 うっ血性心不全 尿路感染症 糖尿病 高血圧症 骨粗しょう症 関節リウマチ がん うつ病 認知症 褥瘡  
 ※上記以外の疾患⇒ 神経疾患 運動器疾患 呼吸器疾患 循環器疾患 消化器疾患 腎疾患 内分泌疾患 皮膚疾患 精神疾患 その他 ( )  
 コントロール状態：

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 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	
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		自立	
服薬管理			
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-			
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	
座位の保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位の保持	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： 西暦 年 月 日

特記事項：

■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
食事の片付け				2: 週に1~2回 3: 週に3回以上
洗濯				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
掃除や整頓				
力仕事				
買物				
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: 輪替等もしている
家や車の手入れ				0: していない 1: 電球の取替、ねじ止め等 2: ペンキ塗り、模様替え、洗車 3: 2に加え、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 3: 月2回以上
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				

■環境因子(現状について記載する)	
家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ( )
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"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 玄関前の段差 <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所: ) 食事: <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす <input type="checkbox"/> その他 排せつ: <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 睡眠: <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 介護用ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他 その他( )
自宅周辺	
外出手段	
他サービスの利用	
福祉用具の利用	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 介護用ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> シャワーチェア

■社会参加の状況(家庭内の役割、余暇活動、社会地域活動等)

■活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析	
① 活動と参加において、重要度の高い課題(これまでの現状から抽出)	
①の課題に影響を及ぼす機能障害(改善の可能性が高いものにチェック)	①の課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子(調整を行うものにチェック)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■要因分析を踏まえた具体的なサービス内容					
No.	解決すべき課題	期間	具体的支援内容	頻度	時間
				週 回	分/回
				週 回	分/回
				週 回	分/回
		/月	※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと		
				週 回	分/回
				週 回	分/回
				週 回	分/回
			※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと		
				週 回	分/回
				週 回	分/回
				週 回	分/回
			※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと		

他事業所の担当者で共有すべき事項      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 その他に利用している介護サービス( )  ( )

■ リハビリテーション開始時から比較して、改善した・出来るようになった活動と参加(継続時に記載)

■ 診療未実施減算 ※ (介護予防) 訪問リハビリテーションに限る
診療未実施減算の適用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (⇒ありの場合) 情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修 <input type="checkbox"/> 修了済 <input type="checkbox"/> 受講途中 <input type="checkbox"/> 未受講

# 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"/> サービス担当者 <input type="checkbox"/> サービス担当者	( ) ( ) ( )			
次回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 \_\_\_\_\_ 様 作成年月日 年 月 日

チェック	プロセス	実施した内容	備考、実施日
<b>調査 (Survey)</b>			
<input type="checkbox"/>	サービス開始時における情報収集	<input type="checkbox"/> 医師の診療 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画の入手 <input type="checkbox"/> 利用者・家族等からの情報収集 <input type="checkbox"/> 医療機関のリハビリテーション実施計画書の入手	
<b>計画 (Plan)</b>			
<input type="checkbox"/>	事業所の医師の指示	<input type="checkbox"/> 医師の詳細な指示 <input type="checkbox"/> 指示の内容の記録	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション計画書の作成(初回)	<input type="checkbox"/> リハビリテーション計画書の作成	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション計画書の説明と同意	実施者 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション・栄養・口腔の一体的実施	<input type="checkbox"/> 栄養アセスメントの実施 <input type="checkbox"/> 口腔の健康状態の評価の実施 <input type="checkbox"/> 情報の一体的な共有 <input type="checkbox"/> 計画書への反映	
<input type="checkbox"/>	1月以内の居宅訪問(通所リハ)	<input type="checkbox"/> 診療、運動機能検査、作業能力検査等の実施	
<b>実行 (Do)</b>			
<input type="checkbox"/>	リハビリテーションの実施	<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他	
<b>評価 (Check)、改善 (Action)</b>			
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション計画の進捗状況の評価・必要に応じた見直し	<input type="checkbox"/> 進捗状況の評価(開始から2週間以内、以降は3月ごと) ⇒計画の見直し <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/>	3月以上の継続利用時の説明・記載	<input type="checkbox"/> 医師の判断 <input type="checkbox"/> 必要情報の記載(継続が必要な理由等) <input type="checkbox"/> 本人・家族への説明	
<b>家族、介護支援専門員、他事業所等との連携</b>			
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の開催	参加者 <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 他サービスの担当者 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他(                                      )	
<input type="checkbox"/>	介護支援専門員への情報提供	内容 <input type="checkbox"/> 利用者の有する能力 <input type="checkbox"/> 自立のために必要な支援方法 <input type="checkbox"/> 日常生活上の留意点 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/>	介護の工夫に関する指導、日常生活上の留意点に対する助言	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員を通じて、他事業所の従業者に実施 <input type="checkbox"/> 利用者の居宅を訪問して、他サービスの従業者に実施 <input type="checkbox"/> 利用者の居宅を訪問して、家族に実施	
<input type="checkbox"/>	サービス利用終了時の対応	<input type="checkbox"/> 利用終了1月前以内のリハビリテーション会議の実施 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員への情報提供 <input type="checkbox"/> 計画的な医学的管理を行っている医師への情報提供	

## 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
<b>活動</b>	プログラム		
	自己訓練		
<b>心身機能</b>	プログラム		
	自己訓練		
<b>参加</b>	プログラム		
	自己訓練		

【支援内容の評価】



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。

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 ○○ ○○

患者住所 ○○○○○○○○○○○○

性別 男・女

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(癩用症候群)  
 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： 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ないと思込んでいた。(但し、本人は杖を使用して外出する方がよいとは十分に納得されていない様子あり。)

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。

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 ○○ ○○

患者住所 ○○○○○○○○○○○○

性別 (男)・女

電話番号 ○○-○○○-○○○

生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日( 80 歳) 職業 煮職(元社員)

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(左被殻出血)(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立し、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)は自立を確認した。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	(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

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	

## 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 ( 75 歳) 職業(元専業主婦)

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)

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)

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)

生来健康でしたが、65歳時から高血圧指摘され、68歳時降圧剤(○○○)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い致します。  
日中の家事の主体が再び本人に戻るよう援助ください。

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 ○ 年 ○ 月 ○ 日  
事業所 ○○○○○○  
担当者 ○○ ○○  
電話 ○○-○○○-○○○  
FAX ○○-○○○-○○○



## 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 <u>老人保健施設</u>	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	( 80 歳)	職業	煮職(元会社員)
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・ <u>2</u> ・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) 脳出血 右片麻痺、右顔面麻痺	紹介目的 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 ○年 ○月 ○日
事業所	○○○○○
担当者	○○ ○○
電話	○○-○○○-○○○
FAX	○○-○○○-○○○

## ＜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
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	個室内の移動、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



## 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	性別	男・女
評価日	年 月 日	評価スタッフ		職種	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				

	項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助具等)	状況・生活課題
A D L	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(0)	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		
I A D L	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	
基本動作	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		
	座位の保持	・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		
	立位の保持	・自立   ・見守り ・一部介助   ・全介助	有・無		

### 【個別機能訓練計画書】

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 生年月日 年 月 日	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）			
合併症： <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うつ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡 （※上記以外の） <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他			
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）			

**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）	機能訓練の長期目標
(機能)	(機能)
(活動)	(活動)
(参加)	(参加)
前回作成した短期目標に対する目標達成度（達成・一部・未達）	前回作成した長期目標に係る目標達成度（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			週 回	分/回	
②			週 回	分/回	
③			週 回	分/回	
④			週 回	分/回	
※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。

事業所名：	説明日： 年 月 日 説明者：
-------	--------------------

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

（以下は、入所（入居）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 <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>
低栄養状態のリスクレベル		□軽 □中 □高	□軽 □中 □高	□軽 □中 □高	□軽 □中 □高
身長		cm	cm	cm	cm
体重 / BMI		kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>
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( )
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		□経口栄養法 □静脈栄養法	□経口栄養法 □静脈栄養法	□経口栄養法 □静脈栄養法	□経口栄養法 □静脈栄養法
栄養補給の状況					
食事摂取量（割合）		%	%	%	%
主食の摂取量（割合）		主食 %	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 )
摂下調整食の必要性		□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
食事の形態（コード）		（コード：★フルダウン <sup>2</sup> ）	（コード：★フルダウン <sup>2</sup> ）	（コード：★フルダウン <sup>2</sup> ）	（コード：★フルダウン <sup>2</sup> ）
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
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 <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>
食欲・食事の満足感		★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>
食事に対する意識		★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>
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		□	□	□	□
食事時に嘔吐や悪臭・悪味がある		□	□	□	□
箸（箸）のない状態で食事をしていない		□	□	□	□
食べ物を口腔内に溜め込む		□	□	□	□
固形の食べ物をしっかりと噛み砕くことができない		□	□	□	□
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（再掲） □生活機能低下 □嚔気・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（再掲） □生活機能低下 □嚔気・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（再掲） □生活機能低下 □嚔気・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（再掲） □生活機能低下 □嚔気・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
消化器関係		□嚔気・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	□嚔気・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	□嚔気・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	□嚔気・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
水分関係		□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
代謝関係		□感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
心理・精神・認知症関係		□閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
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
計画変更		□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
GLIM基準による評価 <sup>5)</sup>		□低栄養非該当 □低栄養（口中中等度 □重度）	□低栄養非該当 □低栄養（口中中等度 □重度）	□低栄養非該当 □低栄養（口中中等度 □重度）	□低栄養非該当 □低栄養（口中中等度 □重度）
※医療機関から情報提供があった場合に記入する。					

経口維持加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を判定している場合は必須					
摂食・嚥下機能検査		□水飲みテスト □経口経診法 □嚥下内視鏡検査 □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（ ）	□水飲みテスト □経口経診法 □嚥下内視鏡検査 □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（ ）	□水飲みテスト □経口経診法 □嚥下内視鏡検査 □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（ ）	□水飲みテスト □経口経診法 □嚥下内視鏡検査 □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		年 月 日	年 月 日	年 月 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	□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	□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	□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	□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		年 月 日	年 月 日	年 月 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	□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	□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	□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		年 月 日	年 月 日	年 月 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口腔のケアの方法		□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					

※経口維持加算（Ⅱ）を判定する場合は、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<sup>1</sup> スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★フルダウン<sup>2</sup> 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の摂下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1、0t、0j）
- ★フルダウン<sup>3</sup> 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<sup>4</sup> 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可まわらない。

<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・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
		初回作成日： 年 月 日
作成者：		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

栄養情報提供書 (様式例)

別紙様式4-2

記入日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

医療機関・介護保険施設 \_\_\_\_\_ 様

氏名	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
				病名		
身長	cm(測定日 年 月 日)					
体重	直近(①): kg(測定日 年 月 日)			BMI	直近(①): kg/m <sup>2</sup>	
	①から1か月前: kg(測定日 年 月 日)				①から1か月前: kg/m <sup>2</sup>	
栄養補給に関する事項	必要栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質 g			
	摂取栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質 g			
	経口栄養	食種	食	補助食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(商品名: _____ 提供時間: _____)	
		主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他( _____ )			
	<input type="checkbox"/> 無	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(コード※1: _____) <input type="checkbox"/> その他( _____ )			
		とろみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い )※1			
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻	製品名: _____				
	<input type="checkbox"/> 無	備考※2 ( _____ )				
静脈栄養	<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心	製品名・投与量等: _____				
	<input type="checkbox"/> 無					
食事に関する留意事項	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( _____ )				
	その他禁止食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療による禁止有り( _____ ) <input type="checkbox"/> 嗜好による禁止有り( _____ )				
	その他問題点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 姿勢保持不良 <input type="checkbox"/> 食事への注意散漫 <input type="checkbox"/> 食事時の傾眠 <input type="checkbox"/> 食物の溜め込み <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼困難 <input type="checkbox"/> 口腔内残渣 <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
入所中の経過・栄養食事相談の内容等						

※1: 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の「コード分類」及び「とろみ分類」

※2: 投与方法や投与速度を必要に応じて記入すること

問合せ先

施設名: \_\_\_\_\_

担当管理栄養士名: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

(FAX): \_\_\_\_\_

フリガナ		性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	年齢	
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
利用者 家族の意向		食事の準備状況 (買い物、食事の支援、配膳付託等)				家族構成と キーパーソン (支援者)	本人

(以下は、利用者ご本人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 <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	
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 <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	
	3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有( kg/ ヲ月)	□無 □有( kg/ ヲ月)	□無 □有( kg/ ヲ月)	□無 □有( kg/ ヲ月)
	3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有( kg/ ヲ月)	□無 □有( kg/ ヲ月)	□無 □有( kg/ ヲ月)	□無 □有( kg/ ヲ月)
	3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有( kg/ ヲ月)	□無 □有( kg/ ヲ月)	□無 □有( kg/ ヲ月)	□無 □有( kg/ ヲ月)
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	
栄養補給の状況	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)
	摂下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
	食事の形態(コード)	(コード: ★フルダウン <sup>2</sup> )	(コード: ★フルダウン <sup>2</sup> )	(コード: ★フルダウン <sup>2</sup> )	(コード: ★フルダウン <sup>2</sup> )
	とうもろこし	□無い □中間 □濃い	□無い □中間 □濃い	□無い □中間 □濃い	□無い □中間 □濃い
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 <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	
食欲・食事の満足感	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	
食事に対する意識	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	
多職種による栄養ケアの連携(低栄養関連問題)	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	
	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漬がある	□	□	□	
	水分をむせる	□	□	□	
	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・生活機能関係	□褥瘡(再発) □生活機能低下 □褥瘡・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 □褥瘡・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 □褥瘡・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	
	消化器関係	□消化器関係 □消化器関係 □消化器関係 □消化器関係	□消化器関係 □消化器関係 □消化器関係 □消化器関係	□消化器関係 □消化器関係 □消化器関係 □消化器関係	
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) 栄養改善加算算定の場合	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	
GLIM基準による評価 ※医療機関から情報提供があった場合に記入する。	□低栄養非該当 □低栄養(□中等度 □重度)	□低栄養非該当 □低栄養(□中等度 □重度)	□低栄養非該当 □低栄養(□中等度 □重度)	□低栄養非該当 □低栄養(□中等度 □重度)	

- ★フルダウン<sup>1</sup> スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★フルダウン<sup>2</sup> 栄養及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の摂下調整食コード分類(4、3、2-2、2-1、1)、0t、0j)
- ★フルダウン<sup>3</sup> 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<sup>4</sup> 1強い 2やや強い 3ふつう 4やや弱い 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
★ プル 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

別紙様式 5 - 1

通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス（介護予防も含む）

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	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) ※ <sup>1</sup>	(cm)	(cm)
	体重 (kg)	(kg)	(kg)
	BMI (kg/ m <sup>2</sup> ) ※ <sup>1</sup> 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ m <sup>2</sup> )
	直近1～6か月間における 3%以上の体重減少※ <sup>2</sup>	<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※ <sup>2</sup>	<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) ※ <sup>3</sup> 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※ <sup>3</sup>	<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、  
 $38(\text{kg}) \div 1.47(\text{m}) \div 1.47(\text{m}) = 17.6$

別紙様式 5-2

特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護（介護予防も含む）

口腔・栄養スクリーニング様式

ふりがな		□男 □女	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 □無 □有	
						事業所内の管理栄養士・栄養士 □無 □有	

	スクリーニング項目	前回結果 ( 月 日)	今回結果 ( 月 日)
口 腔	開口	できる・できない	できる・できない
	歯の汚れ	なし・あり	なし・あり
	舌の汚れ	なし・あり	なし・あり
	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	できる・できない	できる・できない
	歯肉の腫れ、出血	なし・あり	なし・あり
	むせ	なし・あり	なし・あり
	ぶくぶくうがい※ <sup>1</sup>	できる・できない	できる・できない
	食物のため込み、残留※ <sup>2</sup>	なし・あり	なし・あり
	特記事項（歯科医師等への連携の必要性等）		
栄 養	身長 (cm) ※ <sup>3</sup>	(cm)	(cm)
	体重 (kg)	(kg)	(kg)

BMI (kg/ m <sup>2</sup> ) ※ <sup>3</sup> 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ m <sup>2</sup> )
直近1～6か月間における 3%以上の体重減少※ <sup>4</sup>	<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※ <sup>4</sup>	<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) ※ <sup>5</sup> 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※ <sup>5</sup>	<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 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。誤嚥のリスクも鑑みて改めて実施する必要はなく、確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

※2 食事の観察が困難な場合は、空欄でも差し支えない

※3 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

※4 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)

※5 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

項目	評価基準
開口	・上下の前歯の間に指2本分(縦)入る程度まで口があかない場合(開口量3cm以下)には「できない」とする。
歯の汚れ	・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」とする。
舌の汚れ	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」とする。
左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	・本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「できない」とする。
歯肉の腫れ、出血	・歯肉が腫れている場合(反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較)や歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。
むせ	・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。
ぶくぶくうがい	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や膨らました頬を左右に動かせない場合は「できない」とする。
食物のため込み、残留	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」とする。
特記事項 (歯科医師等への連携 の必要性等)	・歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐに外れる、口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。 ・項目1～8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性は高い。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性を含めた、歯科医師等連携への必要性を検討する。</li> </ul>
--	---

(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、  
 $38(\text{kg}) \div 1.47(\text{m}) \div 1.47(\text{m}) = 17.6$

口腔衛生の管理体制についての計画

策定日	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"/> 現在の取組の継続
実施目標	<input type="checkbox"/> 施設職員に対する研修会の開催
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の用具の整備
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の方法・内容等の見直し
	<input type="checkbox"/> 歯科専門職による入所者の口腔衛生管理等
	<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
施設職員等による入所者の口腔の健康状態の評価	各入所者の入所時及び ( 週・月 ) に 1 回 ※週・月のいずれかに○をつける。
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	