

介護職員は、当該技術的助言・指導に基づき、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式3及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式1を参考に、以下の事項を記載した口腔衛生管理体制計画を作成すること。

- ア 助言を行った歯科医師等
- イ 歯科医師からの助言の要点
- ウ 当該施設における実施目標
- エ 具体的方策
- オ 留意事項・特記事項

(2) 入所者の口腔の状況の確認

口腔衛生管理体制計画に基づき、介護職員が口腔の健康状態のスクリーニングを行い、入所者の口腔清掃の自立度、口腔の健康状態等について把握すること。スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。

【スクリーニング例】

- ・ 歯や入れ歯が汚れている
- ・ 歯が少ないのに入れ歯を使っていない
- ・ むせやすい

歯・口腔の疾患が疑われる場合や介護職員による口腔清掃等が困難な場合等は、歯科医師による訪問診療等の際、各利用者の口腔の健康状態に応じた口腔健康管理が行われるよう、当該歯科医師に相談することが望ましい。

(3) 口腔清掃の用具の整備

口腔清掃には、歯の清掃に用いる歯ブラシ、ワンタフトブラシ、舌に用いる舌ブラシ、口腔粘膜に用いるスポンジブラシ、義歯に用いる義歯ブラシ等の清掃用具が用いられる。利用者の口腔の健康状態や自立度等を踏まえ、歯科医師等の技術的助言・指導に基づき、口腔清掃の用具を選択すること。

(4) 口腔清掃の実施

口腔清掃の実施担当者及び実施時刻等を、口腔清掃の実回数・方法・内容等を踏まえて検討し、施設におけるサービス提供に係るタイムスケジュールに組み込むこと。

(5) 介護職員の口腔清掃に対する知識・技術の習得、安全確保

口腔清掃は、正しい知識をもって行わない場合、歯や粘膜を傷つけるだけでなく、食物残渣や唾液等の誤嚥による肺炎を引き起こすおそれもあるため、歯科医師等から口腔清掃の用具の使用方法の指導を受けることは重要である。

また、口腔清掃に携わらない職員についても、口腔衛生、口腔機能の維持・向上、誤嚥性肺炎等について理解を深めることは重要である。

なお、歯科医師等が単独で介護職員への研修会等を開催することが困難な場合は、都道府県や都道府県歯科医師会等で実施されている介護職員向けの研修を紹介することでも差し支えない。

(6) 食事環境をはじめとした日常生活における環境整備

介護職員は、歯科医師等に入所者の口腔機能等に応じた食事の提供、食形態等について必要に応じて相談し、食事環境等の整備に努めること。

(7) 歯科医師等からの技術的助言・指導と計画の見直し

介護職員は、口腔清掃等を含めた施設における課題や疑問等を、適宜、歯科医師等に相談する。

歯科医師等は、概ね6か月毎に、施設における口腔清掃の実態、介護職員からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じた口腔衛生管理体制計画に係る技術的助言・指導を行うこと。

介護職員は、当該技術的助言・指導を踏まえ、口腔衛生管理体制計画の見直しを行い、口腔衛生の管理体制の充実を図ること。

第8 口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について

1 口腔機能向上サービスの実務等について

(1) 通所サービスにおける口腔機能向上サービスの提供体制

ア 口腔機能向上サービスの提供体制は、ケアマネジメントの一環として、個々人に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。

イ 事業所は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員（以下「サービス担当者」という。）と介護職員、生活相談員その他の職種の者等（以下「関連職種」という。）が共同した口腔機能向上サービスを行う体制を整備する。

ウ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順（スクリーニング・アセスメント、口腔機能改善管理指導計画、サービス実施、モニタリング等）をあらかじめ定める。

エ サービス担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できる

一ビスの場合、サービ担当者は、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じて、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導が必要と判断される場合は、サービ担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導を受けること。

- ④ 介護予防通所リハビリテーション又は通所リハビリテーションにおいて行われる口腔機能向上サービスの場合、サービ担当者は、医師又は歯科医師の指示・指導が必要であり、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。

ウ 利用者又はその家族への説明

サービ担当者は、口腔機能向上サービスの提供に際して、口腔機能改善管理計画を利用者又はその家族に説明し、口腔機能向上サービスの提供に同意を得る。医師又は歯科医師は、サービ担当者への指示・指導が必要な場合、口腔機能改善管理計画の実施に当たり、その計画内容、利用者又はその家族の同意等を確認する。

エ 口腔機能向上サービの実施

- ① サービ担当者と関連職種は、口腔機能改善管理計画に基づいた口腔機能向上サービスの提供を行う。
- ② サービ担当者は、口腔機能改善管理計画に基づいて、口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関する実地指導を実施する。
- ③ サービ担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じて、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導が必要と考えられる場合、サービ担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。また、関連職種に対して、口腔機能改善管理計画に基づいて個別又は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるように指導及び助言等を行う。

- ④ サービ担当者は、関連職種と共同して口腔機能向上サービに関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。

- ⑤ サービ担当者は、口腔機能向上サービ提供の主な経過を記録する。記録の内容は、実施日、サービ提供者氏名及び職種、指導の内容（口腔清掃、口腔清掃に関する指導、摂食、摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導、音声・言語機能に関する指導）について記録する。なお、指定居宅サービ等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第105条若しくは第119条において準用する第19条若しくは第181条、指定

よう関連職種との連絡調整を行う。
事業所は、サービ担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービ体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的なサービ提供内容の改善に努める。

(2) 口腔機能向上サービの実務

ア スクリーニング・アセスメントの実施

サービ担当者は、利用開始時においては、利用者毎に口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関する解決すべき課題の確認・把握を行う。解決すべき課題の確認・把握の実施にあたっては、別紙様式8の様式例を参照の上、作成する。

様式例における解決すべき課題の確認・把握に係る項目については、事業所の実状にあわせて項目を追加することについては差し支えない。ただし、項目の追加に当たっては、利用者等の過剰な負担とならぬよう十分配慮しなければならない。

イ 口腔機能改善管理計画の作成

① サービ担当者は、スクリーニング・アセスメントに対しサービ担当者と関連職種が共同して取り組むべき事項等について記載した口腔機能改善管理計画を作成する。なお、この作成には、別紙様式8の様式例を参照の上、作成することとし、必要に応じて理学療法士、作業療法士、管理栄養士等の助言を参考にする。ただし、指定居宅サービ等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第99条、第115条若しくは第184条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第27条、第40条の9、第52条、第77条、第98条、第119条若しくは第179条、指定介護予防サービ等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第125条若しくは第247条又は指定地域密着型介護予防サービの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第42条、第66条若しくは第87条において作成することとされている各計画の中に、口腔機能改善管理計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理計画の作成に代えることができるものとする。

- ② サービ担当者は、作成した口腔機能改善管理計画について、関連職種と調整を図り、居宅サービ計画又は介護予防サービ計画にも適切に反映させる。

- ③ 介護予防通所介護又は通所介護において行われる口腔機能向上サ

地域密着型サラービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第37条、第40条の16、第61条、第88条若しくは第182条において準用する第3条の18、第95条若しくは第116条、指定介護予防サラービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サラービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第123条において準用する第49条の13若しくは第237条又は指定地域密着型介護予防サラービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サラービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第21条、第64条において準用する第21条若しくは第75条に規定するサラービスの提供の経過を記録する場合は、当該記録とは別に歯科衛生士等の居宅療養管理指導費又は口腔機能向上加算の算定のために口腔機能向上サラービスの提供の経過を記録する必要があるものとすると。

オ 実施上の問題点の把握

サラービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づき、利用者の目標の達成状況、口腔衛生、口腔機能の改善状況等を適宜把握する。改善状況に係る記録は、別紙様式8の様式例を参照の上、作成する。口腔機能改善管理指導計画の変更が必要になる状況が疑われる場合には、口腔機能改善管理指導計画の変更を検討する。

カ モニタリングの実施

① サラービス担当者は、目標の達成状況、口腔衛生、摂食・嚥下機能等の改善状況等を宜モニタリングし、評価を行うとともに、サラービスの見直し事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙様式8の様式例を参照の上、作成する。

② モニタリングは、口腔機能改善管理指導計画に基づき、概ね1か月毎に適宜行う。

キ 再把握の実施

サラービス担当者は、口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関する解決すべき課題の把握を3か月毎に実施し、事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等へ情報を提供する。なお、この把握には、別紙様式8の様式例を参照の上、作成する。

介護支援専門員又は介護予防支援事業者等は、情報提供を受け、サラービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関するリスクにかかわらず、把握を3か月毎に実施する。

ク 口腔機能向上サラービスの継続及び終了時の説明等

サラービス担当者は、総合的な評価を行い、口腔機能向上サラービスの継続又は終了の場合には、その結果を利用者又はその家族に説明するとともに、利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等に継続又は終了の情報を提供し、サラービスを継続又は終了する。サラービスの継続又は終了については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。

評価の結果、改善等により終了する場合は、関連職種や居宅サラービス事業所又は介護予防サラービス事業所との連携を図る。また、評価において医療が必要であると考えられる場合は、主治の医師又は主治の歯科医師、介護支援専門員若しくは介護予防支援事業者並びに関係機関（その他の居宅サラービス事業所等）との連携を図る。

2 歯科衛生士等の居宅療養管理指導の実務等について

居宅療養管理指導にかかる口腔機能スクリーニング、口腔機能アセスメント、管理指導計画、モニタリング、評価等については、原則として、別紙様式8の様式例を参照の上、作成する。ただし、別紙様式8の様式例によらない場合であっても、個々の利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能等に着目した居宅療養管理指導が適切に行われており、当該指導に必要とされる事項が記載されている場合にあつては、別の様式を利用して差し支えない。

科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）

評価日 令和 年 月 日
 前回評価日 令和 年 月 日
 記入者名

氏名 殿

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

基本情報	保険者番号	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	被保険者番号	
	事業所番号	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

総論	既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕〔任意項目〕
	服薬情報〔任意項目〕 1. 薬剤名 () (/日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日) 2. 薬剤名 () (/日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日) ・ ・ ・
	〔任意項目〕 同居家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他) (複数選択可) 家族等が介護できる時間 <input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 2～3時間程度 <input type="checkbox"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他
	ADL 自立 一部介助 全介助 ・食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (監視下) (座れるが移れない) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・整容 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (歩行器等) (車椅子操作が可能) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排便コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排尿コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	在宅復帰の有無等〔任意項目〕 <input type="checkbox"/> 入所/サービス継続中 <input type="checkbox"/> 中止 (中止日：) <input type="checkbox"/> 居宅 (※) <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設入所 <input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他

※居宅サービスを利用する場合 (介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック)

口腔・栄養	身長 (cm) 体重 (kg) 褥瘡の有無〔任意項目〕 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	口腔の健康状態 ・硬いものを避け柔らかいものばかり食べる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・入れ歯を使っている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・むせやすい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	誤嚥性肺炎の発症・既往 (※) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発症日： 年 月 日) (発症日： 年 月 日)

※初回の入力時には誤嚥性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の誤嚥性肺炎の発症について記載

認知症の診断																																																																																											
□なし □あり(診断日 年 月 日: □アルツハイマー病 □血管性認知症 □レビー小体病 □その他())																																																																																											
認知症	DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)																																																																																										
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>まったくない</td> <td>ほとんどない</td> <td>ときどきある</td> <td>よくある</td> <td>常にある</td> </tr> <tr> <td>・ 日常的な物事に興味を示さない</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 特別な事情がないのに夜中起き出す</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ やたらに歩きまわる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 同じ動作をいつまでも繰り返す</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">〔以下、任意項目〕</td> </tr> <tr> <td>・ 同じ事を何度も何度も聞く</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 昼間、寝てばかりいる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 口汚くののしる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 世話をされるのを拒否する</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 物を貯め込む</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 引き出しや箆笥の中身をみんな出してしまう</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある	・ 日常的な物事に興味を示さない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 特別な事情がないのに夜中起き出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ やたらに歩きまわる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 同じ動作をいつまでも繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	〔以下、任意項目〕						・ 同じ事を何度も何度も聞く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 昼間、寝てばかりいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 口汚くののしる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 世話をされるのを拒否する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 物を貯め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・ 引き出しや箆笥の中身をみんな出してしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある																																																																																					
	・ 日常的な物事に興味を示さない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 特別な事情がないのに夜中起き出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ やたらに歩きまわる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 同じ動作をいつまでも繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	〔以下、任意項目〕																																																																																										
	・ 同じ事を何度も何度も聞く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 昼間、寝てばかりいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 口汚くののしる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
	・ 世話をされるのを拒否する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
・ 物を貯め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
・ 引き出しや箆笥の中身をみんな出してしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
Vitality Index																																																																																											
・ 意思疎通 □自分から挨拶する、話し掛ける □挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる □反応がない																																																																																											
〔以下、任意項目〕																																																																																											
・ 起床 □いつも定時に起床している □起こさないと起床しないことがある □自分から起床することはない																																																																																											
・ 食事 □自分から進んで食べようとする □促されると食べようとする □食事に関心がない、全く食べようとししない																																																																																											
・ 排せつ □いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う □時々、尿意便意を伝える □排せつに全く関心がない																																																																																											
・ リハビリ・活動 □自らリハビリに向かう、活動を求める □促されて向かう □拒否、無関心																																																																																											

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

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 _____	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	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 (□口臭、□歯の汚れ、 □義歯の汚れ、□舌苔) <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 (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 (□維持、□改善 (_____)) <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"/> 音声・言語機能 (□維持、□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"/> 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
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（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 X年 7月19日
	②負担なく調理可能な栄養のあるメニューを教えてほしい。（ご家族） 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"> <input checked="" type="checkbox"/>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） <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>むせ、<input checked="" type="checkbox"/>痰がらみ、<input checked="" type="checkbox"/>口腔乾燥） <input checked="" 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 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"> <input checked="" type="checkbox"/>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）） <input checked="" type="checkbox"/>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）） <input checked="" type="checkbox"/>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（ ）） <input checked="" type="checkbox"/>誤嚥性肺炎の予防 <input checked="" type="checkbox"/>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、日中は身体を動かし、規則正しい生活を送る 妻の負担にも配慮し、簡単で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>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/>摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" 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 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"> 自宅を訪問し、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"> <input checked="" type="checkbox"/>摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" 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 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）

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 (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:)

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

Table with columns: 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)

活動 (基本動作)

Table with columns: 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)

活動 (ADL) (※「している」状況について記載する)

Table with columns: 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)

活動 (IADL)

Table with columns: 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

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)

Table with columns: 課題, 状況

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は共有すべき事項

介護支援専門員とは共有すべき事項

その他、共有すべき事項 ()

※下記の職種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 ()

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) <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	■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) <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
---	---

■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	家庭内の役割の内容	
家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居()	余暇活動(内容および頻度)	
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"/> ポータルトイレ その他()	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	
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			

■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	評価内容の記載方法	■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
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				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	
掃除や整理					
刀仕事					
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 定期的に行っている 3:植替等もしている	
家や車の手入れ				0:していない 1:電球の取替、わじ止めなど 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、 3:月2回程	
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					

■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
					週合計時間	
<input type="checkbox"/> 他事業所の担当者で共有すべき事項		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員で共有すべき事項		<input type="checkbox"/> 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 ()

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	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) (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	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見()	
<input type="checkbox"/>	【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"/>	リハビリテーション計画書に基づくリハビリ	<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) (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】

フリガナ	性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
氏名	要介護度		病名・特記事項等		記入者名	
利用者	食事の準備状況(異い物、食事の支度、地域特性等)				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 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
身長	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg / kg/m ²	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(kg/1ヶ月)	□無 □有(kg/1ヶ月)	□無 □有(kg/1ヶ月)	□無 □有(kg/1ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有(kg/3ヶ月)	□無 □有(kg/3ヶ月)	□無 □有(kg/3ヶ月)	□無 □有(kg/3ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有(kg/6ヶ月)	□無 □有(kg/6ヶ月)	□無 □有(kg/6ヶ月)	□無 □有(kg/6ヶ月)
血清アルブミン値	□無 □有(g/dl)	□無 □有(g/dl)	□無 □有(g/dl)	□無 □有(g/dl)
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
	□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				
栄養摂取量(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(現状相当)	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(現状相当)	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(現状相当)	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
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
食事に対する意識	★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中むせる	□	□	□	□
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(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □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 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持
	□改善が認められない	□改善が認められない	□改善が認められない	□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

★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、1j、0t、0)★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、その程度や個々人の状態等により、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

口腔・栄養スクリーニング様式

ふりがな		□男 □女	□明□大□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 □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	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	□無 □有 (kg/ m ²)	□無 □有 (kg/ m ²)
	直近1～6か月間における 3%以上の体重減少※ ²	□無 □有 (kg/ か月)	□無 □有 (kg/ か月)
	直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少※ ²	□無 □有 (kg/ 6か月)	□無 □有 (kg/ 6か月)
	血清アルブミン値 (g/dl) ※ ³ 3.5 g/dl未満	□無 □有 ((g/dl))	□無 □有 ((g/dl))
	食事摂取量 75%以下※ ³	□無 □有 (%)	□無 □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、
 $38(\text{kg}) \div 1.47(\text{m}) \div 1.47(\text{m}) = 17.6$