

「電子同意」の対象となる帳票

■ 介護老人保健施設

出力帳票名	頁
A-2 インテーク(R4)入所	2
A-2 インテーク(R4)短通リハ	5
総合計画書(R4)(A4)	8
総合計画書(R4)(A3)	10
褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書	11
排せつの状態に関するスクリーニング・ケア計画書	12
リハビリテーション実施計画書(R4)	13
リハビリテーション実施計画書	15
リハビリテーション計画書	17
生活行為向上リハビリテーション実施計画	19
栄養ケア計画書	21
経口移行・経口維持計画	22
栄養ケア・経口移行・経口維持計画書	23
口腔機能改善管理指導計画	24
褥瘡対策診療計画	25
自立支援促進に関する評価・支援計画書	26
リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(施設系)	28

A-2インテーク：適性アセスメント・シート（1/3） [及び(判定後)→暫定ケアプラン]		ID		要介護度		障害自立度	
		利用者氏名		様		認知症自立度	
添付書類等					作成開始日	年 月 日	

	ステージ		特記事項（器具・補助具の状況及びリスク等）
	図 等	区分	
基本動作			
歩行・移動			
移動手段	1. T字杖の利用 2. 装具（短下肢装具等） 3. 歩行器（ウォーカー、シニアカー等）の利用 4. しがみつき歩行器の利用（サークル歩行） 5. 車椅子の利用 6. リクライニング式車椅子の利用 7. 介助者や付き添いの必要 8. 9. 10.		
認知機能		a オリエンテーション	
		b コミュニケーション	
		c 精神活動	
	d 周辺症状	A群	
・世話を拒否する ・不適切に泣いたり笑ったり ・興奮して手足を動かす ・理由なく金切り声をあげる ・衣服や器物を破壊する ・食物などを投げる		・食べ過ぎる ・タンス等の中身を出したり引っかかり回す ・日中屋外や屋内をうろつきまわる ・昼間、寝てばかりいる ・同じことを何度も聞く ・不適切な場所での排尿	
合計数			合計数
その他の周辺症状			
嚥下機能			【歯】

利用前後早期訪問の情報（在宅環境の状況） 未 ・ 訪問日： 年 月 日	その他特記事項
--	---------

A-2インテーク：適性アセスメント・シート（2/3） [及び(判定後)→暫定ケアプラン]				ID		要介護度	障害自立度	
				利用者氏名		様	認知症自立度	

ステージ			特記事項(器具・補助具の状況及びリスク等)
図	等	区分	
食事動作			
食事形態	【主食】 【副食】 【水分】 【補助具】 【療養食】		
排泄動作			
排泄の形態	日中： 夜間：		
尿意	尿意		
	便意		
入浴動作			
入浴手段			
整容		a 口腔ケア	
		b 整容	
		c 衣服	
余暇			
交流			

A-2インテーク：適性アセスメント・シート（3/3） [及び(判定後)→暫定ケアプラン]	ID		要介護度	障害自立度	
	利用者氏名	様		認知症自立度	

医療	特記事項(器具・補助具の状況及びリスク等)
----	-----------------------

身体状況等、その他の特記事項	リスクマネジメント情報 (概ね過去6か月間に発生した事象)			
・身長・体重： ・麻痺および拘縮： ・筋力： ・視力： ・聴力： ・認知関連データ： ・皮膚の状態等： ・嗜好・禁忌等： ・その他：	転倒		誤嚥	
	発熱		骨折	
	褥瘡			
	脱水			
	転落			

インテークに関わった専門職のコメント	
--------------------	--

サービス利用判定会議					区分： 入所
開催日		年 月 日		判定結果	
出席者	医師		栄養士		判定理由
	看護師		支援相談員		
	介護職		介護支援専門員		
	リハ職		リスクマネージャー		

暫定ケアプラン(リスク・リハビリテーション等)	

サービスの提供	
---------	--

本暫定ケアプランについて、 その内容の説明を受け、 同意致します。	年 月 日	説明者
	ご家族氏名： _____	

A-2インテーク：適性アセスメント・シート（1/3） [及び(判定後)→暫定ケアプラン]		ID		要介護度		障害自立度	
		利用者氏名		様		認知症自立度	
添付書類等					作成開始日	年 月 日	
ステージ			特記事項(器具・補助具の状況及びリスク等)				
図 等		区分					
基本動作							
歩行・移動							
移動手段	1. T字杖の利用 2. 装具(短下肢装具等) 3. 歩行器(ウォーカー、シニアカー等)の利用 4. しがみつき歩行器の利用(サークル歩行) 5. 車椅子の利用		6. リクライニング式車椅子の利用 7. 介助者や付き添いの必要 8. 9. 10.				
認知機能		a オリエンテーション					
		b コミュニケーション					
		c 精神活動					
	d 周辺症状	A 群		B 群			
		・世話を拒否する ・不適切に泣いたり笑ったり ・興奮して手足を動かす ・理由なく金切り声をあげる ・衣服や器物を破壊する ・食物などを投げる		・食べ過ぎる ・タンス等の中身を出したり、引っかき回す ・日中屋外や屋内をうろつきまわる ・昼間、寝てばかりいる ・同じことを何度も聞く ・不適切な場所での排尿			
		合計数		合計数			
		その他の周辺症状					
嚥下機能			【歯】				
利用前後早期訪問の情報（自宅環境の状況） 未 ・ 訪問日： 年 月 日			その他特記事項				

A-2インテーク：適性アセスメント・シート（2/3） [及び(判定後)→暫定ケアプラン]				ID		要介護度	障害自立度	
				利用者氏名		様	認知症自立度	

ステージ			特記事項(器具・補助具の状況及びリスク等)
図	等	区分	
食事動作			
食事形態	【主食】 【副食】 【水分】 【補助具】 【療養食】		
排泄動作			
排泄の形態	日中： 夜間：		
尿意	尿意		
	便意		
入浴動作			
入浴手段			
整容		a 口腔ケア	
		b 整容	
		c 衣服	
余暇			
交流			

A-2インテーク：適性アセスメント・シート（3/3） [及び（判定後）→暫定ケアプラン]	ID		要介護度	障害自立度	
	利用者氏名	様		認知症自立度	

医療	特記事項（器具・補助具の状況及びリスク等）
----	-----------------------

身体状況等、その他の特記事項 ・身長・体重： ・麻痺・拘縮： ・筋力： ・視力： ・聴力： ・認知関連データ： ・皮膚の状態等： ・嗜好・禁忌等： ・その他：	リスクマネジメント情報 （概ね過去6か月間に発生した事象）			
	転倒		誤嚥	
	発熱		骨折	
	褥瘡			
	脱水			
	転落			

インテークに関わった専門職のコメント	
--------------------	--

サービス利用判定会議					区分：	短期入所・通所
開催日		年 月 日		判定結果		
出席者	医師		栄養士		判定理由	
	看護師		支援相談員			
	介護職		介護支援専門員			
	リハ職		リスクマネージャー			

暫定ケアプラン（リスク・リハビリテーション等）	
サービスの提供	継続的・定期的な利用についての希望・見通し等

本暫定ケアプランについて、 その内容の説明を受け、 同意致します。	年 月 日	説明者
	ご家族氏名： _____	

利用者 氏名		障害 自立度		要介護度	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	様	認知症 自立度			介護支援専門員 担当者	印 印

原因疾患	発症及び経過

専門職(チーム)アセスメント 及び 実施計画内容等の要点			
介 護		リハビリ	リハビリ実施計画書の要点：
	担当		担当
医 師		看 護	
	担当		担当
栄 養	栄養ケアマネジメントの要点：	支援 相談員	
	担当		担当

利用者及び家族の意向	総合的な援助方針

介護老人保健施設ケアプラン（リハビリテーション・ケア・栄養・口腔）総合計画書 (2/2)

利用者氏名		障害 自立度		要介護度	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	様	認知症 自立度			介護支援専門員	
					担当者	

作成日	目標(長期)	加算項目
年 月 日		

課題／コメント	目標(短期3か月)	ケア項目	ケア内容	担当	評価(日付: /)
---------	-----------	------	------	----	------------

週間サービス計画書								一日を通して特別必要な 対応及び注意点
	月	火	水	木	金	土	日	
朝								
昼								
夜								

本ケアプランについてその内容の説明を受け、同意し交付を受けました。

同意日: 年 月 日 本人氏名: ご家族氏名:

介護老人保健施設ケアプラン（リハビリテーション・ケア・栄養・口腔）総合計画書									
利用者氏名		障害自立度	認知症自立度	要介護度	認定有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日		介護支援専門員	印	
							担当者	印	
原因疾患					発症及び経過				
専門職（チーム）アセスメント 及び 実施計画内容等の要点									
介護	担当				リハビリ	リハビリ実施計画書の要点： 担当			
医師	担当				看護	担当			
栄養	栄養ケアアセスメントの要点： 担当				支援相談員	担当			
利用者及び家族の意向					総合的な援助方針				
作成日		目標（長期）				加算項目			
年 月 日									
課題／コメント		目標（短期3か月）		ケア項目	ケア内容			担当	評価（日付： 年 月 日）
週間サービス計画書								一日を通して特別必要な対応及び注意点	
	月	火	水	木	金	土	日		
朝									
昼									
夜									
本ケアプランについてその内容の説明を受け、同意し交付を受けました。									
同意日： 年 月 日 利用者氏名： ご家族氏名：									

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

氏名 様 男 女 評価日 年 月 日 計画作成日 年 月 日

年 月 日 生 (歳)

記入担当者名

記入担当者職種

褥瘡の有無

1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ()) 褥瘡発生日 年 月 日
2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ())

障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		対処	
危険因子の評価	ADLの状況	入浴	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない	「自分でやっていない」、「あり」に1つ以上該当する場合、褥瘡ケア計画を立案し実施する。	
		食事摂取	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない ☐ 対象外 (※1)		
		更衣	上衣		☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない
			下衣		☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない
基本動作	寝返り	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない			
	座位の保持	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない			
	座位での乗り移り	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない			
	立位の保持	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない			
排せつの状況	尿失禁	☐ なし ☐ あり ☐ 対象外 (※2)			
	便失禁	☐ なし ☐ あり ☐ 対象外 (※3)			
	パルスカテールの使用	☐ なし ☐ あり			
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか		☐ なし ☐ あり			

※1: 経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2: パルスカテール等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3: 人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価		深さ	
深さ	☐ d 0: 皮膚損傷・発赤なし ☐ d 1: 持続する発赤 ☐ d 2: 真皮までの損傷	☐ D 3: 皮下組織までの損傷 ☐ D 4: 皮下組織を越える損傷 ☐ D 5: 関節腔、体腔に至る損傷 ☐ DDTI: 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い ☐ D U: 壊死組織で覆われ深さ判定が不能	
浸出液	☐ e 0: なし ☐ e 1: 少量: 毎日のドレッシング交換を要しない ☐ e 3: 中等量: 1日1回のドレッシング交換を要する	☐ E 6: 多量: 1日2回以上のドレッシング交換を要する	
大きさ	☐ s 0: 皮膚損傷なし ☐ s 8: 16以上36未満 ☐ s 3: 4未満 ☐ s 9: 36以上64未満 ☐ s 6: 4以上16未満 ☐ s 12: 64以上100未満	☐ S 15: 100以上	
炎症/感染	☐ i 0: 局所の炎症徴候なし ☐ i 1: 局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	☐ I 3C: 臨床的定着疑い (創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) ☐ I 3: 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など) ☐ I 9: 全身的影響あり (発熱など)	
肉芽形成	☐ g 0: 創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 ☐ g 1: 良性肉芽が創面の90%以上を占める ☐ g 3: 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	☐ G 4: 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める ☐ G 5: 良性肉芽が創面の10%未満を占める ☐ G 6: 良性肉芽が全く形成されていない	
壊死組織	☐ n 0: 壊死組織なし	☐ N 3: 柔らかい壊死組織あり ☐ N 6: 硬く厚い密着した壊死組織あり	
ポケット	☐ p 0: ポケットなし	☐ P 6: 4未満 ☐ P 12: 16以上36未満 ☐ P 9: 4以上16未満 ☐ P 24: 36以上	

褥瘡状態の評価については「改定 DESIGN-R(R) 2020 コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人 日本褥瘡学会)を参照。

留意する項目		計画の内容	
関連職種が共同して取り組むべき事項			
評価を行う間隔			
圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上		
	イス上		
スキンケア			
栄養状態改善			
リハビリテーション			
その他			

利用者及び家族の意向

説明と同意日 署名 続柄

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

評価日

年 月 日

計画作成日

年 月 日

氏名

様 男 女

年 月 日 生 (歳)

記入者職種

記入者名

医 師 名

看護師名

排せつの状態及び今後の見込み

	施設入所時	評価時	3か月後の見込み	
			支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
おむつ 使用の有無	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)
ポータブル トイレ 使用の有無	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)

※排尿・排便の状態の評価については「認定調査員テキスト2009 改訂版（平成30年4月改訂）」を参照。

排せつの状態に関する支援の必要性	あり なし
------------------	-------

排せつに介護を要する要因

支援計画

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

年 月 日

氏名

リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日： 年 月 日

利用者氏名： 性別： 生年月日 年 月 日 (歳) 要介護度：

健康状態（原因疾患、発症・受傷日等）	合併疾患・コントロール状態 （高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等） 生活不活発病（廃用症候群） 発生原因が分かる場合はその内容 ()
--------------------	--

心身機能	
運動機能障害	拘縮
感覚機能障害	関節痛
高次脳機能障害	その他
認知症の評価	

自立・介護 状況		現在の評価及び目標					具体的なアプローチ				
		行っていること	出来ること	目標ステータス	使用用具 杖・装具・歩行器・車椅子など	介護内容 つたい・もたれ等	到達時期	重点項目	PT、OT、STが実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
項 目											
基本動作											
歩行・移動											
排泄動作											
入浴動作											
嚥下機能											
食事動作											
口腔ケア											
整容											
更衣											
オリエンテーション											
精神活動											
コミュニケーション											
余暇											
交流											
家事											

リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望 (年 月 日)																					
ご家族の希望 (年 月 日)																					
生活 目標	その人らしく生活するためのポイント																				
リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン プ ロ グ ラ ム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み																				
ご本人に行ってもらふこと																					
ご家族にお願いしたいこと																					
病気との関係で気をつけること																					
“まとめ”および前回計画書作成時からの改善・変化等 (月 日)																					
備考																					
担 当 チ ーム	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">担当医</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>PT・OT・ST</td> <td>()、</td> <td>()、</td> <td>()、</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>看護・介護</td> <td>()、</td> <td>()、</td> <td>()、</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>()、</td> <td>()、</td> <td>()、</td> <td>()</td> </tr> </table>	担当医					PT・OT・ST	()、	()、	()、	()	看護・介護	()、	()、	()、	()		()、	()、	()、	()
担当医																					
PT・OT・ST	()、	()、	()、	()																	
看護・介護	()、	()、	()、	()																	
	()、	()、	()、	()																	

()内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意： 年 月 日

ご本人サイン：

ご家族サイン：

説明者サイン：

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

リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日： 年 月 日

利用者氏名： 性別： 生年月日： 年 月 日 （ 歳 ） 要介護度：

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等) 生活不活発病(廃用症候群) (発生原因が分かる場合はその内容)	心身機能 ☐ 運動機能障害 ☐ 感覚機能障害 ☐ 高次脳機能障害
参加 主目標(コロン(:))の後に具体的内容を記入)		☐ 拘縮 (部位：) ☐ 関節痛(部位：) ☐ その他
退所先 ☐ 自宅 ☐ その他： ☐ 退所未定		
家庭内役割(家事への参加、等)：		
社会活動：		
外出(内容・頻度等)：		
余暇活動(内容・頻度等)：		
退所後利用資源：		認知症に関する評価

自立・介護 状況 項 目		現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
		自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩行器・ 車椅子など	介護内容 つたい・もたれ等	到達 時期	重点 項目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動												
	階段昇降												
	屋内移動												
	屋外移動												
	食事												
	排泄（昼）												
	排泄（夜）												
	整容												
	更衣												
	入浴												
	コミュニケーション												
	家事												
外出													

自立・介護 状況 項 目		現在の評価及び目標						具体的なアプローチ				
		自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩行器・ 車椅子など	介護内容 つたい・もたれ等	到達 時期	重点 項目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等
起居動作	寝返り											
	起き上がり											
	座位											
	立ち上がり											
	立位											
摂食・嚥下												

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

リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望	(年 月 日)
ご家族の希望	(年 月 日)

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

ご本人に行ってもらふこと
ご家族にお願いしたいこと
病気との関係で気をつける事

担当チーム	担当医				
	PT・OT・ST	()、	()、	()、	()
	看護・介護	()、	()、	()、	()
		()、	()、	()、	()

()内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意 年 月 日

ご本人サイン： ご家族サイン： 説明者サイン：

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

事業所番号

リハビリテーション計画書

□入院 □外来 □該当無し / □訪問 □通所 / □入所

計画作成日： 年 月 日

本人氏名： 様 性別： 男 ・ 女 生年月日： 年 月 日 （ 歳 ） 要介護度：

リハビリテーション担当医 担当 （

■本人の希望（したい又はできるようになりたい生活の希望等）

■家族の希望（本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等）

■健康状態、経過

原因疾病： （ ）

発症日・受傷日： 年 月 日 直近の入院日： 年 月 日 直近の退院日： 年 月 日

治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）：

合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）：

（ ） （ ） （ ） （ ）

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

目標設定等支援・管理シート： ☐あり ☐なし 日常生活自立度： 自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準： 自立、Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ

■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	▼	▼	
麻痺	▼	▼	
感覚機能障害	▼	▼	
関節可動域制限	▼	▼	
摂食嚥下障害	▼	▼	
失語症・構音障害	▼	▼	
見当識障害	▼	▼	
記憶障害	▼	▼	
高次脳機能障害 （ ）	▼	▼	
栄養障害	▼	▼	
褥瘡	▼	▼	
疼痛	▼	▼	
精神行動障害（BPSD）	▼	▼	
☐ なし ☐ 6分間歩行試験 ☐ TUG Test			
服薬管理	▼		
☐ なし ☐ MMSE ☐ 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	▼	▼	
起き上がり	▼	▼	
座位保持	▼	▼	
立ち上がり	▼	▼	
立位保持	▼	▼	

■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	▼	▼	
バスとベッド間の移乗	▼	▼	
整容	▼	▼	
トイレ動作	▼	▼	
入浴	▼	▼	
平地歩行	▼	▼	
階段昇降	▼	▼	
更衣	▼	▼	
排便コントロール	▼	▼	
排尿コントロール	▼	▼	
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方針（今後3ヶ月間）

■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（自主トレーニング含む）

■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終了の目安・時期

（終了の目安となる時期： ヶ月頃）

利用者・ご家族への説明： 年 月 日

本人のサイン： 家族サイン： 説明者サイン：

特記事項：

■環境因子(※課題ありの場合レ点 現状と将来の見込みについて記載する)

	課題	状況	
家族	☐	☐ 独居 ☐ 同居 ()	
福祉用具等	☐	☐ 杖 ☐ 装具 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 手すり ☐ ベッﾄﾞ ☐ ポｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ ☐ その他 ()	調整 ☐ 該当無し ☐ 調整済 ☐ 未調整
住環境	☐	☐ 一戸建 ☐ 集合住宅 : 居住階(階) ☐ 階段 ☐ エレﾍﾞｰﾀ ☐ 玄関前の段差 ☐ 手すり (設置場所:) 食卓: ☐ 座卓 ☐ ﾃｰﾌﾞﾙ・ｲｰｽ ﾄｲﾚ : ☐ 洋式 ☐ 和式 ☐ ポｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ ☐ その他 ()	調整 ☐ 該当無し ☐ 調整済 ☐ 改修中 ☐ 未調整
自宅周辺	☐		
交通機関の利用	☐	☐ 無 ☐ 有 ()	
サービスの利用	☐		
その他	☐		

■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)

家庭内の役割の内容 ☐特になし

余暇活動(内容および頻度) ☐特になし

	頻度	週	回
	頻度	週	回
	頻度	週	回
	頻度	週	回
	頻度	週	回

社会地域活動(内容および頻度) ☐特になし

	頻度	週	回
	頻度	週	回
	頻度	週	回
	頻度	週	回
	頻度	週	回

ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ終了後に行いたい社会参加等の取組 ☐特になし

■活動(IADL)

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
食事の用意				0: していない 1: まれにしている 2: 週に1～2回 3: 週に3回以上 0: していない 1: まれにしている 2: 週に1回未満 3: 週に1回以上
食事の片付け				
洗濯				
掃除や整頓				
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				
家や車の手入れ				0: していない 1: 電球の取替、ねじ止めなど 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				

■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

■ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝサービス

☐訪問・通所頻度 (回数(週)) ☐利用時間 (時間(週)) ☐送迎なし

No.	目標(解決すべき課題)	期間(月)	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(分/回)
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週合計時間	分/回

☐他事業所の担当者と共有すべき事項

☐介護支援専門員と共有すべき事項

☐その他、共有すべき事項 ()

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

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

生活行為向上リハビリテーション実施計画

(1/2)

利用者氏名： _____ 様 作成年月日 _____ 年 月 日

本人の生活 行為の目標					
家族の目標					
実施期間		通所訓練期	年 月 日 ~ 年 月 日	社会適応訓練期	年 月 日 ~ 年 月 日
		通所頻度	回/週	通所頻度	回/週
活動	プログラム	通所	☐ 該当あり ☐ 該当なし	通所	☐ 該当あり ☐ 該当なし
		訪問	☐ 該当あり ☐ 該当なし	訪問	☐ 該当あり ☐ 該当なし
	自己訓練				
心身機能	プログラム	通所	☐ 該当あり ☐ 該当なし	通所	☐ 該当あり ☐ 該当なし
		訪問	☐ 該当あり ☐ 該当なし	訪問	☐ 該当あり ☐ 該当なし
	自己訓練				

生活行為向上リハビリテーション実施計画

(2/2)

利用者氏名： _____ 様 作成年月日 _____ 年 月 日

参加	プログラム	通所	☐ 該当あり ☐ 該当なし	通所	☐ 該当あり ☐ 該当なし
		訪問	☐ 該当あり ☐ 該当なし	訪問	☐ 該当あり ☐ 該当なし
	自己訓練				

【支援内容の評価】

上記計画の内容について説明を受けました。 年 月 日 ご本人氏名： _____ ご家族氏名： _____	上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 年 月 日
---	---

栄養ケア計画書（施設）

氏名		様	作成者		入所(院)日 : 年 月 日				
					初回作成日 : 年 月 日				
					作成(変更)日 : 年 月 日				
利用者及び家族の 意向					説明と同意日				
					年 月 日				
解決すべき課題 (ニーズ)	低栄養状態のリスク(低 ・ 中 ・ 高)				サイン				
長期目標と期間					続柄				
短期目標と期間	栄養ケアの具体的な内容 (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)				担当者	頻度	期間		
特記事項									

経口移行・経口維持計画

フリガナ		性別	生年月日	経口摂取の状態	算定加算
氏名			年 月 日	☐ 歯又は使用中の義歯がある ☐ 食事の介助が必要である	☐ 経口移行加算 ☐ 経口維持加算(Ⅰ) ☐ 経口維持加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)
摂食・嚥下機能検査の実施*				協力歯科医療機関名	
☐ 水飲みテスト ☐ 頸部聴診法 ☐ 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（				検査実施日*	年 月 日
				検査結果や観察等を通して把握した課題の所在	☐ 認知機能 ☐ 咀嚼・口腔機能 ☐ 嚥下機能

※経口移行加算を算定する場合は、*の項目の記入は不要です。

1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点* ※当欄の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回実施の上、記入してください。

食事の観察を通じて気づいた点 食事の観察の実施日： 年 月 日 食事の観察の参加者： ☐ 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	
1. 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	☐ はい ☐ いいえ
2. 頸部が後屈しがちである	☐ はい ☐ いいえ
3. 食事を楽しみにしていない	☐ はい ☐ いいえ
4. 食事をしながら、寝てしまう	☐ はい ☐ いいえ
5. 食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	☐ はい ☐ いいえ
6. 食事又はその介助を拒否する	☐ はい ☐ いいえ
7. 食事に時間がかかり、疲労する	☐ はい ☐ いいえ
8. 次から次へと食べ物を口に運ぶ	☐ はい ☐ いいえ
9. 口腔内が乾燥している	☐ はい ☐ いいえ
10. 口腔内の衛生状態が悪い	☐ はい ☐ いいえ
11. 噛むことが困難である(歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある)	☐ はい ☐ いいえ
12. 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	☐ はい ☐ いいえ
13. 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	☐ はい ☐ いいえ
14. 口から食物や唾液がこぼれる	☐ はい ☐ いいえ
15. 口腔内に食物残渣が目立つ	☐ はい ☐ いいえ
16. 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	☐ はい ☐ いいえ
17. 一口あたり何度も嚥下する	☐ はい ☐ いいえ
18. 頻繁にむせたり、せきこんだりする	☐ はい ☐ いいえ
19. 食事中や食後に濁った声に変わる	☐ はい ☐ いいえ
20. 食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	☐ はい ☐ いいえ
21. 観察時から直近2ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	☐ はい ☐ いいえ
22. 食事の摂取量に問題がある(拒食、過食、偏食など)	☐ はい ☐ いいえ

多職種会議における議論の概要			
会議実施日： 年 月 日 会議参加者： ☐ 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			
経口による継続的な食事摂取のための支援の観点		1. 食事の形態・とろみ、補助食の活用	☐ 現状維持 ☐ 変更
		2. 食事の周囲環境	☐ 現状維持 ☐ 変更
		3. 食事の介助の方法	☐ 現状維持 ☐ 変更
		4. 口腔のケアの方法	☐ 現状維持 ☐ 変更
		5. 医療又は歯科医療受療の必要性	☐ あり ☐ なし
算定加算	担当職種	担当者氏名	気づいた点、アドバイス等
経口維持加算(Ⅰ)			
経口維持加算(Ⅱ)			
食事形態の種類・とろみの程度 ※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013やその他嚥下調整食分類等を参照のこと			

2. 経口による食事の摂取のための計画 ※栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記該当項目の記入は不要です。
 また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載してください。

初回作成日（作成者）	年 月 日（	同意者のサイン	説明と同意を得た日
作成(変更)日（作成者）	年 月 日（	(※初回作成時及び大幅な変更時)	(※初回作成時及び大幅な変更時)
入所(院)者又は家族の意向			年 月 日
解決すべき課題や目標、目標期間			
経口による食事の摂取のための対応	経口移行加算		
	経口維持加算(Ⅰ)*		
	経口維持加算(Ⅱ)*		

栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（施設）

氏名		様	作成者		入所(院)日 : 年 月 日				
					初回作成日 : 年 月 日				
					作成(変更)日 : 年 月 日				
利用者及び家族の 意向					説明と同意日				
					年 月 日				
解決すべき課題 (ニーズ)	低栄養状態のリスク(低 ・ 中 ・ 高)				サイン				
長期目標と期間					続柄				
短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容（分類※）				頻度	期間	担当者		
特記事項									

分類※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

() さんの口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画

わたしのゴール

--

ゴールに向かう身近な目標	目標達成のための具体的計画(頻度等も含む。)	実施期間評価予定

実行や支援にあたって、注意することなど

--

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

計画作成者：

職種(☐言語聴覚士・☐歯科衛生士・☐看護職員)

初回作成日： _____ 年 月 日

作成(変更)日： _____ 年 月 日

※①サービス担当者が実施する計画、②関連職員が実施する計画、③本人又はその家族等が実施する計画とそれに係る具体的な指導、助言等の文書等を添付する。

褥瘡対策に関する診療計画書

フリガナ

氏名 _____ 様 男 女 病棟 _____ 計画作成日 _____
 _____ 年 月 日 生 (歳) 記入担当者名 _____ 褥瘡発生日 _____

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ())
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ())

危険因子の評価	障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	対処
	ADLの状況	入浴	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない	「自分でやっていない」、「あり」に1つ以上該当する場合、褥瘡ケア計画を立案し実施する。
		食事摂取	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない ☐ 対象外 (※1)	
		更衣	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない	
	基本動作	上衣	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない	
		下衣	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない	
		寝返り	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない	
		座位の保持	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない	
	排せつの状況	座位での乗り移り	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない	
		立位の保持	☐ 自分でやっている ☐ 自分でやっていない	
		尿失禁	☐ なし ☐ あり ☐ 対象外 (※2)	
		便失禁	☐ なし ☐ あり ☐ 対象外 (※3)	
		バルーンカテーテルの使用	☐ なし ☐ あり	
	過去3か月以内に褥瘡の既往があるか		☐ なし ☐ あり	

※1：経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2：バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3：人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ	☐ d 0：皮膚損傷・発赤なし ☐ d 1：持続する発赤 ☐ d 2：真皮までの損傷	☐ D 3：皮下組織までの損傷 ☐ D 4：皮下組織を越える損傷 ☐ D 5：関節腔、体腔に至る損傷 ☐ DDTI：深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い ☐ D U：壊死組織で覆われ深さ判定が不能
	浸出液	☐ e 0：なし ☐ e 1：少量：毎日のドレッシング交換を要しない ☐ e 3：中等量：1日1回のドレッシング交換を要する	☐ E 6：多量：1日2回以上のドレッシング交換を要する
	大きさ	☐ s 0：皮膚損傷なし ☐ s 8：16以上36未満 ☐ s 3：4未満 ☐ s 9：36以上64未満 ☐ s 6：4以上16未満 ☐ s 12：64以上100未満	☐ S 15：100以上
	炎症/感染	☐ i 0：局所の炎症徴候なし ☐ i 1：局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	☐ I 3C：臨床的定着疑い (創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) ☐ I 3：局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など) ☐ I 9：全身的影響あり (発熱など)
	肉芽形成	☐ g 0：創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 ☐ g 1：良性肉芽が創面の90%以上を占める ☐ g 3：良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	☐ G 4：良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める ☐ G 5：良性肉芽が創面の10%未満を占める ☐ G 6：良性肉芽が全く形成されていない
	壊死組織	☐ n 0：壊死組織なし	☐ N 3：柔らかい壊死組織あり ☐ N 6：硬く厚い密着した壊死組織あり
	ポケット	☐ p 0：ポケットなし	☐ P 6：4未満 ☐ P 12：16以上36未満 ☐ P 9：4以上16未満 ☐ P 24：36以上

※褥瘡状態の評価については「改定 DESIGN-R(R) 2020 コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人 日本褥瘡学会)を参照。

看護計画	留意する項目	計画の内容	
	圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散 寝具、頭部挙上方法、 車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
		イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
	リハビリテーション		

(記載上の注意)

- 日常生活自立度の判定に当たっては「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

説明と同意日 _____ 署名 _____ 続柄 _____

自立支援促進に関する評価・支援計画書

評価日

年 月 日

計画作成日

年 月 日

氏名

様 男 女

年 月 日 生 (歳)

医 師 名

介護支援専門員名

現状の評価と支援計画実施による改善の可能性

(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名)については1.に記入)及び発症年月日																																																					
1.	発症年月日 (年 月 日頃)																																																				
2.	発症年月日 (年 月 日頃)																																																				
3.	発症年月日 (年 月 日頃)																																																				
(2) 生活機能低下の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び治療内容(前回より変化のあった事項について記入)																																																					
(3) 日常生活の自立度等について																																																					
・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 ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M																																																					
(4) 基本動作	(5) ADL※																																																				
・寝返り ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ・起き上がり ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ・座位の保持 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ・立ち上がり ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ・立位の保持 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>自立</th> <th>一部介助</th> <th>全介助</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・食事</td> <td>☐10</td> <td>☐5</td> <td>☐0</td> </tr> <tr> <td>・椅子とベッド間の移乗</td> <td>☐15</td> <td>☐10 ← (監視下)</td> <td>☐0</td> </tr> <tr> <td>(座るが移れない) →</td> <td>☐5</td> <td>☐0</td> <td>☐0</td> </tr> <tr> <td>・整容</td> <td>☐5</td> <td>☐0</td> <td>☐0</td> </tr> <tr> <td>・トイレ動作</td> <td>☐10</td> <td>☐5</td> <td>☐0</td> </tr> <tr> <td>・入浴</td> <td>☐5</td> <td>☐0</td> <td>☐0</td> </tr> <tr> <td>・平地歩行</td> <td>☐15</td> <td>☐10 ← (歩行器等)</td> <td>☐0</td> </tr> <tr> <td>(車椅子操作が可能) →</td> <td>☐5</td> <td>☐0</td> <td>☐0</td> </tr> <tr> <td>・階段昇降</td> <td>☐10</td> <td>☐5</td> <td>☐0</td> </tr> <tr> <td>・更衣</td> <td>☐10</td> <td>☐5</td> <td>☐0</td> </tr> <tr> <td>・排便コントロール</td> <td>☐10</td> <td>☐5</td> <td>☐0</td> </tr> <tr> <td>・排尿コントロール</td> <td>☐10</td> <td>☐5</td> <td>☐0</td> </tr> </tbody> </table>		自立	一部介助	全介助	・食事	☐ 10	☐ 5	☐ 0	・椅子とベッド間の移乗	☐ 15	☐ 10 ← (監視下)	☐ 0	(座るが移れない) →	☐ 5	☐ 0	☐ 0	・整容	☐ 5	☐ 0	☐ 0	・トイレ動作	☐ 10	☐ 5	☐ 0	・入浴	☐ 5	☐ 0	☐ 0	・平地歩行	☐ 15	☐ 10 ← (歩行器等)	☐ 0	(車椅子操作が可能) →	☐ 5	☐ 0	☐ 0	・階段昇降	☐ 10	☐ 5	☐ 0	・更衣	☐ 10	☐ 5	☐ 0	・排便コントロール	☐ 10	☐ 5	☐ 0	・排尿コントロール	☐ 10	☐ 5	☐ 0
	自立	一部介助	全介助																																																		
・食事	☐ 10	☐ 5	☐ 0																																																		
・椅子とベッド間の移乗	☐ 15	☐ 10 ← (監視下)	☐ 0																																																		
(座るが移れない) →	☐ 5	☐ 0	☐ 0																																																		
・整容	☐ 5	☐ 0	☐ 0																																																		
・トイレ動作	☐ 10	☐ 5	☐ 0																																																		
・入浴	☐ 5	☐ 0	☐ 0																																																		
・平地歩行	☐ 15	☐ 10 ← (歩行器等)	☐ 0																																																		
(車椅子操作が可能) →	☐ 5	☐ 0	☐ 0																																																		
・階段昇降	☐ 10	☐ 5	☐ 0																																																		
・更衣	☐ 10	☐ 5	☐ 0																																																		
・排便コントロール	☐ 10	☐ 5	☐ 0																																																		
・排尿コントロール	☐ 10	☐ 5	☐ 0																																																		
(6) 廃用性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果																																																					
☐ 期待できる (期待できる項目: ☐ 基本動作 ☐ ADL ☐ IADL ☐ 社会参加 ☐ その他) ☐ 期待できない ☐ 不明 ・リハビリテーション(医師の指示に基づく専門職種によるもの)の必要性 ☐ あり ☐ なし ・機能訓練の必要性 ☐ あり ☐ なし																																																					
(7) 尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画																																																					
☐ 尊厳の保持に資する取組 ☐ 本人を尊重する個別ケア ☐ 寝たきり防止に資する取組 ☐ 自立した生活を支える取組																																																					
(8) 医学的観点からの留意事項																																																					
・血圧 ☐ 特になし ☐ あり () ・移動 ☐ 特になし ☐ あり () ・摂食 ☐ 特になし ☐ あり () ・運動 ☐ 特になし ☐ あり () ・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり () ・その他 ☐ 特になし ☐ あり ()																																																					

(※ 利用者が日常生活の中で「できるADL動作」について評価して下さい。)

支援実績

離床・基本動作	ADL動作	日々の過ごし方等	訓練時間
・離床 ☐ あり ☐ なし 1日あたり()時間 ・座位保持 ☐ あり ☐ なし 1日あたり()時間 (内訳) ベッド上()時間 車椅子()時間 普通の椅子()時間 その他()時間 ・立ち上がり ☐ あり ☐ なし 1日あたり()回	・食事 (自立・見守り・一部介助・全介助)※ ☐ 居室外(普通の椅子) ☐ 居室外(車椅子) ☐ ベッドサイド ☐ ベッド上 ☐ その他 食事時間や嗜好への対応 ☐ 有 ☐ 無 ・排せつ(日中) (自立・見守り・一部介助・全介助)※ ☐ 居室外のトイレ ☐ 居室内のトイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ その他 個人の排泄リズムへの対応 ☐ 有 ☐ 無 ・排せつ(夜間) (自立・見守り・一部介助・全介助)※ ☐ 居室外のトイレ ☐ 居室内のトイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ その他 個人の排泄リズムへの対応 ☐ 有 ☐ 無 ・入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助)※ ☐ 大浴槽 ☐ 個人浴槽 ☐ 機械浴槽 ☐ 清拭 1週間あたり()回 マンツーマン入浴ケア ☐ 有 ☐ 無	・本人の希望の確認 1月あたり()回 ・外出 1週間あたり()回 ・居室以外(食堂・デイルームなど)における滞在 1日あたり()時間 ・趣味・アクティビティ・役割活動 1週間あたり()回 ・職員の居室訪問 1日あたり()回 ・職員との会話・声かけ 1日あたり()回 ・着替えの回数 1週間あたり()回 ・居場所作りの取組 ☐ 有 ☐ 無	・リハビリ専門職による訓練 ☐ あり ☐ なし 1週間あたり()時間 ・看護・介護職による訓練 ☐ あり ☐ なし 1週間あたり()時間 ・その他職種 ☐ あり ☐ なし 1週間あたり()時間

(※ 利用者が実際に日常生活の中で「しているADL動作」について評価して下さい。)

支援計画

・離床・基本動作についての支援計画	☐ あり ☐ なし	(具体的な計画)
・ADL動作についての支援計画	☐ あり ☐ なし	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	☐ あり ☐ なし	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画(訓練時間等)	☐ あり ☐ なし	(具体的な計画)

上記計画の内容について説明を受けました。 年 月 日 ご本人氏名： ご家族氏名：	上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 年 月 日
---	---

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

氏名：				様		入所(院)日： 年 月 日	
						初回作成日： 年 月 日	
作成者：		リハ：	栄養：	口腔：	作成(変更)日： 年 月 日		
利用者及び 家族の意向					説明日 年 月 日		同意日 年 月 日
					説明者		同意者
	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養、経口移行 *1・維持 *2		口腔			
解決すべき 課題 (ニーズ)		低栄養状態のリスク (☐ 低 ☐ 中 ☐ 高)		☐ 口腔衛生状態 (☐ 歯の汚れ ☐ 義歯の汚れ) ☐ 舌苔 ☐ 口臭 ☐ 口腔機能の状態 (☐ 食べこぼし ☐ 舌の動きが悪い) ☐ むせ ☐ 痰がらみ ☐ 口腔乾燥 ☐ 歯の本数 () 本 ☐ 歯の問題 (☐ う蝕 ☐ 歯の破折 ☐ 修復物脱離) ☐ その他 () ☐ 義歯の問題 (☐ 不適合 ☐ 破損) ☐ その他 () ☐ 歯周病 ☐ 口腔粘膜疾患(潰瘍等)			
長期目標・ 期間	(心身機能) (活動) (参加)			☐ 歯科疾患 (☐ 予防 ☐ 重症化予防) ☐ 口腔衛生 (☐ 自立 ☐ 介護者の口腔清掃の技術向上) ☐ 専門職の定期的な口腔清掃等 ☐ 摂食・嚥下機能 (☐ 目標設定無し ☐ 維持 ☐ 改善)			
短期目標・ 期間	(心身機能) (活動) (参加)			☐ 食形態 (☐ 目標設定無し ☐ 維持 ☐ 改善) ☐ 栄養状態 (☐ 目標設定無し ☐ 維持 ☐ 改善) ☐ 誤嚥性肺炎の予防 ☐ その他 ()			
具体的な 内容					☐ 口腔の清掃 ☐ 口腔の清掃に関する指導 ☐ 義歯の清掃 ☐ 義歯の清掃に関する指導 ☐ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ☐ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ☐ その他 () ☐ 月4回程度 ☐ 月2回程度 ☐ 月1回程度 ☐ その他 ()		
	担当職種： 期間： 頻度：週 回 時間： 分/回		担当職種： 期間： 頻度：週 回				
算定加算等	☐ リハビリテーションマネジメント(介護老人保健施設) ☐ 個別機能訓練加算 ☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算(介護医療院)						
	☐ 栄養マネジメント強化加算 ☐ 経口移行加算 *1 ☐ 経口維持加算 *2 (☐ Ⅰ ☐ Ⅱ) ☐ 療養食加算						
	☐ 口腔衛生管理加算(Ⅰ) ☐ 口腔衛生管理加算(Ⅱ)						