「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
初回プラン	2
施設サービス計画書(第1表、第2表、第3表)	3
褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書	6
排せつの状態に関するスクリーニング・ケア計画書	7
A-2 インテーク(R4)入所	8
A-2 インテーク(R4)短通リハ	11
総合計画書(R4)(A4)	14
総合計画書(R4)(A3)	16
リハビリテーション実施計画書	17
リハビリテーション実施計画書(R4)	19
リハビリテーション計画書	21
生活行為向上リハビリテーション実施計画	23
栄養ケア計画書	25
経口移行•経口維持計画	26
栄養ケア・経口移行・経口維持計画書	27
口腔機能改善管理指導計画	28
褥瘡対策診療計画	29
自立支援促進に関する評価・支援計画書	30
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)	32

初		ゴ	=	٠,
コンノ	ш		J.	_

フリカ゛ナ

事業所名:	

 作成日:
 年月日

 作成者:

117-20 1	
入所日	年 月 日

本人氏名		様	' 性別 		生年月日	年 /	月 日	(競)	介護度		
本人の 希望・要) 望											
家族の 希望・要) 望											
						目標及び目	的					
リハビリテー						内容						
実施計画 (暫定)	書											
		担当者:										
						目標及び目	的					
						内容						
栄養ケア言	十画	管理栄養士:										
						目標及び目	的					
療養棟ケアプラン (暫定)												
	- 7=>.					内容						
		担当者:										
T ====================================	nr=1-+°-			3 2 2 1 + 1	+-							

[同意欄] 初回プランについて説明を受け、内容に同意しました。

同意日: 年 月 日 氏名:

第1表

施設サービス計画書(1)

作成年月日

年 月 日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済

申請中

利用者名		<u> </u>	年 月 日	住所				
施設サービス計画作成者ら	氏名及び職種							
施設サービス計画作成介詞	護保険施設名及び	所在地						
施設サービス計画作成(変	更)日	年 月 日	初回施設サービス計画作成日	年	月日			
認定日	年 月 日	認定の有効期間	年月日 ~	4 年	月日			
要介護状態区分	要支援1・	要支援2 • 要	京介護 1 · 要介護 2 ·	要介護3・	要介護4・	要介護 5 •	その他	
利用者及び家族の 生活に対する 意向を踏まえた 課題分析の結果								
介護認定審査会の 意見及びサービスの 種類の指定								
総合的な援助の 方針								

[同意欄] 施設サービス計画について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。 同意日:

年 月 日 氏名:

第2表

施設サービス計画書(2)

作成年月日

年 月 日

利用者名

様

有名								
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		目	援助内容					
課題(ニーズ)	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者	頻度	期間
						•		•

第3表

週間サービス計画表

作成年月日

年 月 日

年 月分より

利用者名 様

		月	火	水	木	金	土	目	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
/木1仪	5:00								
早朝	6:00								
十新	7:00								
	8:00								
午前	9:00								
ניא ד	10:00								
	11:00								
	12:00								
	13:00								
午後	14:00								
十版	15:00								
	16:00								
	17:00								
	18:00								
夜間	19:00								
汉印	20:00								
	21:00								
	22:00								
	23:00								
深夜	0:00								
不汉	1:00								
	2:00								
	3:00								
		1				<u> </u>		9	•

週単位以外の サービ [*] ス

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	 	■作成日	年 月	月日
	年月	日生(歳)	記入担当者名	1		記入担当者			
	の有無				n= +0 = -	- M	26		————— 年	月日
-				骨部、腸骨部、大転子部 骨部、腸骨部、大転子部			, ,	排泥光工口		л н
2. 10				育部、勝育部、入転子部 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A))	1	対処	
	四子 同日	齢者の日常生》 入		日立 ・ J1 ・ J2 ・ A □自分で行っている			• 62	「白ハネ年		
	ADLの	食事				<u>っていない</u>	対象外 (※1)	┃「あり」に	っていなし :1つ以上該	を 当する
1_	状況		上衣		 □自分で行			─ 場合、褥瘡 ─ 実施する。	ケア計画	を立案し
危除		更衣 ——	下衣	□自分で行っている		っていない		▋ 天心りる。		
険因		寝返り		□自分で行っている		っていない				
丨子	基本動作	座位の保持	11011	□自分で行っている		っていない		4		
の評		座位での乗り 立位の保持	り移り	□自分で行っている □自分で行っている		っていない っていない		-		
福		尿失禁		<u> </u>	<u>」□刃 (1)</u> □対象外			+		
	排せつの	便失禁		□ なし □ あり	□対象外			1		
	状況 	ハ゛ルーンカテーテルの	り使用	<u></u>						
	過去3か月	以内に褥瘡の問	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		もしくは自i	己導尿等の場合	※3:人工	 肛門等の場合		
		□d 0:皮膚	損傷・発赤な	:L		□D 3:皮下	 組織までの損 ^ん			
						D 4:皮下i	組織を越える	損傷		
	深さ	□d 2:真皮	までの損傷			□D 5:関節				
						□DDTI:深部				
							組織で覆われ	深さ判定が不	能	
	'3 U. '*	□e 0 : なし				□E 6:多量	: 1日2回以上	のドレッシン	グ交換を要	更する
	浸出液	_	=	/ッシング交換を要しなし / バー・・・・ だちね * 悪-						
		_		ドレッシング交換を要す		_				
帰	 大きさ	│		□s 8:16以上36未満		□S 15 : 100.	以上			
褥	756	│	-	□s 9:36以上64未減 □s 12:64以上100ま	-					
の		_		_	~ /叫		4. ウ 辛 27 / / /	171-4411 <i>1</i>	<u> </u>	
状態			の炎症徴候な	こし 。り(創周囲の発赤・腫脹・	劫咸. 皮皮\	□ I3C:臨床 多い	り定看疑い(∄ 。肉芽があれ∣			出液か
しの	炎症/感染		07 火症 以 大 ()。	79、剧问四07元外 建放	水(心 7今)用/	□ I 3 : 局所				膿、悪臭
評価						など				
"						□I 9:全身	的影響あり(発	き熱など)		
		□g 0:創が	治癒した場合	、創の浅い場合、深部	員傷褥瘡	□G 4: 良性	肉芽が創面の	10%以上50%未	満を占める	5
	肉芽形成)疑いの場合			□G 5: 良性				
		_		990%以上を占める	-	□G 6:良性	肉芽が全く形	成されていな	い	
)50%以上90%未満を占め.	<u> </u>					
	壊死組織		組織なし			□N 3:柔ら:				
						□N 6:硬く				
	ポケット	□p 0 : ポケ	ットなし			☐P 6:4未淌	-	□P 12 : 1		:満
	た。	 	ついてけ「ゴ	文定 DESIGN-R(R)2020 =	1	│		□P 24:3		<u></u> 参昭
	留意する項		. 20. (14 15)	KAE DEGIUN N (N) ZUZU -		<u>、・トキュメノ</u> 計画の内容	1 】 / 別又作上四	ルス ロぞ符		ジ がは。
	関連職種が	が共同して取								
	り組むべき	,								
	評価を行う	間隔								
	圧迫、ズ	レカの排除 . 体圧分散寝	ベッド上							
	具、頭部拳	上方法、車椅								
褥	子姿勢	保持等)	イス上							
ケア	 スキンケア	7								
ア 計	A+J)									
畄										
	栄養状態改	文善								
	リハビリテ	ーション								
	その他									
<u></u>	<u>Ⅰ</u> Ⅰ者及び家族	の音点	I							
	百及ひ豕的	といる円		翌夕			<i>\(\frac{1}{2} \)</i>	±±∓		

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

 EXA
 様
 男女

 日本月日生
 一株

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100
 100

 100<

排せつの状態及び今後の見込み

排せつに介護を要する要因

	施設入所時	評価時	3か月後	の見込み
	他故入別時	音光 124 P守	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)

看護師名

※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

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

A-2	2イン	テーク:適	i性アセス	、メント・	シート(1/3)	ID ∌l⊸			要介護度	障害自立度		
		[及び(判定	'後)→暫	定ケアプラ	ラン]	利氏一		様		認知症自立度		
添付	書類	等							作成 開始日	年	<u>. </u> 月	日
		ステーシ゛				特記事		 輔助具の状況及び	ļ.			
		図 等	区分			17407	2 (11)					
基本動作												
步行·移動												
移動手段	2. 装 3. 歩 4. し	字杖の利用 :具(短下肢場 :行器(ウォーカー がみつき歩: 椅子の利用	、シニアカー等		6. リクライニンク 7. 介助者や 8. ĵ)9. 10.							
認知機能		・世話を拒		-ション 舌動 A群				過ぎる	B群			
	d周辺症状	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	手足を動か 金切り声を 物を破壊す	ヽす らあげる		そのイ	・日中 ・昼間 ・同じ ・不適	等の中身を出した。 中屋外や屋内をうる。 「、寝てばかりいる。ことを何度も聞いる。 「ことを何度も聞いる場所での排版会計数 大	ろつきまわる る く			
嚥下機能							J	【歯】				
利用	 前後 [』]	早期訪問の情	情報(在宅 未 ・訪問		年月	B	その他特証		_	-		

A-2	2イ	ンテーク:適 [及び(判定			(2/3)	ID 利氏一			様	要介護度	障害自立度 認知症自立度	
Г		ステージ				特記事	項(器具・	・補助具の状況	兄及7	びリスク等)		
食事動作		図等	区分									
食事形態	【記 【フ 【ネ	主食】 削食】 K分】 輔助具】 療養食】										
排泄動作												
排泄 の 形態		中: 間:	•									
尿意	ī	尿意 便意										
入浴動作				·								
入浴 手段	S B											
			a口腔切									
整容			b 整容									
			c 衣服									
余暇												
交流												

	0 4 5 - 5	*************************************	ID ID			要介護度	 障害自立度	
A-		:適性アセスメント・シー 判定後)→暫定ケアプラン]	1771 17					
	[20.	ri)た夜/「百たツノフノフ」	者名		様		認知症自立度	Ę
	特記事項(器	具・補助具の状況及びリスク等)	<u> </u>	•		-		
医								
療								
		他の特記事項					スクマネジメント情報 ôか月間に発生	
	·長·体重:				-	(194.14)四五(が.万間に光工	- [した事象/
	痺および拘縮 エ	:				転倒	誤嚥	it
	iカ : !カ :				ŀ			
	:カ: iカ:					発熱	骨折	Ť
	∖╱╸ Ы知関連データ:					怎 .		
	膚の状態等:					褥瘡		
	好•禁忌等:					脱水		
· そ	の他:					אניאות		
						転落		
インテー	-クに関わった耳	専門職のコメント						
			サービス利用	 到定会議		区分: 7	 入所	
	88/出口							
	開催日 I	年 月	7	判定結果				
	医師	栄養士		判定理由				
出席	看護師	支援相談員						
冼	介護職	介護支援 専門員						
	リハ職	リスクマネシ゛ャー						
			<u></u>		八			
		習足"	77 77(9X9 ————	・リハヒ゛リテーショ	/守/			
п				<u> </u>				
サー								
ビ ス								
―ビスの提供								
供供								
	<u> </u>							 説明者
本書	質定ケアプランにて D内容の説明を 意致します。	いて、 F受け	年 月	日				170-51 E
同意	気致します。	L X 11 .		ご家族氏名	:			
1							1	

A-2				、メント・シ		ID 利止			要介護度	· 障害自立度		
		[及び(判定	!後)→暫	定ケアプラン	/]	利氏 用名 者		様	:	認知症自立度		
添有	書類	等							作成 開始日	年	月	B
[ステージ 図 等	区分			特記事	項(器具・	補助具の状況及	びリスク等)			
基		<u> </u>										
基本動作												
歩行・移動												
移動手段	2. 装 3. 歩 4. し	字杖の利用 具(短下肢場 行器(ウォーカー がみつき歩 椅子の利用	、シニアカー等	(手)の利用 用(サークル歩行)	6. リクライニング う 7. 介助者やイ 8. 9. 10.							
			a オリエンテー b コミュニケー c 精神流	ション								
認知機能												
nc	d 周辺症状	・世話を担に ・ 理話 切しな やな ・ 食物 と ・ 食物 と 合計	泣いたり第 手足を動か 金切り声を 物を破壊す	ヽす そあげる			· 外况 · 日 · 昼間 · 同 l	べ過ぎる 等の中身を出した 中屋外や屋内をう 引、寝てばかりい こことを何度も聞 適切な場所での排 合計数	ろつきまわる る く			
	状	оп ж				その	 他の周辺症	·				
嚥下機能								【歯】				
利用	前後		情報(自宅 未 ・訪問	環境の状況) 引日:	年 月	日	その他特別	記事項				

A-2		ウ:適性ア· (判定後)-		(2/3)	ID 利氏 用名			要介	·護度	· 障害自立度 認知症自立度	
[ステ- 図 等	-ジ - 区 分				項(器具・	補助具の状況	 及びリスク	等)		
食事動作											
食事形態	【主食】 【副食】 【水分】 【補助具】 【療養】										
排泄動作											
排泄 の 形態	日中:										
尿意	尿意				'						
入浴動作											
入浴 手段	学		•								
		a口腔									
整容		b 整:	<u> </u>								
		c 衣/	艮								
余暇											
交流											

A-:	 2インテーク	: 適性アセスメント・シー	- b (3/3) TI			要介護度	障害自立度	
		・屋は、これ、フーン 判定後)→暫定ケアプラン	1/11/17		様		認知症自立原	
医	特記事項(器	- 具・補助具の状況及びリスク等	[)					
療								
	∝状況等、その ·長・体重:)他の特記事項					スクマネジメント情報 ôか月間に発生	
• 麻	痺・拘縮:					転倒	誤吗	燕
・筋・視					-	2 % ±h		.r
	i力:					発熱	骨扣	<i>π</i>
	知関連データ: 痛の状態等:					褥瘡		
	.肩の状態等: 好・禁忌等:					脱水		
• そ	の他:				-			
						転落		
インテー	ークに関わったユ	専門職のコメント						
			Д 1.° э Т.І П					
				判定会議	<u>×</u>	分:	短期入所・追	∄門
	開催日 T	年 月	日 T	判定結果				
出出	医師	栄養士		判定理由				
席	看護師 	支援相談員 介護支援		<u> </u> 				
者	リハ職	専門員		_				
	771494		<u> </u> アフ° ラン(リフカ	<u> </u> - リハヒ゛リテーショ	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・			
		音 足7	17 77 (187	- 7NL 71-7=	17 寸 /			
"				継続的・定	期的な利用	見について	の希望・見通	i し等
サービスの提供								
人の坦								
供								
本書	質定ケアプランにつ	ついて、	年 月	日				説明者
そ0	の 内容の説明 る 意致します。	を受け、	+ /	ご家族氏名				
				二				

介	護老人保健施設ケアプラ	ラン(リ	ハビリテーショ	ン・ケ	ア・宋養	• 口腔)	総台	計	画書	(1/2)	1
Til		障害 自立度	要介護度	認定	有効期間	年	月	日	~	年	月	日
利氏 用名 者	+±				援専門員						印	
者□	様	認知症 自立度		担	!当者						印	
		 :患	1	•	•	発症	及び経	過				_
		専門職	も(チーム) アセスメント 及び	実施計								
					リハビリ実施 	計画書の	要点:					
介	護			リハヒ゛リ								
	15	7 1/2					10 V					
	75	3当					担当					
医	色布			看 護								
	taih			19 成								
	‡E	当					担当	4				
	# 栄養ケアマネジメントの要点:						<u></u>					
栄				支援 相談員								
				旧吹兵								
	担	当					担当	á				
	 利用者及び家	族の意向			•	総合的	な援助	方金	t			

	↑護老人保修 													(2/2	
刮₽	£			障害 一 自立度		要介護		有効期間	————	月	日	~	- 年	月	日
利用名			ŧ	議 認知症 自立度				支援専門員 旦当者							
							1 1	世ヨ有							
	作成日			目標(長期	1)	_			加算	項目					
	年 月	日													
	田田 ノー い		日悔/怎	期3か月)				一一		T +	<u>п т</u>	=±/#	(日付:		/)
	課題/ニード		日保(及	朔3か月)	が項目			が内容		1.	旦当_	a干1四	(וום)		/)
					ヨサーヒ゛ス計 回	<u></u>					1				
	月		火	水 水	木		 金	±	日		┨ ̄	・日を通 対応』	して特別 及び注意	別必 気点	せな
	,,,			-4.	214			-	+ -						
朝															
									-		-				
昼															
											_				
夜															
本	ケアプランについ	てその	 の内容の訪	胡を受け、	<u></u> 同意し交付	を受ける	ました。		-		•				
同	意日:	:	年 月	日 本人	.氏名:			_	『家族氏名	i :					
										_					_

			`護老人保	健施設ケ	アブラン	(リハビ	リテー	-シ: 	ョン・ケア・	・栄養・口腔	聖)総合計	画 書
利氏				障害自立度	認知症自立度	要介護度			有効期間	介護支援専門員		印
利用名							_	~	月 日 年 月 日	担当者		印
	•			原因疾患						発症及び終	圣過	
						門職(チーム)アセスメン	ト 及び : 	実施計	画内容等の要点 リハビリ実施計画書の	要占:		
					<i>1</i> = =					× /m ·	1	
介	護						IJ.	ハビリ				
					担当						担当	
_	6 Ŧ							£ =#				
医	師						1	手 護				
	:	栄養ケアマネジ	`メントの要点:		担当						担当	
栄	養						相	支援 目談員				
					·					to A II. I. To		
			- 村	用者及び家族の意	ಪ 问					総合的な援助	切方針	
	作月	# p		В	標(長期)					加算項	 B	
	11-7-		1		(区例)					加升权	=	
	年	月日										
	誹	題/ニード		標(短期3か月)	ケア項目	1			77内容	担	当評価(日付: 月日)
					∄サービス計画書 エ					一日を通し	って特別必要な対応	
		月	火	水	木	金	±		日			
朝												
\vdash												
昼												
夜												
<u> </u> 本	トアフ°ラン	 こついて <i>そ</i>	の内容の説明を	<u>_</u> 受け、同意し交ſ	 寸を受けました。		L					
	同意E		年	月日	利用者氏名					ご家族氏名:		
		-	•	·	-							

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:

	健原	東状態(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		、糖厂	尿病等)	心身機能 □運動機能障	害	
現立 三日南京(2011 1 7 20 11 月末時間 1 20 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11															
### 1											内容))	□感覚機能障	寶書	
### 1															
要用を利用家への参加。等):	参	加 主目標(יסרכ) :)の1	後に具	具体的	的内容	容を記	記入)					□高次脳機能	障害	
特別	退用	听先 □自宅 □·	その	他:								□退所未定			
特別			参加	、等) :										,
日本の報報 日本の報報 日本の報報を与うな 日本の報を与うな 日本の報))
型型 (20年				:											,
技術 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日	退剂	所後利用資源:												· る評価	
現日 数 無理子など 日 外容・態度等 内容・態度等 内容・態度等 内容・態度等 日 日 日 日 日 日 日 日 日		自立·介護						現在の評価及び目	 標				1	具体的なアプローチ	
H(への移動			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		到達時期	重点項目	実施	Eする	実施する	実施上の留意点
一															
国内移動		110 (0)19 (3)		-		-	_			_					
世界等額 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日		階段昇降													
接種 (受) 持分 (支) 接種 (受) 分類 (使)		屋内移動													
排泄 (張) 排泄 (元) 排泄 (元) (元) 排泄 (屋外移動													
接触 上記・ナーション 上記・ナーション 上記・ナーション 上記・ナーション 上記・ナーション 東本 上記・ナーション 東本 上記・ナーション 東京 東京 東京 東京 東京 東京 東京 東		食事													
接触 上記・ナーション 上記・ナーション 上記・ナーション 上記・ナーション 上記・ナーション 東本 上記・ナーション 東本 上記・ナーション 東京 東京 東京 東京 東京 東京 東京 東	日常生	排泄(昼)													
更次 入浴 水池 現在の評価及び目標 水池 現在の評価及び目標 水池 東京・介護 使用具 介護内容 東地子など 東京 り か 財 ず 杖 規具・歩行表・ 基輪子など フたい・もたれ等 時期 質 原子・頻度等 東選り 北き上がり 起き上がり 立ち上がり 立ち上がり 立ち上がり 投食・幅下 根食・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	活・社会	排泄(夜)													
大き 大学 大学 大学 大学 大学 大学 大学	会活動	整容													
33ュニケーション 京本 別在の評価及び目標 現在の評価及び目標 現在の評価及び目標 現在の評価及び目標 現在の評価及び目標 大窓 立		更衣													
東京 東京 東京 東京 東京 東京 東京 東京		入浴													
対比 対応 現在の評価及び目標 現在の評価及び目標 現在の評価及び目標 現在の評価及び目標 東京 東京 東京 東京 東京 東京 東京 東		コミュニケーション													
自立・介護		家事													
株況 日 見 一部介助 ず 杖・装具・歩行器・ つたい・もたれ等 中下、OT、STが 実施する 内容・頻度等 大・装具・歩行器・ 車椅子など 中京の日意点 内容・頻度等 大・装具・歩行器・ 車椅子など 中京の日意点 内容・頻度等 東施上の留意点 内容・頻度等 上記を上がり 立立 上記を上がり 立立 上記を上がり 立立 上記を上がり 上記を上がりまとといとによりまといといとによりまといといとによりまといといとによりまといといといとによりまといといといとによりまといといといといとによりまといといといとによりまといといといといといといといといといといといといといといといといといといとい															
立 切り かり が 大・装具・歩行器・			þ		1_	수	1				舌	DT C	T 07.4%		
起き上がり 座位 立ち上がり 立位 摂食・嚥下		立 守 部 介 わ せい装具・								到達時期	単点項目	実施	Eする	実施する	実施上の留意点
起居動作 立ち上がり 立位 摂食・嚥下		寝返り													
立ち上がり 立位 摂食・嚥下	#2	起き上がり													
立位 摂食・嚥下	居動作	座位													
摂食・嚥下		立ち上がり													
		立位													

リハビリテーション実施計画書(2)

ごえ	本人の希望 (年	月日)						
ごり	家族の希望 (年	月日)						
	その人らしく生活するためのポイン	<u> </u>						
生活目標								
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し	こ向けての取り組 <i>み</i>					
ごス	大に行ってもらうこと							
	家族にお願いしたいこと							
	えとの関係で気をつける事							
前回	司計画書作成時からの改善・変化 等							
備多								
担	担当医 PT・OT・ST	,	\		\		\	(
担当チー	看護・介護	(),	(),	(),	(
ᇫ	HA /1 HA	(),	(),	(),	(
<u> </u>	<u>l</u>						()内は職	
ご本	人・ご家族への説明と同意	年 月 日	3					

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。

ご家族サイン:

ご本人サイン :

説明者サイン:

リハビリテーション実施計画書(1)

利用者氏名:

性別:

計画評価実施日: 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

生年月日

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

\setminus	自立·介護	ョ立·介護 現在の評価及び目標						具体的なアプローチ				
	状況 項 目	行って いるこ と	出来る こと	目 標 ステー	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	
	基本動作											
	步行·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)

ごね	5人の希望	(年月	日)					
ごう	家族の希望	(年月	日)					
生活目標	その人らしく生活	舌するため	かのポイント						
リハビリテーションプログラム	ご本人の状態や生	生活環境 <i>6</i>	の改善・生	きがい楽しみ	の支援に向け	せての取り組み			
ごオ	大に行ってもらう	5 .							
ごう	家族にお願いした し	いこと							
病免	ふとの関係で気をつ	つけること	<u>-</u>						
<i>"</i> \$	とめ″および前回記	十画書作品	艾時からの 配	收善・変化等	(月日)			
備≉									
担当チーム	担当医 PT・OT・ST 看護・介護		(),),),	(),	(),	() () () ()内は職種を記入
<u>.</u> ~7	人・ご家族への訓	は明と同語	놐 .	年 月	В				

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、適切な介護サーピスを提供するためにのみ使用いたします。

事業所番号	IJ	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 計画作用	戊日 :	年 月 日
本人氏名:				年月 日		月日(歳) 要介記		
リハビリテーション担当医			担当				()
■本人の希望(したいる	又はできるよう!				 家族の希望(本人にし	してほしい生活内容	 ド、家族が支援でき	うこと等)	
■健康状態、経過									
原因疾病:			(()				
			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	態(高血圧、心疾	患、呼吸器疾患	、糖尿病等): ())				()
								(<u> </u>
)	_					
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	氵、 頻度、量等):						
	/-ト: □あり □]なし 日常生活	括自立度: 自立、J1、J2、A1、A2、B1、B			の日常生活自立度	判定基準: 自立、	I, II a, II b, III	ía, Ⅲb, Ⅳ, M
■心身機能・構造	用たの出 児	活動への土曜	性記車で/34業の日はからよい		活動(基本動作)		田左の生況	性司事で/25学	の目:7 7· 合+、\
項目 筋力低下	現在の状況▼	活動への支障 ▼	特記事項(改善の見込み含む)		項目 寝返り	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)
麻痺	· ·	→			 起き上がり	·	→		
感覚機能障害	*	▼			座位保持	-	▼		
関節可動域制限	•	▼			立ち上がり	•	•		
摂食嚥下障害	•	▼		\prod	立位保持	•	•		
失語症・構音障害 見当識障害	· ·	▼		││ ॗ	活動(ADL)(※「して 				
	*	-				リハビリ開始時点		特記事項(改善	の見込み含む)
高次脳機能障害				$ \cdot $	食事	*	~		
()	•	•		$\prod_{i=1}^{r}$	イスとベッド間の移乗 	•	~		
栄養障害	•	•		$ \cdot $	整容 トル動作	*	▼		
褥瘡	▼	▼		$ \cdot $	入浴	•	·		
疼痛 精神行動障害(BPSD)	*	▼			——————————— 平地歩行	-	▼		
□なし		·			世界 階段昇降	-	▼		
□6分間歩行試験						•	·		
□TUG Test 服薬管理		_			排便コントロール	•	*		
服業官理		▼			排尿コントロール	•	•		
☐MMSE ☐HDS-R				L	合計点				
コミュニケーションの状況									
■リハビリテーションの短期目	<u>-</u> 標(今後3ヶ月)			<u></u> ■"	/ハビリテーションの長期目梢	=			
(心身機能)					心身機能)				
(活動)				()	活動)				
(参加)				(4	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♭	ル指導含む)		
■リハビリテーション実施上の	=								
(開始前・訓練中の留意	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				ハビリテーション終了の目室		LÆ.)		
					終了の目安となる時	期:ケ月	頃)		
						利用者・ご家族	 への説明 :	年	月 日
+10""			∸ ₩			=V == ±···	. / \		
本人のサイン:						説明者サ 	'1) :		
 特記事項·									

		.m.e- ·	11 =	A · ·	TO 15 7 12 1		I == +- · ·			月 日 ~ 見直し予定時期		頃
■環境	_		りの場	合レ点	現状と将来の		いて記載する)		していたものと現状について記 まになし	載する)	
家		課題□	□独□	品 □同原	里 (状況	١			110-0		
**	小大	ш				コまい土	,	調整				
福祉日	月具等				□歩行器 □ ボッド □ポータ			□該当無し				
		_	□ + 9 □ その		· /1)	□調整済 □未調整	America			
				•				□不测笠	余暇活動(内容および頻度) 	∐特になし	 頻度 週	
			□□□戸		居住階(階)□階段	□I/√, -4	調整			頻度 週	回
			_	前の段:			/	□該当無し			頻度 週 頻度 週	<u> </u>
住環	環境		_	り(設置)	□調整済			頻度 週	回
			食卓:	□座卓		いす		□改修中	社会地域活動(内容および場	頭度) □特になし		
					□和式 □	t゚ータフ゛ルトイレ		□未調整			頻度 週 頻度 週	
			□ その)他()				頻度 週	回
自宅	周辺										頻度 週 頻度 週	<u> </u>
										い社会参加等の取組 □特にな		Щ
交通の利	機関 引用		□無	□有	()		○・社会を加手の状態・□内には		
サーb の利	: 人 引用											
その	D他											
	/*****											
■活動			344.54	TD .115	4+=7:	± -=	==:/=: →		■活動と参加に影響を及			
	ント項目 の用意	リハ閉	始時	現状	特記			内容の記載方法 ハ 1: まれにして	■活動と参加において重いる	!安性の局い課題 		
食事(の片付け	_						ハ I:まれにして 2回 3:週に3回				
ž	先濯											
	や整頓 仕事	+					0 ·	していない				
3	買物						1:ま	ミれにしている				
	۸出 ∧歩行							週に1回未満 週に1回以上	■活動と参加に影響を及	はず機能障害の課題		
	<u>水少1)</u> 取味						J .	過に個以工				
	段の利用											
	旅行						0: して	いない 1:時々	 			
廷	仕事						2: 定期的にして	こいる 3:植替等もし	こいる			
								していない 取替、ねじ止めな	Li Line			
家や車 	の手入れ						2:ペンキ塗	り、模様替え、洗		ばす機能障害以外の要因		
)修理、車の整備 いない 1:まれ				
Ē	売書							いない I:まれ 回程 3:月2回程	-			
l t	士事						0:していた	ない 1:週1~9日	1 1			
	計点数						2:週10~29日	寺間 3:週30時間	以上]			
]							
	リテーションサ - ・通所頻			回数(週	∃ // □]利用時間(* 吐即	引(週))]送迎なし			
No.	- 迪內麥		(解決す	べき課題		期間(月					頻度	時間(分/回)
110.		<u> П 1ж (</u>	(7)+7/(7)	· C IIA	<u> </u>	7411H1 (7.1	/ 1==	34%/E 77		<u> </u>	99.192	1010(27) 四7
											週 叵	分/回
											 週	分/回
											 週 回	 分/回
												ᄁᄼᄪ
											週回	分/回
											··· 週 回	分/回
											週合計時間	分/回
	#=r ~ !=	1/.± ·	. #L - L ·	\ 1- -			∧ =# !~	本即日しいた *	· 七 市 石		/	
□□他事美	業所の担	当者と	: 共有す	へき事	년 		□介護支援	専門員と共有す	へざ事項	□その他、共有すべき事項	()
	∧ = ○ = ···	14 '	+ 1\(\alpha\) 1\(\mu\) =	B/	到表表をなる			* + -				
					計画書を共有							
【情報	提供先】		介護支持	援専門員	□ 医師	□(地域器	密着型)通所介	↑護 □その他)	
									22			

生活行為向上リハビリテーション実施計画

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

生活行為向上リハビリテーション実施計画

利用	者氏名:			_様 _			作成年月日 	年	月	日
		通所	口該当あり 口詰	 亥当なし		通所	□該当あり □該当なし			
	フ゜ロク゛ラム	訪問	口該当あり 口詞	 亥当なし		訪問	□該当あり □該当なし			
参加										
	自己訓練									
【支	援内容の評	価】								
上部		字について説明	を受けました。 年	月 日				<u> </u>		
ごぇ	本人氏名:		T	д П	r 1 在 1 ~ 円	元 Jy C み し /こり		月	E	1
ご》	家族氏名:									

栄養ケア計画書 (施設)

						入所(院)日	:	年月	日
氏名		様	作成者			初回作成日	:	年月	
						作成(変更)	日:	年月	日
							説	明と同意	日
利用者及 意	び家族の 向							年 月	0
								+ H	П
		低栄養状態のリスク(低	· 中 ·	高)				サイン	
解決すべ	(き課題								
(=-:	ズ)								
								続柄	
長期目標	票と期間								
短期目標	票と期間	(①栄養補給・食事、②	栄養物の	の具体的内容	レフ=田田の祭	12th #5 12\	担当者	頻度	期間
		(①末食補稿・艮争、と	木食艮事↑	旧談、③多職性に	よる誄起の牌	:沃はと)			
特記	車								
17 AC	平 切								
i									

経口移行・経口維持計画

フリカ・ナ					· 作 · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	小田 1 ·		 経口摂取の状態	一	2 加 答	
<i> </i>			生加	<u> </u>	年月日					定加算	
氏名					年 月	日		は使用中の義歯がある 「の介助が必要である	□経口移行加 □経口維持加 □経口維持加		
							□艮∌		□経口維持加	算(I)及び	(Ⅱ)
		食・嚥下機能核	査の実 が	<u> </u>				協力歯科医療機関名			
□水飲みテス	スト []頚部聴診法 []嚥下内視	鏡検査	□嚥下i	造影検	査	検査実施日*		年月日	日
□咀嚼能力	・機能の検査]認知機能に課題	夏あり (検	査不可のた	こめ食事の観	察にて	(確認)	検査結果や観察等を	□認知機能		
<u> </u> 	_	_)	通して把握した課題	│ □ 咀嚼・□]腔機能	
								の所在	□嚥下機能	<u> </u>	
	算を算定する場合										
			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	国実施の上、記入	.してくださ	い。
	上通じて気づいた										
食事の観察の	の実施日:	年 月 日	<i>h</i> /- +□	L /3V 34	. Dubana	+- 4∟ 1		= 		一 壬 =# 啉	
食事の観察の	刀参加者:∐医師	□囲瀬科医師 [_] [職員 [] 介護支持	管埋宋養: 『审明呂	士/宋養:	士∐歯科征	敦生士	□言語	語覚士 □作業療法士 [□看護職	;貝
1 上半良が	左右や前後に傾			早歩が床	難である				T□はい□	11117	
	屈しがちである	(順同がのう)	庄 []	★14.0.E	3 * 1 (0) 4					いいえ	
	しみにしていな	1.								いいえ	
	ながら、寝てし									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									いいえ	
	その介助を拒否		- 皮事で	грі С		及事	15 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	(241.		いいえ	
	間がかかり、疲									いいえ	
	へと食べ物を口									いいえ	
	乾燥している	に進か								いいえ	
	衛生状態が悪い								<u> </u>	いいえ	
	が困難である(菌	・美歩の仕能	女件咀嚼	化十年	1-8月四子が	セス)				いいえ	
	を避け、軟らか			・肥力寺!	一回起か	<i>හ</i> ත)				いいえ	
	歯や義歯が咬み		\$Q						<u> </u>		
	物や唾液がこぼ									いいえ	
	食物残渣が目立									<u>いいえ</u> いいえ	
	かなか飲み込ま		日よぎょいよいこ	Z					<u> </u>	いいえ	
	<u>いない飲み込ま</u> り何度も嚥下す		יינוינו ינו וּוּ	<u> </u>					 		
										いいえ	
	<u>せたり、せきこ</u> 食後に濁った声									<u>いいえ</u> いいえ	
	半は疲れてしま		`_ _	nati nTL 🛨	こよご思 ニ ナ	- 11 -1	· Z		<u> </u>		
	ーロ版れてしまら直近2ヶ月程度									いいえ	
	り直近2ヶ月程度 取量に問題があ				吐したこ	C 13' C	<u> න ත</u>		□はい□	いいえ	
22. 及事の依	双里1~回返がめ	る(作及、廻及	、畑良な	()					<u> </u>	いいん	
タ融番を護!	こおける議論の概	1 声							_		
会議実施日		月日									
会議参加者			養士/栄養	士 □ 歯	科衛生士「	コ言語	吾聴覚士	: □作業療法士 □理学	療法士 □看護	職員	
五帆シが日	□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	ے ۰	ろみ、	補助食の活用 [現状維持[]変更	
	,			2. 食	事の周囲	環境				変更	
				3. 食	事の介助	の方	法		現状維持[]変更	
				4. □	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 [<u></u> 」なし	
算	定加算	担当耶	战種		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)										
	種類・とろみの										
※日本摂食・「2013やその他」	燕下リハビリテーション学会嚥 燕下調整食分類等を参	下調整食分類									
	よる食事の摂取							記入している項目は、下記	該当項目の記入に	よ不要です。	
			5723	初回作成時	寺及び前月か	ら変更		合に記載してください。			
初回作成日	(作成者)	年 月 日	3 ()	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	3 () (※初回	回作成時及び大幅な変更時)	(※初回作成時)	 及び大幅な変	変更時)
入所(院)者	又は家族の意向						_				
									年	月	日
解決する	くき課題や目標、								1		
	目標期間										
タロル	経口移行加算										
経口による 食事の摂取											
艮事の摂取 のための対	経口維持加算(]	[)*									
応											
1	経口維持加算(]										

栄養ケア・経口移行・経口維持計画書(施設)

					入所(院)日	•	年	月	日
氏名		様	作成者		初回作成日	:	年	月	日
					作成(変更)	日:	年	月	日
			1			説	明と同	意日	
利用者及 意	び家族の								
. 思	P]						年	月	日
		 低栄養状態のリスク(低	· 中 ·	高)			サイン		
 解決すべ	(き課題		•	,			• • • •		
解決すべ	ズ)								
							続柄		
長期目標	票と期間								
短期目標	悪と期間		──── 養ケアの具体	的内容(分類※)		 頻度	期間		 担当者
7279121	////-/		E 77 - 57 C FT	HITTE (XIXXXX)			7931-3	_	
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□I)□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
ったしのゴール			
			1
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
 発行や支援にあたって、注			
利田孝曰辛共小		\(\delta \pm +\pm \)	
利用者同意サイン		続柄	
	-1 1/L -15 -t-	744 F / F = 27 - 4 W /	14-14-4-1
	計画作成者:		歯科衛生士 ・□看護職員 日: 年 月 日
		TULLIFIX	н. тли

※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。

作成(変更)日:

年 月 日

褥瘡対策に関する診療計画書

フリカ゛				男女	病棟			計画作成日		
氏4			様	_	記入担当	i者名		- 		
	年月	日 生	(歳)						
褥猏	きの有無						転子部、踵部、その他	())	
	2.						転子部、踵部、その他 Bt Bo ot oo	(+1 50))	
	障害高額	齢者の日常生注 入				A1 · A2 · □自分で行	B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			
	ADLの	食事		□自分で行			っていない □対象外 (※1	「自分で行っていない」) 「あり」に1つ以上該当	する	
危	状況	更衣 ——	上衣			□自分で行		── 場合、褥瘡ケア計画を3 ── 実施する。	立案し	
険		寝返り	下衣			□自分で行· □自分で行·		_		
因子	基本動作	座位の保持		□自分で行			っていない			
の評	本个判11-	座位での乗り	り移り	□自分で行			っていない			
価		立位の保持 尿失禁		□自分で行 □なし	<u>っている</u> □あり	□目分で行	っていない (※2)	\dashv		
	排せつの 状況	便失禁		□なし	 あり	□対象外				
		ハ゛ルーンカテーテルの		口なし	□あり					
V1		以内に褥瘡の			<u> </u>	生たは日ま 1	ノは白コ道兄笠の担人	ツュート町田笠の担合		
<u>*</u> 1	:栓官宋袞「 	· 経静脈栄養等			カテーテル	・寺を使用もし 	」くは自己導尿等の場合 T────	※3:人工肛門等の場合 		
			損傷・発赤な	こし			□□D 3:皮下組織までの			
	深さ	│				┃ □ D 4:皮下組織を越え。 ┃ □ D 5:関節腔、体腔に				
							DDTI:深部損傷褥瘡	(DTI)疑い		
							□D U: 壊死組織で覆わ			
	】 浸出液	│ □e 0: なし □ a 1: 小景	:毎日のドレ	・ハガ 森	ぬた亜 <i>†</i> ;	21.	│□E 6:多量:1日2回以. │	上のドレッシング交換を要す	する	
	72.0070	_	・毎日のドレ 量:1日1回 <i>の</i>							
		s 0 : 皮膚	 損傷なし	s 8 : 1	6以上36未	 満	□\$ 15:100以上			
褥瘡	大きさ	□s 3 : 4未済			6以上64未					
の		□s 6:4以_		_	64以上100	未満		/Al—,		
状態		□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)						(創面にぬめりがあり、浸出 れば、浮腫性で脆弱など)	液が	
の評	炎症/感染							惑染徴候あり(炎症徴候、膿	、悪臭	
一品						など)	/ 20x 表カ ナ> じ\			
		口ゅり、創む	治癒した場合	- 創の注い	坦合 河泊	7.铝/恒振	□ I 9:全身的影響あり(発熱など) □ G 4:良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める			
	肉芽形成)疑いの場合	I、刷 <i>切成</i> い	勿口、 /不口	沙块物份据	G 5:良性肉芽が創面の10%未満を占める			
	内牙形成		肉芽が創面の			_	G 6:良性肉芽が全く	形成されていない		
			肉芽が創面の)50%以上90%	未満を占め)る 		AL E . 1		
	壊死組織	│	組織なし				□N 3:柔らかい壊死組紀 □N 6:硬く厚い密着し			
	101	□p 0 : ポケ	ットなし				□ P 6:4未満	□P 12:16以上36未満		
	ポ [°] ケット		7 1 0 0				□P 9:4以上16未満	□P 24:36以上	•	
※裤	露状態の評	価については	「改定 DESIG	N-R (R) 2020	コンセン・	ナス・ドキュ	メント」(一般社団法人 日	日本褥瘡学会)を参照。		
	留意する項	目				İ	計画の内容			
	圧迫、ズレ		ベッド上							
	寝具、頭音	:、体圧分散 部挙上方法、	/=							
	車椅子姿勢	勢保持等)	イス上							
看護計	スキンケア	7								
計	,,,									
画	兴숙 나 *	- 								
	栄養状態改	人普								
	リハビリテ	ーション								
	 (記載上の注	意)								
			判定に急たる	ては「「障害	と人の日常	生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活	5用について」		
	2 日常	生活自立度が	F主有人E J1~A2である	患者につい	唯価征引力 ては、当該	スピスロー を使う 評価票の作成	寝たきり度)判定基準」の活 第102-2号)を参照のこと。 なを要しないものであるこ	と。		
=× 00	し回音口			罢 夕				结 +五		

自立支援促進に関する評価・支援計画書

 兵 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

2007-0-11 11 - 27 11			
(1) 診断名(<u>特定疾病</u> または <u>生活機能低下の直接の原因となっ</u>	<u>ている傷病名に</u> 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網	圣過及び治療内容(<u>前回より変</u>	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 □J	1 □J2 □A1 □A2	□B1 □B2	□C1 □C2
・認知症高齢者の日常生活自立度 □自立 □ I		□Ⅲp □Ⅳ	M
(4) 基本動作	(5) ADL **	自立 一部介	↑助 全介助
・寝返り □自立 □見守り □一部介助 □全介助	・食事	□10 □5	5 □0
・起き上がり □自立 □見守り □一部介助 □全介助	・椅子とベッド間の移乗		0 ← (監視下)
・座位の保持 □自立 □見守り □一部介助 □全介助		移れない)→ □5	5 <u></u> 0
・立ち上がり □自立 □見守り □一部介助 □全介助	• 整容 	<u></u> 5 <u></u> 0	<u>—</u>
・立位の保持 □自立 □見守り □一部介助 □全介助	・トイレ動作	□10 □5	-
	・入浴	<u></u> 5 <u></u> 0	
	・平地歩行		0 ← (歩行器等)
		作が可能)→ □5	-
	・階段昇降		_
	・更衣		_
	・排便コントロール		
	・排尿コントロール	□10 □5	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		- 61	
□期待できる (期待できる項目: □基本動作 □ADL □期待できない □不明	□IADL □社会参加 □そ	の他)	
・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	J ()
・摂食 □特になし □あり ()	・運動 □特になし □あり	J ()
・嚥下 □特になし □あり ()	・その他□特になし □あり	J ()

(※ 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	・食事		・本人の希望の確認	・リハビリ専門職による訓練
□あり □なし	(自立・見守り・	一部介助 · 全介助	ょ) [※] 1月あたり()回	□あり □なし
1日あたり()時間	□居室外(普通	通の椅子)	. M LL	1週間あたり()時間
应 <i>估</i> 但 性	□居室外(車橋	奇子)	・外出	手进 人进啦! 上了训练
・座位保持	□ベッドサイ		1週間あたり()回	・看護・介護職による訓練
┃ □あり □なし	│ □ベッド上 □] その他	・居室以外(食堂・デイルーム	┃ □あり □なし
1日あたり()時間	食事時間や嗜好	子への対応	など)における滞在	1週間あたり()時間
(内訳)	□有□無		1日あたり()時間	・その他職種
ベッド上()時間	 ・排せつ(日中)		+5nn+	□あり □なし
車椅子()時間	1	一部介助・全介助	・趣味・アクティビティ・	1週間あたり()時間
普通の椅子()時間	□居室外のト			
その他()時間	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□		1週間あたり()回 	
・立ち上がり			・職員の居室訪問	
□あり □なし	□おむつ □-	その他	1日あたり()回	
 1日あたり()回	│ │ 個人の排泄リス	びムへの対応	mh = 1	
	□有 □無		・職員との会話・声かけ	
			1日あたり()回	
	・排せつ(夜間)	*n	 - _{、※} ・着替えの回数	
		一部介助・全介助	」)	
	□居室外のト			
	│ □居室内のト □ ポータブル		・居場所作りの取組	
	□ホーメフル □おむつ □		│ □有 □無	
	個人の排泄リス	(ムへの対応		
	│			
	・入浴			
	(自立・見守り・	一部介助・全介助	1)*	
	□大浴槽 []個人浴槽		
	□機械浴槽 []清拭		
	1週間あたり	()回		
	マンツーマンス	、浴ケア		
	□有□無			
L (※ 利用者が実際に日常	<u></u> 生活の中で「して	 いるADL動作」に	<u></u> :ついて評価して下さい。)	1
支援計画		_		
		□ # // (具体	的な計画)	
・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		
上記計画の内容について記	当明太巫は士!+	1		明え行い
工記計画の内容について記	兄明を安けました。 年	。 月 日	│上記計画書に基づさサービスの説 │内容に同意頂きましたので、ご報	
 ご本人氏名:	- r	4		年 月 日
ご家族氏名:				
ころ肽以口:			İ	

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:		月	日
							ימו		初回作成日:		月	日
作成者:		IJΛ :		栄養:		口腔:			作成(変更)日:			日
利用者及び 家族の意向									説明日	同意		
							-		年 月 日 説明者	一 年 同意:	<u>月</u>	日
外状の心内									武明伯	问 思·	白	
				<u> </u>								
					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	養状態のリスク(□低 □中 □高	高)		腔衛生状態 歯の汚れ □義i	歩の汗れ		
									歯の/ライレ □ 裁『 舌苔 □口臭	型 リンノフィレ)
									腔機能の状態			
									食べこぼし 口言)
									むせ □痰がらみ	_		,
								_	の本数()オ	E		
								_	の問題 う蝕 □歯の破折	・□修復物間	分離	
								<u> </u>	その他())
								_	歯の問題 不済会 口味場			
									不適合))
								□歯	周病 □口腔粘	膜疾患(潰瘍	[等)	
長期目標・ 期間	(心身機能)											
	(活動)							□歯	科疾患			
	(泊到)							(🔲	予防 □重症化	上予防)		
								_	腔衛生 ウェロク護者の	ᄆᇑᆂᇃᇰᆠ	+ ⟨±⁻ ┍┷	ا د.
	(参加)								自立□介護者の! 専門職の定期的な			ا (ځا
								_	食·嚥下機能	5 · · · //		
									目標設定無し □	↑維持 □改	善)	
短期目標・ 期間	(心身機能)							□食	_		_ ,	
								_ (目標設定無し []維持 □改	善)	
	/エチ い							□栄	養状態			
	(活動)							(🗆	目標設定無し []維持 □改	善)	
								□誤	嚥性肺炎の予防			
	(参加)							□ そ	の他()
									腔の清掃 □口腔	この清掃に関	する	指導
								□義	歯の清掃 □義歯	頭の清掃に関	する	指導
								□摄	食・嚥下等の口服	控機能に関す	「る指	導
								_	嚥性肺炎の予防に	に関する指導		
								□ そ	の他()	
											C 10 1	
	担当職種:			担当理					4回程度 □月2回 の他 (」程度 □月□	凹程	及)
	期間:			期間				_				
	頻度:週	回 時間	: 分 ————	/回 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)										3)	
	□□□腔衛生管理加算(I) □□腔衛生管理加算(II)											
		_ u · _ // # 7F \	·-/ Ш-"									