

「電子同意」の対象となる帳票

■ 特別養護老人ホーム

出力帳票名	頁
施設サービス計画書(第1表、第2表、第3表)	2
褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書	5
排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書	6
個別機能訓練計画書	7
個別機能訓練計画書(様式3)	8
栄養ケア計画書(施設)	10
経口移行・経口維持計画	11
栄養ケア・経口移行・経口維持計画書(施設)	12
口腔機能改善管理指導計画	13
自立支援促進に関する評価・支援計画書	14
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)	16

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 殿 生年月日 年 月 日 住所

施設サービス計画作成者氏名及び職種

施設サービス計画作成介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 ～ 年 月 日

要介護状態区分	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5
利用者及び家族の生活に対する意向	
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：

施設サービス計画書(2)

作成年月日 年 月 日

利用者名 様

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標				援 助 内 容			
	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

週間サービス計画表

作成年月日

年 月 日

利用者名 _____ 様

年 月分より

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	5:00								
早朝	6:00								
	7:00								
午前	8:00								
	9:00								
	10:00								
	11:00								
午後	12:00								
	13:00								
	14:00								
	15:00								
	16:00								
	17:00								
夜間	18:00								
	19:00								
	20:00								
	21:00								
深夜	22:00								
	23:00								
	0:00								
	1:00								
	2:00								
	3:00								

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 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)			
	パルソカテールの使用	☐ 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: パルソ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	☐ 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

個別機能訓練計画書

事業所名： _____

作成日： 年 月 日 作成者：

フリガナ		性別		生年月日	年 月 日 (歳)	介護度	
本人氏名	様						

機能訓練は「日常生活を営むのに必要な機能の改善」「日常生活を営むのに必要な現在の機能の維持」のために行います。

あなたの訓練目標

--

目標達成に向けた短期目標(身近な目標)と訓練の内容

短期目標	目標達成のための具体的な計画 (内容、1回あたりの回数、週あたりの回数等)	実施期間	評価日
			年 月 日

※訓練内容の数値については、あくまでも計画作成時の目標です。ご本人の体調やご意思を反映した上で、無理のない範囲で進めていきます。

実行や支援にあたって 留意すること	
ご本人やご家族の希望	

「同意欄」 個別機能訓練計画書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：

【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		
フリガナ 氏名		様	性別	年 月 日生	要介護度	計画作成者： 職種：		
				(歳)				
障害高齢者の日常生活自立度：					認知症高齢者の日常生活自立度：			

I 利用者の基本情報

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)

健康狀態・經過

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

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

Ⅱ 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標

短期目標(今後3ヶ月) 目標達成度 (達成 ・ 一部 ・ 未達)		長期目標 目標達成度 (達成 ・ 一部 ・ 未達)	
機能		機能	
活動		活動	
参加		参加	

※目標設定方法の詳細や生活機能の構成要素の考え方は、通知本体を参照のこと。

※目標達成の目安となる期間についてもあわせて記載すること。

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

Ⅱ 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練項目

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

プログラム立案 職種：

立案者：

※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。

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。

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
---	---

事業所No. _____ Tel. _____ 管理者：_____
〒 _____ 住所：_____ Fax. _____ 説明者：_____

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ヶ月程度以内に、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。

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) ☐ 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 ()			
短期目標・ 期間	(心身機能) (活動) (参加)			☐ 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 ()			
具体的な 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					
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)						