

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： 殿				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
				説明者

	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)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (□ 歯の汚れ、□ 義歯の汚れ、 □ 舌苔、□ 口臭) <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"/> 歯の本数 () 本 <input type="checkbox"/> 歯の問題 (□ う蝕、□ 歯の破折、□ 修復物脱離、 □ その他 ()) <input type="checkbox"/> 義歯の問題 (□ 不適合、□ 破損、 □ その他 ()) <input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> 歯科疾患 (□ 予防、□ 重症化予防) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 (□ 維持、□ 改善)
短期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		<input type="checkbox"/> 食形態 (□ 維持、□ 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (□ 維持、□ 改善) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 ()
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"/> 口腔の清掃 □ 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 □ 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 月4回程度 □ 月2回程度 □ 月1回程度 □ その他 ()

算定加算等	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算 (I) □ 口腔衛生管理加算 (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）

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"/> 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
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（施設系）

記載例①

氏名： ○○ ○○ 殿			入所（院）日： X年4月1日
			初回作成日： X年4月7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	（ご本人）形のあるものを食べたい。歩きたい。 （ご家族）一緒に外食ができると良い。		説明日 X年4月8日
			説明者 ○○ ○○

	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）	<ul style="list-style-type: none"> ・腰椎圧迫骨折とパーキンソン病に伴う四肢筋力低下と不随意運動に伴う基本動作と歩行能力低下 ・円背に伴う座位姿勢(ポジショニング)不良 ・嚥下障害と咳嗽力低下 ・食形態の改善 	低栄養状態のリスク（ <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高） <ul style="list-style-type: none"> ・食事に30分以上の時間がかかり疲労感あり ・摂食嚥下機能障害を有し、ペースト食（嚥下調整食コード：2-2）を提供 ・食事摂取量が主食70%程度、主菜30%程度（エネルギー、たんぱく質不足） 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 口腔衛生状態（<input checked="" type="checkbox"/> 歯の汚れ、<input checked="" type="checkbox"/> 義歯の汚れ、<input checked="" type="checkbox"/> 舌苔、<input checked="" type="checkbox"/> 口臭） ■ 口腔機能の状態（<input checked="" type="checkbox"/> 食べこぼし、<input checked="" 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 type="checkbox"/> 歯の本数（ 0 ）本 <input type="checkbox"/> 歯の問題（<input type="checkbox"/> う蝕、<input type="checkbox"/> 歯の破折、<input type="checkbox"/> 修復物脱離、<input type="checkbox"/> その他（ ）） ■ 義歯の問題（<input checked="" type="checkbox"/> 不適合、<input type="checkbox"/> 破損、<input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等）
長期目標・期間	（心身機能） <ul style="list-style-type: none"> ・筋力、バランス、耐久性、嚥下機能の改善（活動） ・歩行器を用いて歩行が見守りで可能 ・食形態の改善（嚥下調整食コード:2-2→4）（参加） ・家族と近くのレストランで食事ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅に戻ったときに、家族と食事を楽しむことができる ・必要栄養量（エネルギー 1400kcal/日、たんぱく質 60g/日）を確保し、体力が維持できる ・ソフト食（嚥下調整食コード：4）を食べることができる <p style="text-align: right;">【6か月】</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 歯科疾患（<input type="checkbox"/> 予防、<input checked="" type="checkbox"/> 重症化予防） ■ 口腔衛生（<input type="checkbox"/> 自立、<input checked="" type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上、<input checked="" type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等） ■ 摂食・嚥下機能（<input type="checkbox"/> 維持、<input checked="" type="checkbox"/> 改善） ■ 食形態（<input type="checkbox"/> 維持、<input checked="" type="checkbox"/> 改善） ■ 栄養状態（<input type="checkbox"/> 維持、<input checked="" type="checkbox"/> 改善） ■ 誤嚥性肺炎の予防 ■ その他（短期的には訪問診療における義歯修理、歯科医師による口腔機能管理、訪問歯科衛生指導等と合わせて実施）
短期目標・期間	（心身機能） <ul style="list-style-type: none"> ・筋力、バランス、耐久性、嚥下機能の改善（活動） ・立ち上がりが修正自立で可能 ・介助下で平行棒内歩行が5往復可能 ・座位姿勢改善、3時間以上の座位保持可能（参加） ・家族と短時間外出ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・姿勢を維持し、30分以内に食事を終えることができる ・食事摂取量を80%以上にする ・ムース食（嚥下調整食コード：3）を食べることができる <p style="text-align: right;">【3か月】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 口腔の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 ■ 義歯の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 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（義歯修理、ミールラウンドへの参加） <p>□月4回程度 <input checked="" type="checkbox"/>月2回程度 □月1回程度 <input checked="" type="checkbox"/>その他（訪問診療による義歯修理、訪問歯科衛生指導）</p>
具体的なケア内容	<ul style="list-style-type: none"> ・筋力増強訓練（呼吸筋含む）、バランス訓練 ・嚥下機能の評価・訓練、発声訓練、口腔体操 ・起き上がり、歩行訓練（負荷量は栄養摂取量に応じて調整） ・車椅子と歩行補助具の選定と調整 担当職種：理学療法士、言語聴覚士 期間：X年4月～ 頻度：週3回、時間：40分/回	<ul style="list-style-type: none"> ・嚥下機能訓練や義歯の調整状況等に合わせ、食形態を調整する ・ご本人様の嗜好に合わせて、昼食に温泉卵などたんぱく質を補う一品を提供する ・自力摂取が進むよう、座位の調整や声かけを行う 担当職種： 管理栄養士、介護職員等 期間： X年4月～、頻度：毎日	

算定加算等	<input checked="" type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント（介護老人保健施設） <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 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）
	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養マネジメント強化加算 <input type="checkbox"/> 経口移行加算*1 <input checked="" type="checkbox"/> 経口維持加算*2（ <input checked="" type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II） <input type="checkbox"/> 療養食加算 <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算（I） <input checked="" type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算（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（施設系）

記載例②

氏名： ○○ ○○ 殿			入所（院）日： X年7月10日
作成者： リハ ○○ ○○ (PT) 栄養 ○○ ○○ (RD) 口腔 ○○ ○○ (DH)			初回作成日： X年7月17日
			作成（変更）日： 年 月 日
利用者及び家族の意向	（ご本人）口から食べたい。 （ご家族）少しでいいから食事がとれるようになってほしい。		説明日 X年7月18日
			説明者 ○○ ○○

	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）	<ul style="list-style-type: none"> 脳梗塞に伴う重度片麻痺、嚥下障害、認知機能低下 座位耐久性の低下 嚥下障害（胃瘻による経腸栄養） 誤嚥性肺炎の既往 褥瘡あり（仙骨部発赤） 	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"> BMI17.6で褥瘡（仙骨部発赤）もあり、低栄養状態 下痢あり 経腸栄養（濃厚流動食 1日3回）で、半年以上の経口摂取なし 	<ul style="list-style-type: none"> 口腔衛生状態（<input checked="" type="checkbox"/>歯の汚れ、<input type="checkbox"/>義歯の汚れ、<input checked="" type="checkbox"/>舌苔、<input checked="" type="checkbox"/>口臭） 口腔機能の状態（<input type="checkbox"/>食べこぼし、<input checked="" 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） 歯の本数（10）本 歯の問題（<input checked="" type="checkbox"/>う蝕、<input type="checkbox"/>歯の破折、<input type="checkbox"/>修復物脱離、<input type="checkbox"/>その他（ ）） 義歯の問題（<input type="checkbox"/>不適合、<input type="checkbox"/>破損、<input checked="" type="checkbox"/>その他（不使用）） 歯周病 <input type="checkbox"/>口腔粘膜疾患（潰瘍等）
長期目標・期間	（心身機能） <ul style="list-style-type: none"> 嚥下機能の改善、座位耐久性の向上（活動） お楽しみ程度の経口摂取が可能 褥瘡の改善（参加） 好きなもの（プリン）を家族と食べることが出来る 	<ul style="list-style-type: none"> 褥瘡を改善し、低栄養状態の中リスク（経腸栄養法のみ該当）を維持する 週1回程度、ゼリーやプリン（嚥下調整食コード：1j）を口から食べることが出来る <p style="text-align: right;">【6か月】</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>歯科疾患（<input type="checkbox"/>予防、<input checked="" type="checkbox"/>重症化予防） <input checked="" type="checkbox"/>口腔衛生（<input type="checkbox"/>自立、<input checked="" type="checkbox"/>介護者の口腔清掃の技術向上、<input checked="" type="checkbox"/>専門職の定期的な口腔清掃等） <input checked="" type="checkbox"/>摂食・嚥下機能（<input type="checkbox"/>維持、<input checked="" type="checkbox"/>改善） <input checked="" type="checkbox"/>食形態（<input type="checkbox"/>維持、<input checked="" type="checkbox"/>改善） <input checked="" type="checkbox"/>栄養状態（<input type="checkbox"/>維持、<input checked="" type="checkbox"/>改善） <input checked="" type="checkbox"/>誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/>その他（短期的には訪問診療におけるう蝕・歯周病治療、訪問歯科衛生指導等とあわせて実施）
短期目標・期間	（心身機能） <ul style="list-style-type: none"> 嚥下機能の改善、座位耐久性の向上（活動） 車椅子座位保持が1時間可能 発声能力の向上（参加） 家族と施設の屋外に車椅子で外出する 	<ul style="list-style-type: none"> 下痢を改善し、体重を3kg増やす ゼリー（嚥下訓練食品：0j）を口から食べることが出来る <p style="text-align: right;">【3か月】</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/>口腔の清掃 <input checked="" type="checkbox"/>口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/>義歯の清掃 <input type="checkbox"/>義歯の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/>摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/>誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/>その他（経口移行計画にかかる会議等への参加） <p> <input type="checkbox"/>月4回程度 <input checked="" type="checkbox"/>月2回程度 <input type="checkbox"/>月1回程度 <input checked="" type="checkbox"/>その他（訪問診療によるう蝕・歯周病治療、訪問歯科衛生指導） </p>
具体的なケア内容	<ul style="list-style-type: none"> 筋力増強訓練（呼吸筋含む） 基本動作（座位保持・移乗）訓練 車椅子のポジショニング 発声・嚥下訓練 担当職種：理学療法士・言語聴覚士、 期間：X年7月～ 頻度：週3回、時間：40分/回	<ul style="list-style-type: none"> リハビリの量と質にあわせ、栄養量を段階的に見直す 褥瘡を改善できるよう創部にあわせた栄養量の調節を行う 胃瘻栄養は、下痢等のトラブルがないよう、滴下速度や栄養剤の選定に注意する 担当職種：管理栄養士 期間：X年7月～、頻度：随時	

算定加算等	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント（介護老人保健施設） <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input checked="" type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input checked="" type="checkbox"/> 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）
	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養マネジメント強化加算 <input checked="" type="checkbox"/> 経口移行加算*1 <input type="checkbox"/> 経口維持加算*2（ <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ） <input type="checkbox"/> 療養食加算 <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算（Ⅰ） <input checked="" type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算（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）		説明者 ○○ ○○
			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）

	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（□低 □中 ■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"> ■口腔衛生状態（□口臭、□歯の汚れ、■義歯の汚れ、□舌苔） ■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（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 □音声・言語機能に関する疾患の可能性 □その他（ ） 【記入者】 □看護職員 ■歯科衛生士 □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"> ■口腔衛生（□維持、■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）） ■摂食・嚥下機能（□維持、■改善（口腔体操を実施、自宅で継続するよう指導）） ■食形態（■維持、□改善（ ）） □音声・言語機能（□維持、□改善（ ）） ■誤嚥性肺炎の予防 ■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】 □看護職員 ■歯科衛生士 □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、簡単に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"> ■摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ■口腔清掃、口腔清掃に関する指導 □音声・言語機能に関する指導 □その他（ ） 【サービス提供者】 □看護職員 ■歯科衛生士 □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"> 居宅を訪問し、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"> ■摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ■口腔清掃、口腔清掃に関する指導 □音声・言語機能に関する指導 □その他（ ） 【サービス提供者】 □看護職員 ■歯科衛生士 □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）

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

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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
感覚機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
関節可動域制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
失語症・構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
高次脳機能障害 ()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
精神行動障害 (BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> TUG Test			
服薬管理	自立・見守り・一部介助・全介助		
<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)
復元	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

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 5 0	10 5 0	
イスとベッド間の移乗	15 10 0 一歩行器等	15 10 0 一歩行器等	
整容	座れるが移れない→5 0	座れるが移れない→5 0	
トイレ動作	5 0 0	5 0 0	
入浴	5 0 0	5 0 0	
平地歩行	15 10 0 一歩行器等	15 10 0 一歩行器等	
階段昇降	車椅子操作が可能→5 0	車椅子操作が可能→5 0	
更衣	10 5 0	10 5 0	
排便コントロール	10 5 0	10 5 0	
排尿コントロール	10 5 0	10 5 0	
合計点			

活動 (IADL)

アセスメント項目	開始時	現状	特記事項	評価内容の記載方法
食事の用意				0: していない 1: まれにしている
食事の片付け				2: 週に1~2回 3: 週に3回以上
洗濯				0: していない
掃除や整頓				1: まれにしている
力仕事				2: 週に1回未満
買物				3: 週に1回以上
外出				
屋外歩行				
趣味				
交通手段の利用				
旅行				
庭仕事				0: していない 1: 時々
				2: 定期的にしている 3: 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、ねじ止めなど
				2: ベンキ塗り、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 _____

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)

課題	状況
家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ()
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"/> ポータブルトイレ その他 () <input type="checkbox"/> 調整済 <input type="checkbox"/> 未調整
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"/> ポータブルトイレ その他 () <input type="checkbox"/> 調整済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整
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	

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行いたい社会参加等の取組 _____

他事業所の担当者で共有すべき事項 _____

介護支援専門員と共有すべき事項 _____

その他、共有すべき事項 () _____

※下記の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 ()

【個別機能訓練アセスメントシート】

作成日：令和 年 月 日	前回作成日：令和 年 月 日	初回作成日：令和 年 月 日
ふりがな 氏名	性別 大正 / 昭和 年 月 日生 (歳)	要介護度 計画作成者： 職種：
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	

I 利用者の基本情報

利用者本人の社会参加の状況	利用者の居宅の環境（環境因子）
---------------	-----------------

健康状態・経過

病名	発症日・受傷日： 年 月 日 直近の入院日： 年 月 日 直近の退院日： 年 月 日
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）	
合併疾患・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）	

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。

口腔衛生管理加算の実施記録

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男、 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 生まれ 歳
要介護度・病名等	
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
同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注）	<input type="checkbox"/> あり（ ）回、 <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介護保険施設と連携を図り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。

※医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日： 令和 年 月 日（記入者： ）

口腔衛生等の管理	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
介護職員への技術的助言等の内容	<input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 <input type="checkbox"/> 食事の状態、食形態等の確認 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他（ ）

2 その他の事項

--

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: 50px;"></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: 50px;"></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) <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
--

■本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む) <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
--

■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終了目安 (終了の目安となる時期: _____ ヶ月後)

■リハビリテーションの見直し・継続理由 <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
--

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

■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()	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
福祉用具等	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 器具 <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()	余暇活動(内容および頻度) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
自宅周辺		社会地域活動(内容および頻度) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
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	
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 0: していない 1: 時々 2: 定期的にしている 3: 代替等もしている 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 0: 読んでいない、 1: まれに 2: 月1回程、 3: 月2回程 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	
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					
読書					
仕事					
合計点数					

■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

■リハビリテーションサービス						
☐訪問・通所頻度() ☐利用時間() ☐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	

☐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 ☐()

リハビリテーションセッション会議録（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 _____ 開催回数 _____

	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
会議出席者				
リハビリテーションの支援方針				
リハビリテーションの内容				
各サービス間の提供に当たって共有すべき事項				
利用者又は家族構成員不参加理由	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> サービス担当者 <input type="checkbox"/> サービス担当者	<input type="checkbox"/> 家族 <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()) <input type="checkbox"/> (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テーションの提供	<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"/> 言語聴覚療法 <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()) <input type="checkbox"/> (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()	

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】

別紙様式 2 - 6

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

患者氏名			
患者住所	性別 男・女		
電話番号			
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳) 職業			
傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的		
既往歴及び家族歴			
症状経過、検査結果及び治療経過			
現在の処方			
要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限: 年 月 日~ 年 月 日)			
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			
日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)			
移動	自立 見守り 一部介助 全面介助	食事	自立 見守り 一部介助 全面介助
排泄	自立 見守り 一部介助 全面介助	入浴	自立 見守り 一部介助 全面介助
着替	自立 見守り 一部介助 全面介助	整容	自立 見守り 一部介助 全面介助
本人及び家族の要望			
現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)			
備考			

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

記入例：通所リハビリテーション→在宅

紹介先医療機関等：○○○○○

担当医 ○○ 科 ○○ ○○ 殿

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称 ○○○○○

電話番号 ○○-○○○-○○○

医師氏名 ○○ ○○

患者氏名 ○○ ○○	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女
患者住所 ○○○○○○○○○○	
電話番号 ○○-○○○-○○○	
生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (75 歳)	職業 主婦(元専業主婦)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) #1 変形性膝関節症(右側) 55歳～ #2 生活不活発病(療用症候群) ①膝痛のため(70歳～) ②感冒による臥床(平成18年2月) (今回のリハビリテーション実施の主な要因)	紹介目的 通所リハビリテーション終了にあたってのご報告
---	--------------------------------

既往歴及び家族歴
平成18年2月、感冒による臥床のために生活不活発病が急激に増悪した。生活不活発病の改善を主目的として平成18年4月より週2回通所リハビリテーションを開始した。

症状経過、検査結果及び治療経過
平成18年4月膝関節痛を生じにくい家事の方法を指導し、更に屋外歩行の範囲の拡大を図った。杖を使うことで外出が自立可能となり、平日の家事が自立したため、リハビリテーションを終了した。
今後、日常生活の中での活動性向上を指導すれば更なる改善が見込まれる。

現在の処方
○○○○○

要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
(有効期限：○年○月○日～○年○月○日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)									
移動	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	入浴	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
着替	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	整容	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助

本人及び家族の要望
本人：元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。
家族：平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。(嫁が平日はパートに出るため)

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)
膝関節痛が増悪した時に再び活動性が低下すること。

備考
本人は当機関でリハビリテーションを開始するまでは杖に頼ってはいけないうちでいた。(但し、本人は杖を使用して外出する方が良いとは十分に納得されていない様子あり。)

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

記入例：施設→在宅

紹介先医療機関等：〇〇〇〇〇

担当医 〇〇 科 〇〇 〇〇 殿

令和 〇 年 〇 月 〇 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称 〇〇〇〇〇

電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

医師氏名 〇〇 〇〇

患者氏名 〇〇 〇〇
患者住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女
電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇
生年月日 明・大・昭・平 〇 年 〇 月 〇 日(80 歳) 職業 意職(元会社員)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) #1 脳出血(左被殻出血)(平成17年12月〇日) #2 右片麻痺 #3 右顔面麻痺	紹介目的 退所にあたってのご報告及び継続治療のご依頼
---	-------------------------------

既往歴及び家族歴

70歳ごろより近医にて高血圧症を指摘されるがその後通院せず放置していた。平成17年12月に脳出血を発症し、右片麻痺を呈し、〇〇病院に入院、治療となった。その後、症状が安定したため、平成18年1月に急性期のリハビリテーション目的で〇〇リハビリテーション病院に転院し、平成18年4月当施設に入所した。

既往歴：高血圧、他特記無し
家族歴：父 高血圧

症状経過、検査結果及び治療経過

入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖と短下肢装具を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自主し、その後、自宅の近くの坂道を上れる程度となった。試行的退所の際に、自宅内での身の回り行為(ADL)は自主を確認した。趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになった。

現在の処方

〇〇〇〇〇

要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
(有効期限：〇年〇月〇日～〇年〇月〇日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに〇)									
移動	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	入浴	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
着替	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	整容	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助

本人及び家族の要望

本人：今後も身の回りのことは一人でやっていきたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。
家族：日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

まだ体力の回復が不十分であるため、退所すぐは長時間外出したり長い距離を歩くことを避けるようお願いしたい。

備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関
-------------------------	--------------------------	------------------------



(依頼先機関)

居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関
-------------------------	--------------------------	------------------------

依頼先機関等名

担当者

殿

氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)	職業	
住所							性別	男・女
電話番号								
認定情報	要介護状態等区分: 要支援(1・2) 経過的要介護 要介護 (1・2・3・4・5) (有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)							
傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的							
目標とする生活(本人及び家族)								
生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)								
援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化								
現状の問題点・課題								
リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること								
備考								

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	令和 年 月 日
事業所	
担当者	
電話	
FAX	

記入例：通所リハビリテーション→在宅

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所
地域包括支援センター

訪問リハビリテーション事業所
老人保健施設

通所リハビリテーション事業所
医療機関

(依頼先機関)

居宅介護支援事業所
地域包括支援センター

訪問リハビリテーション事業所
老人保健施設

通所リハビリテーション事業所
医療機関

依頼先機関等名

〇〇〇〇〇

担当者 〇〇 〇〇 殿

氏名	〇〇 〇〇	生年月日	明・大・昭・平	〇年	〇月	〇日	(75歳)	職業	(元専業主婦)
住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇							性別	男・女
電話番号	〇〇-〇〇〇-〇〇〇								
認定情報	要介護状態等区分：要支援(1・2) 経過的要介護 要介護(1・2・3・4・5) (有効期間：〇年〇月〇日～〇年〇月〇日)								

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
変形性膝関節症(右膝で強い、20年前から) +生活不活発症 ①膝痛のため5年位前から ②2ヶ月前の風邪による臥床(今回のリハビリテーション実施の主な原因)	通所リハビリテーション終了にあたってのご報告及び継続支援のご依頼

目標とする生活(本人及び家族)

本人：元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。

家族：できれば平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

生まれ健康でしたが、65歳時から高血圧指摘され、68歳時降圧剤(〇〇〇)を服用開始しています。

20年前から膝痛あり、膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、生活不活発病が徐々に出現していました。

15年前から息子家族と同居していますが、日中の夫婦分の家事は本人が行っていました。但し、風邪の後からの家事は嫁のみが行っていて、役割が移っています。本人は家事を行うことが家の中での自分位置づけとして重視しています。

俳句は10年前からはじめましたが、これによるお友達も多いことも含め生きがいがいになっています。

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化

風邪による安静のために生活不活発病が急激に進行し、その改善を主目的としてそれに対し平成17年より週2回通所リハビリテーションを開始しました。

生活の活発化のポイントとして、膝痛を起こしにくい家事のやり方の指導と屋外歩行の範囲の拡大などを図りました。杖を使うことで外出が自主し、平日の家事が自主したのでリハビリテーションは終了しました。

更に活動性は向上できると思われれます。日常生活の中でできることを増やしていくように支援いただければ幸いです。

ただ、シルバーカーや杖を使うことをまだ納得していない様子もあります。

現状の問題点・課題

膝痛の悪化した時に再び活動性が低下すること。

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

買い物などの外出や友人との交流等の社会参加の機会を促進してください。今後更に生活範囲が拡大するように、地域における様々な資源の紹介もよろしくお願ひします。

日中の家事の主体が再び本人に戻るよう援助ください。

備考

- 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
- サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	令和 〇年 〇月 〇日
事業所	〇〇〇〇〇
担当者	〇〇 〇〇
電話	〇〇-〇〇〇-〇〇〇
FAX	〇〇-〇〇〇-〇〇〇

記入例：入所→在宅

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所
地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関



(依頼先機関)

居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所
地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関

依頼先機関等名

○○○○○

担当者 ○○ ○○ 殿

氏名	○○ ○○	生年月日	明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (80 歳)	職業	無職(元会社員)	
住所	○○○○○○○○○○○				性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
電話番号	○○-○○○-○○○					
認定情報	要介護状態等区分: 要支援(1 ・ 2) 経過的要介護 要介護 (1 ・ <input checked="" type="radio"/> 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) (有効期間: ○年○月○日～○年○月○日)					

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
脳出血 右片麻痺、右顔面麻痺	退所にあたってのご報告及び継続支援のご依頼

目標とする生活(本人及び家族)
本人: 今後も身の回りのことは一人でやっていきたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。 家族: 日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)
※利用者基本情報(フェイスシート)を参照
援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化 入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自立しました。自宅の近くの坂道程度も自立しました。身の回り行為(ADL)は自宅内では自立していることを外泊時に確認しています。 趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになりました。(入所中の自由時間にも行っております。)

現状の問題点・課題
がんばりすぎる傾向があります。まだ疲労し易い様子もみられます。

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること
・盆栽や囲碁を片手で行うことは今後も上手になっていきます。 ・一度に長い時間歩いたりせずに、時々休みながら行うことをすすめてください。 ・町内会参加や外出などで生き生きとした生活となるようすすめてください。 ・積極的な方なので社交範囲が広がる新しい地域活動もあればご紹介ください。

備考

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
事業所	○○○○○
担当者	○○ ○○
電話	○○-○○○-○○○
FAX	○○-○○○-○○○

＜リハビリテーションマネジメント＞ アセスメント上の留意点

＜実施計画書1＞

分類	リハビリテーション実施計画書項目	留意点
健康状態	健康状態 (原因疾患、発症・受傷日等)	特に生活機能低下の原因となった傷病を特定してください
		疾病管理の方針(投薬内容を含む)を把握してください
		症状のコントロール状態について把握してください
	合併疾患・コントロール状態	リスク管理上留意すべき合併疾患はありますか
		生活機能に影響する合併疾患はありますか
		治療や使用薬剤が生活機能に及ぼす影響(副作用等)について把握してください
		低栄養あるいは肥満や栄養の偏りの有無について把握してください
		合併疾患等についての本人・家族の理解を把握してください
	生活不活発病(廃用症候群)	生活不活発病の発生原因を特定してください
		現在の生活の活発さの程度を把握してください
		生活不活発病改善への方針を把握してください
		生活不活発病及びその原因についての本人・家族の理解を把握してください
心身機能	運動機能障害	麻痺(中枢性、末梢性)、筋力低下、不随意運動の有無について把握してください
	感覚機能障害	聴覚機能、視覚機能等の障害の程度を把握してください
	高次脳機能障害	失行・失認、失語の有無を把握してください
		記憶と認知の障害の有無を把握してください
		高次脳機能障害の日常生活・社会活動への影響を把握してください
	拘縮	部位と運動制限の程度を把握してください
	関節痛	部位と程度を把握してください
		痛みのコントロールの程度も把握してください
	その他	情動症状、うつ状態、循環・呼吸・消化機能障害、音声・発話機能の障害、排尿機能の障害・性機能の障害、褥瘡の有無を確認してください これらの障害が日常生活・社会活動制限の原因になっていないか確認してください
	認知症に関する評価	中核症状の重症度を把握してください
周辺症状の有無を把握してください		
経過を必ず確認してください(診断時期, 受けてきた治療を含む)		
トイレへの移動	個室への移動、ドアの開閉が可能かどうか確認してください	
階段昇降	階段の傾斜や手すりの使用状況等にも注目してアセスメントしてください	

日常生活・社会活動	屋内移動	自宅と自宅以外の屋内(通所施設内、病院内、等)の違いにも注目して移動能力をアセスメントしてください
	屋外移動	場所や床面の状況による違いにも注目してアセスメントしてください
	食事	食品の形態によって食事動作に差が出るか、箸やフォークの使用状況、瓶や缶あけが可能であるかについて把握してください
	排泄(昼)(夜)	トイレの様式による違いや立ち上がり動作や衣服の着脱についても注目してアセスメントしてください
	整容	洗面、整髪、歯、ひげ、つめの手入れができるかどうかを把握してください。それらを行う姿勢が座位か、立位姿勢かについても留意してください
	更衣	衣服と履物の種類に着目して、着脱の実行状況を把握してください
		適切な衣服の選択かについても把握してください
	入浴	浴室での移動、浴槽への出入りが可能かどうか、体を洗えるかどうかについて把握してください
	コミュニケーション	周囲の人と意思の疎通が可能であるかどうか、困難である場合、とくに表出が困難か、理解が困難かについて把握してください コミュニケーションの相手やその手段(手話、非手話)にも注目して把握してください
	家事	ゴミ捨て、植物の水やり等についても把握してください
外出	公共交通機関の利用、自動車の運転、自転車の運転が可能であるかどうか、把握してください	
起居動作	寝返り 起き上り 座位 立ち上り 立位	それぞれの動作の実施環境による違いを把握してください
摂食・嚥下	口腔機能の状態を把握し、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導の必要性を判断してください	

<実施計画書2>

リハビリテーション 実施計画書項目	留意点
ご本人の希望	希望する背景や理由、その心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください
ご家族の希望	利用者にどうなってほしいと家族が思っているのかを把握してください その希望の根拠や心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください