

リハビリテーション実施計画書 (1)

別紙様式 2 - 9

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 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)	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: <input type="checkbox"/> 感覚機能障害: <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮(部位): <input type="checkbox"/> 関節痛(部位): <input type="checkbox"/> その他: 認知症に関する評価
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		
参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。)		
入院・入所中の場合の退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定		
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):		
退院後利用資源:		

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	実施上の留意点
起居動作	寝返り										
	起きあがり										
	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
	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
リハビリテーションプログラム	

ご本人に行ってもらいたいこと
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

前回計画書作成時からの改善・変化等（ 月 日）

備考

担当者チーム	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 : ご家族 : 説明者 :

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。

リハビリテーション実施計画書 (1)

記入例：通所リハビリテーション

計画評価実施日 令和 3 年 4 月 1 日

利用者氏名: ○○ ○○ 様 性別: 男 (女) 生年月日 ○年 ○月 ○日 (75歳) 要介護度: 要介護1

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等) #1 変形性膝関節症 (右で強い、20年前から) #2 生活不活発症 ① 膝関節痛のため (70歳～) ② 感冒による臥床 (平成18年2月～)	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 (1) 膝痛のため家事制限や屋外歩行量低下 (70歳～) (2) 感冒による臥床 (平成18年2月～)	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: 下肢を中心とした筋力低下あり <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 なし <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: なし <input type="checkbox"/> 拘縮(部位): 右膝関節: 伸屈-5° <input type="checkbox"/> 関節痛(部位): 両膝 <input type="checkbox"/> その他 認知症に関する評価
参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。) 入院・入所中の場合の退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定 家庭内役割(家事への参加、等): 家事 社会活動: 老人クラブ (週1回) への参加 外出(内容・頻度等): 買い物 (週2回) に行くこと、友人宅訪問 余暇活動(内容・頻度等): 俳句の会 (月2回) への参加 退院後利用資源: 市の体操教室への参加		

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・器具・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
日常生活・社会活動	トイレへの移動	A	B	C			B: 夜はつたい歩き			PT<週2回個別訓練> ・屋外歩行能力の評価 ・屋内歩行訓練 (屋内・屋外での歩行補助器具を選定する。)	・日中短時間に何度か動く機会を増やします。 ・声かけ、励ましを行う。	自宅周辺は坂道多い。様々な屋外環境での実用的な歩行訓練を行う。
	階段昇降	A	C		B							
	屋内移動	A	B	C			B: 時々つたい歩き	5月上旬	○			
	屋外移動	A	C	B		A, C: T字杖	B: 腕組み (2ヶ月前から)	5月上旬	○	・訓練室でのバランスボードを用いた立位バランス訓練 ・膝関節保護のための膝装具の検討		・膝への負担の少ない方法を指導する。 (どのような動作で生じ易いかに留意する。)
	食事	A	B	C								
	排泄(昼)	A	B	C								
	排泄(夜)	A	B	C								
	整容	A	B	C								
	更衣	A	C		B		B: くつ下のみ					
	入浴	A	C	B			C: 伝い歩き 入浴用椅子使用		○	OT<週2回個別訓練> ・実際に入浴時に動作訓練の実施 (徐々に介護職へ移行)	・自宅での入浴時の自主にむけた支援を行う。 (特に浴槽またぎ、濡れたタイル上の歩行)	
	コミュニケーション	A	B	C								
	家事	A	C		B				5月中旬	○	OT<週2回個別訓練> ・台所にて調理訓練 (徐々に家事の内容を増やしていく。)	・食やお茶時に家事的な行為を実施してもらい、それを支援する。
外出	A	C		B		B: 通所以外は外出なし						

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・器具・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	A	B	C						特になし。	特になし。	特になし。
	起き上がり	A	B	C								
	座位	A	B	C								
	立ち上がり	A	B	C								
	立位	A	B	C								
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）

<p>ご本人の希望（○年○月○日） 一人て外出し（特に買い物）、俳句の会にもまた通いたい。 家事ができるようになりたい。</p>
<p>ご家族の希望（○年○月○日） 家事ができるくらいに元気になって欲しい。</p>

生活目標	<p>その人らしく生活するためのポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中の家事を行う（膝の痛みが少なくなる方法を工夫） ・友人宅訪問や俳句の会などの趣味を楽しみ、体操教室などで活動的な生活を送る。
リハビリテーションプログラム	<p>ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみへの支援に向けての取り組み</p> <p>今回、歩くことや家事が難しくなったのは、風邪で2週間ほとんど寝ていたためです。以前の状態に戻るために、生活を落着かせていくことが重要です。膝に負担のかからないような家事などのやり方を工夫してお教えしていきます。どのようなことをやりたいか希望をお伝えください。</p> <p>・自宅生活を送る上で膝に負担の少ない方法を理学療法士、作業療法士がお教えしますので、実際に自宅で行ってください。（特に家事は細かく説明していきます。）</p> <p>・外出の範囲を拓げるために、当初は杖を使用した屋外移動、買い物等の訓練を行います。</p> <p>外出や、平日の家事が自分でできるようになったらリハビリテーションは終了の予定です。その後は日常生活の中でご自分でできることを増やしていきましょう。</p> <p>到達の目標としては、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5月上旬を目途に屋内、屋外の歩行が自立して行えることを目指します。 ・また、5月中旬を目途に家事もご自分でできることを目指します。

<p>ご本人に行ってもらいたいこと</p> <p>膝の痛みを生じないような動作のやり方を、ご自身でも工夫しながらいろいろなことをやってみてください。（工夫したことは担当者に教えてください）</p>
<p>ご家族にお願いしたいこと</p> <p>初めての場所で杖で歩行する時は、転倒の危険もありますので十分を見守りをしてください。段差や方向転換の際の動作のやり方についてもご家族に説明します。</p>
<p>病気との関係で気をつけること</p> <p>どのような動作をすると痛みが強くなるか注意してください。痛みがある場合は担当者にお知らせください。痛みを少なくしつつ、上手にできる方法を一緒に工夫します。</p> <p>最初は一度に長い時間無理して歩かないようにしてください。（時々休みながら行うようにしましょう。）</p>

<p>前回計画書作成時からの改善・変化等（月 日）</p> <p>これまでリハビリテーションは行なわれておらず、上手な動作方法の習得がなされていませんでした。そこで今回のリハビリテーションで、痛みの少ない家事の方法や身の回りのことのやり方を習得することで、上手にできるようになっていくと思われます。</p>

備考	<p>これから生活の範囲が広がっていくと、難しいことがでてくるかもしれませんが、できないと思わずに相談してください。できれば、その行為を行う場所の写真を持参してください。</p>
----	---

担当者	<p>担当医： ○○ ○○</p> <p>●PT・OT・ST： ○○（理学療法士）、○○（理学療法士）、○○（作業療法士）、（ ）</p> <p>●看護・介護： ○○（看護師）、○○（介護職員）、（ ）、（ ）</p> <p>●（ ）、（ ）、（ ）、（ ）</p> <p style="text-align: right;">（ ）内は職種を記入</p>
-----	--

ご本人・ご家族への説明と同意： ○年○月○日

ご本人： ○○ ○○ ご家族： ○○ ○○ 説明者： ○○ ○○

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。

リハビリテーション実施計画書 (1)

記入例：入所

計画評価実施日 令和 3年 4月 1日

利用者氏名：〇〇 〇〇 性別：(男)・女 生年月日 〇年 〇月 〇日(80 歳) 要介護度：要介護 3

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等) #1 脳出血(左視床出血)(平成17年12月〇日) #2 右片麻痺 #3 運動性失語	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) 高血圧(コントロール不良) 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: 右片麻痺 (ステージ:右大腿Ⅲ、右手指Ⅲ、下股Ⅲ) (グレード:右大腿3、右手指3、下股6) □感覚機能障害: 足指深部感覚低下 □高次脳機能障害: 運動性失語(軽度) □拘縮(部位): 左肩節:肩屈-5°、右膝関節:屈曲-10°、 右股関節:伸展-5° □関節痛(部位): □その他: 認知症に関する評価
参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。) 入院・入所中の場合の退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定 家庭内役割(家事への参加、等孫の相手) 社会活動: 町内会(元会長)への参加、同窓会への出席(年1回) 外出(内容・頻度等): 通院(隔週) 余暇活動(内容・頻度等): 基会所への参加(自宅、近所の友人 週3-4回) 退院後利用資源: 市の集会所でのサークルへの参加		

自立・介護状況	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ						
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	使用用具・杖・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	A	B	C		B: 車いす A、C: 膝下股装具、四脚杖	(歩行は訓練室のみ)	4月下旬	○	PT<週3回個別訓練> 訓練室での歩行訓練 訓練室での階段昇降訓練 (居室様での歩行訓練にもつなげる。また、介助歩行が可能になるまでは十分に)	行きは車いす、帰りは介助歩行を行う。	(膝下股装具完成までは施設備品管子) ・疲労しやすいので、少量頻回に実施す
	階段昇降	A		C	B	A、C: 膝下股装具、てすり		6月下旬				
	屋内移動	A	B	C		B: 車いす A、C: 膝下股装具、四脚杖		4月下旬	○	OT<週2回個別訓練> トイレ内での排泄動作訓練(トイレまでは歩行を行う。)		
	屋外移動	A		C	B	A、C: 膝下股装具、四脚杖		5月下旬	◎	PT<週1回> 中庭歩行から開始し、徐々に屋外道路での歩行へ進める。	最初は車いすを利用して中庭まで行っていただき、歩行介助を行う。	
	食事	A	C	B		A、C: 箸 B: スプーン、フォーク	B: 左手(箸指導不十分)		○	OT<週2回昼食時> 箸の指導訓練(様々な食材をつまめるよう指導する。)	箸の使用機会を増やすよう促す。	箸をつまめる食材を増やしていく。
	排泄(昼)	A	B	C		A、C: 尿一置り便器/便一洋式 B: 車いす用	C: 前方もたれ必要	4月下旬	○			
	排泄(夜)	A	B	C		A、C: 尿一置り便器/便一洋式 B: しびん		5月下旬				
	整容	A	B	C		B: 車いす C: 膝下股装具、四脚杖	A、C: 立位 B: 座位	4月下旬	◎	OT<週2回個別訓練> 立位での歯磨き、洗面訓練(トイレまでは歩行を行う。)	食事後の整容を立位保持できるように支援する。(全、夕)	前座時膝が折れやすい。洗面台前の最後の定位置に停止する。また、立位姿勢での動作指導を受けていないため不安感がある。
	更衣	A	B	C		C: 膝下股装具	A: 立位 B: ベッド上座位 C: もたれ立位	6月上旬	○	OT<週2回個別訓練> 立位姿勢での訓練へ進める。	装具装着を優先し、その後更衣を行う。(朝)	
	入浴	A		C	B	B: 介護浴槽 C: 家庭浴槽 (歩行: 四脚杖)	A: つたい歩き C: 浴槽出入りの介助	6月下旬	○	OTまたはPT<週1回入浴時> 家庭浴槽での入浴動作の指導	PT、OTにより順次にかつたポイントに留意しながらい支援を行う。	
コミュニケーション	A	C	B						ST<週1回グループ> グループでの会話を促す。	積極的な会話を引き出すよう促す。	家族間では意思疎通に留意し。	
家事												
外出	A		C	B								
孫の相手	A	C	B								孫との会話を通して前向きになっていただく。	

自立・介護状況	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ						
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	使用用具・杖・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
起居動作	寝返り	A	B	C							特になし。	床上動作は、基会所や自宅内を想定して行う。
	起き上がり	A	B	C								
	座位	A	B	C								
	立ち上がり	A		C	B		C: 床よからの一部介助(椅子から自立)	6月上旬		PT<週3回個別訓練> 訓練室の和室にて床よでの動作訓練		
	立位	A		C	B							
摂食・嚥下	A	B	C									

「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)

<p>ご本人の希望 (○ 年 ○ 月 ○ 日) また歩けるようになりたい。身の回りのことは一人でやりたい。 以前のように近所の友人宅や自宅で囲碁をうちたい。</p>
<p>ご家族の希望 (○ 年 ○ 月 ○ 日) 日中は一人で自宅生活をして欲しい。(特に一人でトイレに行けるようになって欲しい。)</p>

生活目標	<p>その人らしく生活するためのポイント 暮会所や集会所でのサークル活動や町内会活動等を中心として、外出も活発に行う。 友人宅にも訪問したり、公共交通機関を利用して旅行を楽しむ。 身の回りのことはできるだけ自分で行う。</p>
リハビリテーションプログラム	<p>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 ① 担当者が家族とともに写真や見取り図などで自宅の環境を確認し、自宅生活を想定した日常生活行為の訓練を開始時から行います。 ② 通所訓練時に外出できるように、自宅周辺の屋外環境を想定して訓練を行います。 ③ 試行的通所の際に、施設のケアマネジャー等がご自宅を訪問し、在宅での介護サービスの利用について検討を行います。</p> <p>・まず移動に慣れ、車いすではなく歩行で行えるようになります。 ・入所前までの「訓練室でだけ歩行(Ｔ字杖歩行)、実生活は車椅子」から、「実生活でも歩行」を目指します。これまでのＴ字杖から四脚杖と短下肢器具を使うことで安定して歩けることを目指します。理学療法士・作業療法士も、廊下でトイレや洗面所などでやり方、歩き方を一緒に練習しながら行います。さらに、看護・介護職員もともにそれらを生活の中で定着させます。 ・歩行が自立した後は、ご自分で心がけて歩いてください。これによって活動性の向上を図ります。 ・身体的にはまず、整容の際に歩いていくことや、立って行うことが自立できるようにし、その後トイレ歩行、屋外歩行へとすすめます。 ・自宅内で必要なこと、また外出先で必要な生活上の行為のやり方を丁寧に練習していきます。 ・病院内で自宅や外出先では違いますので、退院後の生活でのやり方が上手になることを重視して進めていきます。</p> <p>到達の目標としては、 ・4月下旬を目途に、屋内の歩行や日中の排泄、整容が安定して行えることを目指します。 ・また、5月下旬を目途に、屋外での歩行や夜間の排泄もお一人でできることを目指します。 ・さらに、6月下旬には、階段昇降や入浴もお一人でできることを目指します。</p>

<p>ご本人に行ってもらうこと ・歩く機会を増やすようにしてください。介助されながらであっても行きたいところに積極的に行くようにしましょう。 ・日中はダイルームで囲碁を左手でうったりすることをおすすめします。</p>
<p>ご家族にお願いしたいこと ・入所直後から退所後の生活の事を考えていきましょう。 ・試行的通所を活用して、入所中にもなるべく自宅に帰っていただくようになりますので、その際には、施設でできるようになったことが、自宅でもできるか確認し、難しいことなどがあれば担当者に教えてください。</p>
<p>病気との関係で気を付けること</p>

<p>前回計画書作成時からの改善・変化等(月 日)</p>

<p>備考 リハビリテーションは実際の生活で行う行為を上手にできるようにしていくものです。何をしたいかについても希望を出してください。</p>

担当チーム	<p>担当医: ○○ ○○ _____ ●PT・OT・ST: ○○ (理学療法士)、○○ (作業療法士)、○○ (言語聴覚士)、 _____ () ●看護・介護: ○○ (看護師)、○○ (介護職員)、 _____ ()、 _____ () ● _____ ○○ (薬剤師)、○○ (支援相談員)、○○ (栄養士)、○○ (介護支援専門員) ()内は職種を記入</p>
-------	--

ご本人・ご家族への説明と同意: ○ 年 ○ 月 ○ 日
 ご本人 : ○○ ○○ ご家族 : ○○ ○○ 説明者 : ○○ ○○

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。

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 ()			

生活機能チェックシート

利用者氏名		生年月日	年 月 日	男・女
評価日	令和 年 月 日 ()	:	～ :	要介護度
評価スタッフ		職種		

	項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助具等)	状況・生活課題
ADL	食事	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	椅子とベッド 間の移乗	・自立 (15) ・監視下 (10) ・座れるが移れない (5) ・全介助 (5)	有・無		
	整容	・自立 (5) ・一部介助 (0) ・全介助 (0)	有・無		
	トイレ動作	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	入浴	・自立 (5) ・一部介助 (0) ・全介助 (0)	有・無		
	平地歩行	・自立 (15) ・歩行器等 (10) ・車椅子操作が可能 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	階段昇降	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	更衣	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	排便 コントロール	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	排尿 コントロール	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
I ADL	調理	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	洗濯	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	掃除	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
起居動作	寝返り	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	起き上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	座位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		

【個別機能訓練計画書】

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 ※別紙様式 3 - 1・別紙様式 3 - 2 を別途活用すること。

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）			

※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

機能訓練の短期目標（今後 3 ヶ月） （機能）	目標達成度（達成・一部・未達）	機能訓練の長期目標 （機能）	目標達成度（達成・一部・未達）
（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。

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	

※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。

プログラム立案者：

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。

(地域密着型) 通所介護 ○○○ 事業所No. 000000000 住所○○○ 電話番号○○○	説明日： 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 説明者：
--	-----------------------------

【（地域密着型）通所介護計画書】

作成日： 年 月 日	前回作成日： 年 月 日	初回作成日： 年 月 日
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

通所介護利用までの経緯(活動歴や病歴)	
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(利用者の居宅での生活状況をふまえ、特によく使用する場所・使用したいと考えている場所の環境を記入)★	
健康状態(病名、合併症(心疾患、吸器疾患等)、服薬状況等)★	ケアの上での医学的リスク(血圧、転倒、嚥下障害等)・留意事項★

II サービス利用目標・サービス提供内容の設定

利用目標			
長期目標	設定日 年 月	達成予定日 年 月	目標達成度 達成・一部・未達
短期目標	設定日 年 月	達成予定日 年 月	目標達成度 達成・一部・未達

サービス提供内容(※)					
①	月 日 ~ 月 日	実施		評価 効果、満足度など	迎え(有・無)
		達成	未達成		
		実施	達成		プログラム(1日の流れ)
		一部	一部		(予定時間)
		未実施	未実施		(サービス内容)
②	月 日 ~ 月 日	実施	達成		
		一部	一部		
		未実施	未実施		
③	月 日 ~ 月 日	実施	達成		
		一部	一部		
		未実施	未実施		
④	月 日 ~ 月 日	実施	達成		
		一部	一部		
		未実施	未実施		
⑤	月 日 ~ 月 日	実施	達成		
		一部	一部		
		未実施	未実施		送り(有・無)

特記事項	※サービス提供内容の設定にあたっては、長期目標・短期目標として設定した目標を達成するために必要なプログラムとなるよう、具体的に設定すること。 ※入浴介助加算(II)を算定する場合は、★が記載された欄等において必要な情報を記入すること。
実施後の変化(総括) 再評価日： 年 月 日	利用者・家族に対する本計画の説明者及び同意日
	説明者
	説明・同意日
	年 月 日

(地域密着型)通所介護 ○○○	〒000-0000 住所：○○県○○市○○ 00-00	管理者：
事業所No. 000000000	Tel. 000-000-0000/Fax. 000-000-0000	

【個別機能訓練計画書】（記載例）

作成日：令和〇年11月3日	前回作成日：令和〇年8月8日	初回作成日：令和〇年8月8日
ふりがな 個別太郎 氏名	性別 大正 / 昭和 男 △年4月2日生（82歳）	要介護度 要介護1 職種：理学療法士（機能訓練指導員）
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 ※別紙様式3-1・別紙様式3-2を別途活用すること。

利用者本人の希望 近所（スーパーマーケット）に買い物に行きたい。	家族の希望 以前のように元気に過ごしてほしい。家事などがまたできるようになるとよい。
利用者本人の社会参加の状況 自宅で簡単な調理の手伝い。元々家事や買い物等を積極的におこなっていた。	利用者の居宅の環境（環境因子） 娘夫婦との3人暮らし。自宅内では伝い歩き。入浴は介助を要すが、トイレは自立。屋外歩行は見守りが必要。

健康状態・経過

病名 アルツハイマー型認知症 発症日・受傷日：〇年1月14日ごろ 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） 昨年未から物忘れの症状が出現し、〇年1月にアルツハイマー型認知症と診断された。現在、内服加療中。 最近、外に出る機会が乏しく、家に閉じこもりがちになってきている。
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） 高血圧症（内服加療中）
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） 血圧上昇時には運動を控えること。

※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

機能訓練の短期目標（今後3ヶ月） 目標達成度（達成・一部・未達） （機能） 下肢筋力・耐久性の向上 認知機能低下に対する対応（メモ等の代償的手段の活用など） （活動） 屋外歩行が見守りで20分程度実施できる （参加） 家族と家の周りの散歩を楽しむ。	機能訓練の長期目標 目標達成度（達成・一部・未達） （機能） 下肢筋力・耐久性の向上 認知機能低下に対する対応（メモ等の代償的手段の活用など） （活動） 屋外歩行を見守りで1時間程度実施できる （参加） スーパーで買い物ができる。自分で買った食材を使って料理が出来る。
---	---

※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。

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 下肢と体幹の筋力増強訓練 (歩行能力向上のため)	高血圧に留意	週2回	10分	理学療法士 (機能訓練指導員)
② 歩行訓練(屋内、屋外) (近所への買い物ができるようになるため) (歩行補助具もあわせて選定)	高血圧と転倒に留意	週2回	10分	理学療法士 (機能訓練指導員)
③ 認知機能低下に対する対応訓練 (買い物や調理をメモを見ながら実施できるように) (買い物リストの作成も)	自尊心に配慮	週2回	10分	理学療法士 (機能訓練指導員)
④ 買い物訓練 (模擬的あるいは実際にスーパーなどへ買い物に行く)	高血圧と転倒に留意	週1回	20分	理学療法士 (機能訓練指導員)

※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。

プログラム立案者：〇〇

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 ・ご家族に認知症の症状と対応方法を伝達するとともに共有（症状や対応方法について）	特記事項 ・ご本人はもともと活発的な方
---	------------------------

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 前回（初回）計画作成時と比べ、屋外で10分程度見守りで歩行できるようになってきています。メモも少し活用可能。	個別機能訓練実施における課題とその要因 長時間の歩行はまだ難しいです。メモの活用も少しずつ定着してきているが継続が必要。
--	---

※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。

(地域密着型) 通所介護 〇〇〇 事業所No. 000000000 住所〇〇〇 電話番号〇〇〇	説明日：令和〇年11月5日 説明者：〇〇 〇〇
--	----------------------------

【（地域密着型）通所介護計画書】（記載例）

作成日： 令和〇年11月3日	前回作成日： 令和〇年10月3日	初回作成日： 令和〇年8月8日
ふりがな 氏名 こべつ たろう 個別 太郎	性別 大正 / 昭 △年4月2日生 82歳	要介護度 要介護1
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
計画作成者：〇〇 〇〇		職種：理学療法士（機能訓練指導員）

I 利用者の基本情報

通所介護利用までの経緯（活動歴や病歴） 昨年末から物忘れの症状が出現し、〇年1月にアルツハイマー型認知症と診断された。最近、外に出る機会が乏しく、家に閉じこもりがちであり、家事を行う回数も少なくなっている。	
利用者本人の希望 自宅での生活を続けたい。自宅のお風呂に入れるようになりたい。デイサービスではお風呂に入る練習をしたり、他の利用者と話したい。買い物が好きなので、近所に買い物に行けるようになりたい。	家族の希望 本人が希望する限りは、自宅と一緒に暮らし続けたい。以前のように元気で過ごしてほしい。ハリのある生活をするため、家事などがまたできるようになってほしい。
利用者本人の社会参加の状況 自宅では簡単な調理の手伝いを行っている。（元々家事や買い物等を積極的に行っていた。手先が器用で工作や習字、絵を描くことが得意。）社交的な性格で、顔なじみの近所の人と話をすることを楽しみにしている。	
利用者の居宅の環境（利用者の居宅での生活状況をふまえ、特によく使用する場所・使用したいと考えている場所の環境を記入）★ ・居宅は2階建ての一軒家。利用者の居室や浴室は1階にあり、2階にあがることはほとんどない。玄関、廊下、居室内には手すりがある。 ・浴室環境は利用者の心身の状況からみて使用上の問題はなし。 （床は段差なし、滑り止め加工あり。浴槽の高さは50センチ。バスボードと入浴用椅子の配置あり。別添写真参照。）	
健康状態（病名、合併症（心疾患、吸器疾患等）、服薬状況等）★ ・アルツハイマー型認知症（ドネペジル5mg/1X朝を内服中） ・高血圧症（アムロジピン5mg/1X朝を内服中）	ケアの上での医学的リスク（血圧、転倒、嚥下障害等）・留意事項★ ・血圧上昇時には運動を控えること。

II サービス利用目標・サービス提供内容の設定

利用目標			
長期目標	設定日 〇年 8月 達成予定日 △年 2月	・自宅での生活を継続する。 ・近所のスーパーで買い物ができるようになる。	目標達成度 達成・(一部) 未達
短期目標	設定日 〇年 11月 達成予定日 △年 2月	・他の利用者とのコミュニケーションを図る。 ・スーパーで買い物ができるようになるために心身機能を回復する。	目標達成度 達成・(一部) 未達

サービス提供内容（※）				
①	11月 4日 ~ 月 日 入浴（自宅で入浴ができるよう、自宅の浴室環境をふまえ、福祉用具を選定し入浴動作を練習する）	評価		迎え (有) 無
		実施 達成	効果、満足度など	
		(実施) (達成)	脱衣・着衣、洗髪に問題はないが、浴槽をまたぐ動作に不安があり、バスボードを用いて引き続き練習を行う。	プログラム（1日の流れ）
		一部 (一部)		(予定時間) (サービス内容)
②	11月 4日 ~ 月 日 昼食（自身でメニューを選び、配膳・下膳を行う（食事介助なし））	(実施) (達成)	自身で栄養バランスを考えてメニューを選ぶことや、食事の準備・片付けをすることができる。食後声替けし、服薬もできている。	10時00分 サービス開始
		一部 (一部)		10時30分 入浴
③	11月 4日 ~ 月 日 個別機能訓練（個別機能訓練計画書を参照）	実施 達成	—	12時00分 昼食
		一部 (一部)		13時30分 個別機能訓練
④	11月 4日 ~ 月 日 レクリエーション（他の利用者との会話を楽しむ。習字や合唱のプログラムに参加する）	(実施) (達成)	他の利用者と一緒に楽しく会話することができている。習字や合唱のプログラムにも毎回参加している。	15時00分 レクリエーション
		一部 (一部)		16時00分 サービス終了
⑤	月 日 ~ 月 日	実施 達成		送り (有) 無
		一部 (一部)		
		未実施 未実施		

特記事項 利用者はおもともと活発な方であり、機能訓練やレクリエーションに積極的に参加したいと考えている。	※サービス提供内容の設定にあたっては、長期目標・短期目標として設定した目標を達成するために必要なプログラムとなるよう、具体的に設定すること。 ※入浴介助加算（II）を算定する場合は、★が記載された欄等において必要な情報を記入すること。
実施後の変化（総括） 再評価日： 令和〇年 11月 3日 デイサービスに通い始めてから3か月が経過し、デイサービスの環境にも慣れてきている様子。機能訓練やレクリエーションにも積極的に参加しており、効果も現れてきている。自宅で生活し続けられるよう、心身の状態を確認し、事業所内ではできる限り自身の残存能力を活かして行動するよう促すとともに、自身の力での対応が難しい場合は介助を行っていく。	利用者・家族に対する本計画の説明者及び同意日
	説明者 〇〇 〇〇
	説明・同意日 〇年 11月 5日

（地域密着型）通所介護 〇〇〇 事業所No.000000000	〒000-0000 住所：〇〇県〇〇市〇〇 00-00 管理者：
	Tel.000-000-0000/Fax.000-000-0000

栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング (施設) (様式例)

フリガナ	性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	生まれ	年齢	歳
氏名	妻介護度	病名・特記事項等	記入者名		作成年月日		
			年 月 日		年 月 日		
利用者	家族補成とキーパーソン(支援者)					本人 -	

(以下は、入所(入院)者等の状態に応じて作成。)

実施日(記入者名)	年 月 日()	年 月 日()	年 月 日()	年 月 日()	
プロセス	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	
低栄養状態のリスク(状況)	身長	cm	cm	cm	cm
	体重 / BMI	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²
	3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有(kg/1ヶ月)	□無 □有(kg/1ヶ月)	□無 □有(kg/1ヶ月)	□無 □有(kg/1ヶ月)
	3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有(kg/3ヶ月)	□無 □有(kg/3ヶ月)	□無 □有(kg/3ヶ月)	□無 □有(kg/3ヶ月)
	3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有(kg/6ヶ月)	□無 □有(kg/6ヶ月)	□無 □有(kg/6ヶ月)	□無 □有(kg/6ヶ月)
	血清アルブミン値	□無 □有(g/dl)	□無 □有(g/dl)	□無 □有(g/dl)	□無 □有(g/dl)
	褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
	栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口
	経腸栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法
	その他				
栄養補給の状態	食事摂取量(割合)	%	%	%	%
	主食の摂取量(割合)	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
	主菜、副菜の摂取量(割合)	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
	その他(補助食品など)				
	摂取栄養量: エネルギー・たんぱく質(現状相当)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
	提供栄養量: エネルギー・たんぱく質(現状相当)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
	必要栄養量: エネルギー・たんぱく質(現状相当)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
	嚥下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
	食事の形態(コード)	(コード: ★フルダウン ²)	(コード: ★フルダウン ²)	(コード: ★フルダウン ²)	(コード: ★フルダウン ²)
	とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い
食事の留意事項の有無(療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	()	()	()	()	
本人の意欲	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³	
食欲・食事の満足感	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	
食事に対する意識	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	
多職種による栄養ケアの課題(栄養管理課題)	口腔関係	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下
	安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
	食事に集中することができない	□	□	□	□
	食事中に嘔吐や意識混濁がある	□	□	□	□
	歯(義歯)のない状態で食事をしている	□	□	□	□
	食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
	固形の食べ物を咀嚼しにくく中むせる	□	□	□	□
	食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	□
	水分でむせる	□	□	□	□
	食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□
その他・気が付いた点					
その他	褥瘡・生活機能関係	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下
	消化器管関係	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘
	水分関係	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水
	代謝関係	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱
	心身・精神・認知症関係	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症
	医薬品	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響
	特記事項				
	総合評価	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持
	計画変更	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有

経口維持加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を判定している場合は必須	※多職種連携	※経口維持加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を判定している場合は必須
摂食・嚥下機能検査	□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()	□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	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能
※食事の観察	□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	□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
実施日: 年 月 日	実施日: 年 月 日	実施日: 年 月 日
※多職種連携	□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	□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
実施日: 年 月 日	実施日: 年 月 日	実施日: 年 月 日
①食事の形態・とろみ、補助食の活用	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
②食事の周囲環境	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
③食事の介助の方法	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
④口腔のケアの方法	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
⑤医療又は歯科医療受療の必要性	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
特記事項		

※経口維持加算(Ⅰ)を判定する場合は、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加していること

- ★フルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★フルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類(4、3、2-2、2-1、1、0、O)
- ★フルダウン³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
- ★フルダウン⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目(BMI、体重減少率、血清アルブミン値(検査値がわかる場合に記入)等)により、低栄養状態のリスクを把握する。

注2) 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

<低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5 未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1 月に3～5%未満 3 月に3～7.5%未満 6 月に3～10%未満	1 月に 5%以上 3 月に 7.5%以上 6 月に 10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

栄養ケア・経口移行・経口維持計画書 (施設) (様式例)

氏名： 殿		入所(院)日： 年 月 日
		初回作成日： 年 月 日
作成者：		作成(変更)日： 年 月 日
利用者及び家族の意向	説明日 年 月 日	
解決すべき課題 (ニーズ)	低栄養状態のリスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
長期目標と期間		

分類	短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容(頻度、期間)	担当者
★ ブル ダウン ※			
特記事項			

※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

栄養ケア提供経過記録

月 日	サービス提供項目

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (通所・居宅) (様式例)

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	生まれ	年齢	歳
氏名		要介護度		病名・特記事項等		記入者名		
利用者				食事の準備状況 (調理、食事の支度、地域特性等)		作成年月日	年 月 日	
家族の意向						家族構成とキーパーソン (支援者)	本人	—

(以下は、入所 (入院) 者個々の状態に応じて作成。)

実施日 (記入者名)	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
プロセス	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹
低栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
身長	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/1ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/3ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/6ヶ月)
血清アルブミン値	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口
その他				
食事摂取量 (割合)	%	%	%	%
主食の摂取量 (割合)	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量 (割合)	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
その他 (補助食品など)				
摂取栄養量: エネルギー・たんぱく質 (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
提供栄養量: エネルギー・たんぱく質 (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
必要栄養量: エネルギー・たんぱく質 (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
嚥下調整食の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食事の形態 (コード)	(コード: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン ²)
とろみ	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い
食事の留意事項の有無 (療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
本人の意欲	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³
食欲・食事の満足感	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴
食事に対する意識	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴
口腔関係	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下
安定した正しい姿勢が自分で取れない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事に集中することができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事中に傾眠や意識混濁がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歯 (義歯) のない状態で食事をしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食べ物を口腔内に溜め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
舌形の食べ物を咥しゃく中にむせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水分でむせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事中、食後に咳をすることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他・気が付いた点				
褥瘡・生活機能関係	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (再掲) <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (再掲) <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (再掲) <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (再掲) <input type="checkbox"/> 生活機能低下
消化器管関係	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘
水分関係	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水
代謝関係	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱
心理・精神・認知症関係	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症
医薬品	<input type="checkbox"/> 薬の影響	<input type="checkbox"/> 薬の影響	<input type="checkbox"/> 薬の影響	<input type="checkbox"/> 薬の影響
特記事項				
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない
サービス継続の必要性 (注) 栄養改善加算算定の場合	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

- ★ブルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★ブルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類 (4、3、2-2、2-1、1j、0t、0j)
- ★ブルダウン³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
- ★ブルダウン⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目 (BMI、体重減少率、血清アルブミン値 (検査値がわかる場合に記入) 等) により、低栄養状態のリスクを把握する。
 注2) 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

<低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。
 BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5 未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3~5%未満 3か月に3~7.5%未満 6か月に3~10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

栄養ケア計画書 (通所・居宅) (様式例)

氏名： _____ 殿	初回作成日： _____ 年 ____ 月 ____ 日
	作成(変更)日： _____ 年 ____ 月 ____ 日
	作成者： _____
医師の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要点 _____) 指示日 (____ / ____)
利用者及び家族の意向	説明日 ____ 年 ____ 月 ____ 日
解決すべき課題 (ニーズ)	低栄養状態のリスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
長期目標と期間	

分類	短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容 (頻度、期間)	担当者
★ プル ダウン ※			
特記事項			

※①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など

栄養ケア提供経過記録

月 日	サービス提供項目

口腔・栄養スクリーニング様式

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名		要介護度・病名・ 特記事項等					記入者名：	
							作成年月日：年 月 日	
							事業所内の歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
							事業所内の管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

	スクリーニング項目	前回結果 (●月●日)	今回結果 (●月●日)
口 腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる	はい・いいえ	はい・いいえ
	入れ歯を使っている	はい・いいえ	はい・いいえ
	むせやすい	はい・いいえ	はい・いいえ
	特記事項（歯科医師等への連携の必要性）		
栄 養	身長 (cm) ※ ¹	(cm)	(cm)
	体重 (kg)	(kg)	(kg)
	BMI (kg/ m ²) ※ ¹ 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²)
	直近1～6か月間における 3%以上の体重減少※ ²	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)
	直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少※ ²	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ 6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ 6か月)
	血清アルブミン値 (g/dl) ※ ³ 3.5 g/dl未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))
	食事摂取量 75%以下※ ³	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)
特記事項（医師、管理栄養士等への 連携の必要性等）			

※1 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

※2 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。（初回は評価不要）

※3 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

(参考) 口腔スクリーニング項目について

「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」

歯を失うと肉や野菜等の摂取割合が減り、柔らかい麺類やパン等の摂取割合が増えることが指摘されています。

「入れ歯を使っている」

入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます。また、歯が少ないけれども入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。

「むせやすい」

飲み込む力が弱まると飲食の際にむせたり、飲み込みづらくなって、食事が大変になります。誤嚥性肺炎のリスクも高まることから口腔を清潔に保つことが重要です。

(参考) 低栄養状態のリスク分類について

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)
身長147cm、体重38kgの利用者の場合、
 $38(\text{kg}) \div 1.47(\text{m}) \div 1.47(\text{m}) = 17.6$

口腔衛生管理体制についての計画

策定日	令和 年 月 日
作成者	
助言を行った歯科医師等	歯科医療機関
	歯科医師名
	連絡先
助言の要点	<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"/> 食事状態、食形態等の確認
	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 別紙様式8 現在の取組の継続
実施目標	<input type="checkbox"/> 施設職員によるスクリーニング
	<input type="checkbox"/> 施設職員に対する研修会の開催
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の方法・内容等の見直し
	<input type="checkbox"/> 歯科専門職によるスクリーニング、管理等
	<input type="checkbox"/> 歯科専門職による食事環境、食形態等の確認
	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 現在の取組の継続
具体的方策 (実施時期、実施場所、 主担当者など)	
留意事項、特記事項等	

別紙様式 8

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

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 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和 年 月 日
		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
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	<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（ ）	

2 口腔機能改善管理計画

作成日：令和 年 月 日

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
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
目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<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（ ）

3 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

4 その他特記事項

--