

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
作成者： リハ ○○ ○○ (PT) 栄養 ○○ ○○ (RD) 口腔 ○○ ○○ (DH)			初回作成日： X年4月7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。			作成（変更）日： 年 月 日
			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 (□低 ■中 □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 (■ 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 (0) 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) <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"> □ 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 (□ 維持、■ 改善) ■ 食形態 (□ 維持、■ 改善) ■ 栄養状態 (□ 維持、■ 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 ■ 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(義歯修理、ミールラウンドへの参加) <p>□月4回程度 ■月2回程度 □月1回程度 ■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た、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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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(義歯修理、ミールラウンドへの参加) <p>□月4回程度 ■月2回程度 □月1回程度 ■その他(訪問診療による義歯修理、訪問歯科衛生指導)</p>

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)

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
			初回作成日： X年7月17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）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	<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>

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）

