

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：	〇〇 〇〇 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 〇〇 〇〇 (PT)	栄養 〇〇 〇〇 (RD)	口腔 〇〇 〇〇 (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ください。（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）		〇〇 〇〇

	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)	・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（ <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高） ・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	■口腔衛生状態（ <input type="checkbox"/> 口臭、 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ、 ■義歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 舌苔） ■口腔機能の状態（ <input type="checkbox"/> 食べこぼし、 <input type="checkbox"/> 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 <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 ■歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
長期目標・期間	(心身機能) ・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	・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 【6か月】	■口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 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（ <input type="checkbox"/> 維持、■改善（口腔体操を実施、自宅継続するよう指導）） ■食形態（■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（ ）） ■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】 <input type="checkbox"/> 看護職員 ■歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
短期目標・期間	(心身機能) ・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	・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、簡単で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 【3か月】	■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 <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 ■歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
具体的なケア内容	・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	・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	

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）