各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）　　御 中

← 厚生労働省老健局　認知症施策・地域介護推進課　老人保健課

介　護　保　険　最　新　情　報

今回の内容

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

計 98 枚（本紙を除く）

Vol.936

令和３年３月 16 日

厚　生　労　働　省　老　健　局

認知症施策・地域介護推進課、老人保健課

貴関係諸団体に速やかに送信いただきますようよろしくお願いいたします。

連絡先　ＴＥＬ：03-5253-1111(内線 3979、3948)
ＦＡＸ：03-3503-7894

老認発 0316 第３号
老老発 0316 第２号
令和３年３月 16 日

各都道府県介護保険主管部（局）長　殿

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長
（　　公　　印　　省　　略　　）

厚生労働省老健局老人保健課長
（　　公　　印　　省　　略　　）

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年３月１日老企第 36 号。以下「訪問通所サービス通知」という。）、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年３月８日老企第 40 号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年３月 17 日老計発第 0317001 号、老振発第 0317001 号、老老発第 0317001 号）及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年３月 31 日老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号）において示しているところであるが、今般、基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例を下記のとおりお示しするので、御了知の上、各都道府県におかれては、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その取扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

なお、本通知は、令和３年４月１日から適用するが、「リハビリテーションマ

ネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示」（平成 18 年３月 27 日老老発第 0327001 号）、「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成 17 年９月７日老老発第 0907002 号）、「口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成 18 年３月 31 日老老発第 0331008 号）、「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成 18 年３月 31 日老老発第 0331009 号）、「通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成 27 年３月 27 日老振発 0327 第２号）及び「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」（平成 30 年３月 22 日老老発 0322 第２号）については、本通知を新たに発出することから廃止することにご留意されたい。

記

＜目次＞

第１　リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の一体的な実施に関する基本的な考え方及び様式例の提示について
第２　リハビリテーションマネジメント加算等の基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について
第３　通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について
第４　施設サービスにおける栄養ケア・マネジメント及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について
第５　居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について
第６　口腔・栄養スクリーニング加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について
第７　口腔衛生の管理体制に関する基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について
第８　口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について

第１　リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の一体的な実施に関する基本的な考え方及び様式例の提示について

１　リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の一体的な実施

の基本的な考え方

リハビリテーション・機能訓練と栄養管理の連携においては、筋力・持久力の向上、活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整、低栄養の予防・改善、食欲の増進等が期待される。栄養管理と口腔管理の連携においては、適切な食事形態・摂取方法の提供、食事摂取量の維持・改善、経口摂取の維持等が期待される。口腔管理とリハビリテーション・機能訓練の連携においては、摂食・嚥下機能の維持・改善、口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防等が期待される。

このように、リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の取組は一体的に運用されることで、例えば、

・　リハビリテーション・機能訓練の負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することによる筋力・持久力の向上及びＡＤＬの維持・改善
・　医師、歯科医師等の多職種の連携による摂食・嚥下機能の評価により、食事形態・摂取方法の適切な管理、経口摂取の維持等が可能となることによる誤嚥性肺炎の予防及び摂食・嚥下障害の改善

など、効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待される。

このため自立支援・重度化防止のための効果的なケアを提供する観点から、医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理が実施されることが望ましい。

２　リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の一体的な実施に関する様式例について

令和３年度介護報酬改定において、リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進めるため、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、個別機能訓練計画書、栄養ケア計画書及び口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を設けることとした。

下表中右欄に定める様式を用いて計画書を作成した場合、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の各関係加算等の算定に際し必要とされる左欄の様式の作成に代えることができる。

別紙様式２－２－１及び２－２－２（リハビリテーション計画書）	別紙様式１－２（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））及び別紙様式１－３（リハビリテーションアセスメントシート）
別紙様式２－９（リハビリテーション実施計画書）	別紙様式１－１（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））及び別紙様式１－３（リハビリテーションアセスメントシート）
別紙様式３－３（個別機能訓練計画書）	別紙様式１－１（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））又は別紙様式１－２（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））及び別紙様式１－４（個別機能訓練アセスメントシート）
別紙様式４－２（栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（施設）（様式例））	別紙様式１－１（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））
別紙様式５－２（栄養ケア計画書（通所・居宅）（様式例））	別紙様式１－２（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））
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））	別紙様式１－２（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））及び別紙様式１－６（口腔機能向上加算の実施記録）
「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式３及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及	別紙様式１－１（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））及び別紙様式１－５（口腔衛生管理加算の実施記録）

び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式１（口腔衛生管理加算　様式（実施計画））	

第２　リハビリテーションマネジメント加算等の基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

Ⅰ　リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方

１　リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方

⑴　リハビリテーションの目的について

生活機能の低下した利用者に対するハビリテーションは、単に運動機能や認知機能といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、利用者が有する能力を最大限に発揮できるよう、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていくこと、また、これによって日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能とすることを目的とするものである。

⑵　リハビリテーションマネジメントの運用に当たって

リハビリテーションマネジメントは、高齢者の尊厳ある自己実現を目指すという観点に立ち、利用者の生活機能の向上を実現するため、介護保険サービスを担う専門職やその家族等が協働して、継続的な「サービスの質の管理」を通じて、適切なリハビリテーションを提供し、もって利用者の要介護状態又は要支援状態の改善や悪化の防止に資するものである。

利用者に対して漫然とリハビリテーションの提供を行うことがないように、利用者毎に、解決すべき課題の把握（アセスメント）を適切に行い、改善に係る目標を設定し、計画を作成した上で、必要な時期に必要な期間を定めてリハビリテーションの提供を行うことが重要である。症状緩和のための取組（いわゆる理学療法として行うマッサージ）のみを漫然と行う場合はその必要性を見直すこと。また、リハビリテーションは、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士だけが提供するものではなく、医師、歯科医師、看護職員、介護職員、管理栄養士、歯科衛生士、支援相談員等様々な専門職が協働し、また利用者の家族にも役割を担っていただいて提供されるべきものである。特に日常生活上の生活行為への働きかけである介護サービスは、リハビリテーションの視点から提供されるべきものであるとの認識が重要である。リハビリテーションを提供する際には、利用者のニーズを踏まえ、利用者本人による選択を基本とし、利用者やそ

の家族にサービス内容について文書を用いてわかりやすく説明し、その同意を得なければならない。利用者やその家族の理解を深め、協働作業が十分になされるために、リハビリテーション、生活不活発病（廃用症候群）や生活習慣病等についての啓発を行うことも重要である。

⑶　継続的なサービスの質の向上に向けて

施設サービスにおいて提供されるリハビリテーションは、施設退所後の居宅における利用者の生活やその場において提供されるリハビリテーションを考慮した上で、利用者の在宅復帰に資するものである必要があり、施設入所中又はその退所後に居宅において利用者に提供されるリハビリテーションが一貫した考え方に基づき提供されるよう努めなければならない。そのためには施設入所中も、常に在宅復帰を想定してリハビリテーションを提供していくことが基本である。また、居宅サービス（訪問・通所リハビリテーション）におけるリハビリテーションマネジメントにあっては、訪問介護員等他の居宅サービス事業所の担当者に対する情報提供等を行うなど、利用者のよりよい在宅生活を支援するものとなるよう配慮することも必要である。全体のケアマネジメントとリハビリテーションマネジメントとの両者におけるアセスメントや計画書については、基本的考え方、表現等が統一されていることが望まれる。さらに、利用者の生活機能の改善状況は継続的に把握（モニタリング）し、常に適切なリハビリテーションの提供を行わなければならない。リハビリテーションマネジメント体制については、生活機能の維持、改善の観点から評価し、継続的なサービスの質の向上へと繋げることが必要である。

Ⅱ　（介護予防）訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメントについて

1　リハビリテーションマネジメントの実務等について

⑴　リハビリテーションマネジメントについて

リハビリテーションマネジメントは、調査(Survey)、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)（以下「ＳＰＤＣＡ」という。）のサイクルの構築を通じて、心身機能、活動及び参加について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することによって、質の高いリハビリテーションの提供を目指すものである。

以下にリハビリテーションマネジメントにおけるＳＰＤＣＡサイクルの具体的な取組内容を記載する。

①　調査（Survey）

イ　事業所の医師の診療、運動機能検査、作業能力検査等により利用者の心身機能や、利用者が個人として行う日常生活動作（以下「ＡＤＬ」という。）や手段的日常生活動作（以下「ＩＡＤＬ」という。）といった活動、家庭内での役割、余暇活動、社会地域活動、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等といった参加についての状況を把握すること。

別紙様式２－１「興味・関心チェックシート」を活用し、利用者の興味や関心のある生活行為について把握すること。

ロ　介護支援専門員より居宅サービス計画の総合的援助の方針や解決すべき具体的な課題及び目標について情報を入手すること。

また、事業所とは別に医療機関において計画的な医学的管理を行っている医師がいる場合にあっては、適宜、これまでの医療提供の状況についての情報を入手すること。

②　計画（Plan）

イ　リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握

事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、①調査により収集した情報を踏まえ、利用者の心身機能、活動及び参加の観点からアセスメントを行うこと。

ロ　リハビリテーション計画の作成

事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は別紙様式２－２－１及び別紙様式２－２－２「リハビリテーション計画書」を活用し、また、アセスメントに基づき、目標、実施期間、リハビリテーションの具体的な内容、リハビリテーションの提供頻度、提供時間、リハビリテーション提供中の具体的な対応等について検討するとともに、必要に応じて歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士等の助言を参考とし、リハビリテーション計画を作成すること。

リハビリテーション計画の内容については、利用者又はその家族に対して説明され、利用者の同意を得ること。

なお、居宅サービス計画の変更が生じる場合には、速やかに介護支援専門員に情報提供を行うこと。また、事業所とは別の医療機関において計画的な医学的管理を行っている医師やその他の居宅サービス事業者等に対しても適宜、情報提供すること。

ハ　リハビリテーション計画書の保存

作成したリハビリテーション計画書は２年間保存すること。

③　実行（Do）

イ　リハビリテーションの実施

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、事業所の医師の指示及びリハビリテーション計画に基づき、リハビリテーションを提供すること。

ロ　医師の詳細な指示

事業所の医師は、リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか１以上の指示を行うこと。

指示の内容については、利用者の状態の変化に応じ、適宜変更すること。

ハ　指示を行った医師又は指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は当該指示の日時、内容等を記録に留めること。

ニ　指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第83 条又は第 119 条において準用する第 19 条に規定するサービスの提供の記録において、利用者ごとのリハビリテーション計画に従い、医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者の状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別にリハビリテーションマネジメント加算の算定のために利用者の状態を定期的に記録する必要はないものであること。

ホ　介護支援専門員を通じたリハビリテーションの観点からの助言等

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従事者に対し以下の情報を伝達する等、連携を図ること。

- 利用者及びその家族の活動や参加に向けた希望
- 利用者の日常生活能力を維持又は向上させる介護の方法及びその留意点
- その他、リハビリテーションの観点から情報共有をすることが必要な内容

④　評価（Check）、改善（Action）

イ　リハビリテーション計画の見直し

初回はサービス提供開始からおおむね２週間以内、その後はおおむね３月ごとにアセスメントとそれに基づくリハビリテーション計画の見直しを行うこと。

ａ　退院（所）後間もない場合、利用者及びその家族が在宅生活に不

安がある場合又は利用者の状態が変化する等の理由でリハビリテーション計画の見直しが必要になった場合は、適宜当該計画の見直しを行うこと。

b　目標の達成状況やＡＤＬ及びＩＡＤＬの改善状況等を評価した上で、再度アセスメントを行い、サービスの質の改善に関する事項も含め、リハビリテーション計画の変更の必要性を判断すること。

c　リハビリテーション計画の進捗状況について評価し、見直された計画は、３月ごとに担当の介護支援専門員等に情報を提供するとともに、必要に応じて居宅サービス計画の変更を依頼すること。

d　リハビリテーション計画の変更が生じた場合は、利用者又はその家族に説明し、同意を得ること。

ロ　サービスの利用終了時の説明等

a　サービスの利用が終了する１月前以内に、事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーション会議を行うことが望ましい。その際、介護支援専門員や終了後に利用予定の他の居宅サービス事業所のサービス担当者、介護予防・日常生活支援総合事業を利用する際はその担当者等の参加を求めるものであること。

b　利用終了時に、担当の介護支援専門員や計画的な医学的管理を行っている医師に対し、リハビリテーションの観点から必要な情報提供を行うこと。

２　リハビリテーションマネジメント加算について

⑴　リハビリテーションマネジメント加算の算定上の留意事項

①　リハビリテーションマネジメントは、利用者ごとにケアマネジメントの一環として行われること。

②　各施設・事業所における管理者は、リハビリテーションマネジメントに関する手順をあらかじめ定めること。

③　リハビリテーションマネジメントは、ＳＰＤＣＡサイクルの構築を通じて、リハビリテーションの質の管理を行うものであること。各事業所における多職種協働の体制等が異なることを鑑み、リハビリテーションマネジメントの加算の種類を選択すること。

④　指定通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の算定において、当該計画に係る利用者の同意を得た日の属する月から起算して６月間を超えた場合であって、指定通所リハビリテーションのサービスを終了後に、病院等への入院又は他の居宅サー

ビス等の利用を経て、同一の指定通所リハビリテーション事業所を再度利用した場合は、リハビリテーションマネジメント加算（A）イ⑴又はロ⑴若しくは（B）イ⑴又はロ⑴を再算定することはできず、リハビリテーションマネジメント加算（A）イ⑵又はロ⑵若しくは（B）イ⑵又はロ⑵を算定すること。

ただし、疾病が再発するなどにより入院が必要になった状態又は医師が集中的な医学的管理を含めた支援が必要と判断した等の状態の変化に伴う、やむを得ない理由がある場合であって、利用者又は家族が合意した場合には、この限りでない。

⑵　リハビリテーションマネジメント加算（A）イの算定に関して

リハビリテーション会議の開催を通じた多職種の協働による継続的なリハビリテーションの質の管理に加え、退院（所）後間もない者や新たに要介護認定等を受けた者の生活の不安に対して、健康状態、生活の見通し及びリハビリテーション計画の内容等を当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者又は家族に説明することを評価したものである。

リハビリテーションマネジメント加算（A）イの算定に当たっては、以下の点に留意すること。

①　リハビリテーション会議の開催

イ　リハビリテーション会議の構成員

利用者及びその家族を基本とし、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者であること。リハビリテーション会議には必要に応じて歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士等が参加することが望ましい。

ロ　リハビリテーション会議の構成員の参加

リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下このロにおいて「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。

ハ　リハビリテーション会議での協議内容

リハビリテーション会議では、アセスメント結果などの情報の共有、

多職種協働に向けた支援方針、リハビリテーションの内容、構成員間の連携等について協議するよう努めること。

利用者の必要に応じて、短期集中個別リハビリテーション、認知症短期集中リハビリテーション、生活行為向上リハビリテーションを実施することについても検討すること。

ニ　リハビリテーション会議の記録

リハビリテーション会議で検討した内容については、別紙様式２－３「リハビリテーション会議録」を活用し記録に残すこと。

作成した会議録は介護支援専門員をはじめ、居宅サービス計画に位置付けられた居宅サービスの担当者と共有を図ること。

当該記録は利用者毎に２年間保存するものであること。

ホ　その他

リハビリテーション会議に、家庭内暴力等により利用者やその家族の参加が望ましくない場合又は家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加ができない場合は、その理由を会議録に記載すること。

また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、構成員の事由等により、構成員が参加できなかった場合にはその理由を会議録に記録するとともに、欠席者にはリハビリテーション計画書及び会議録の写しを提供する等、情報の共有を図ること。

②　リハビリテーション計画の利用者又はその家族への説明

イ　計画作成に関与した医師の指示の下、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は、リハビリテーション計画について、リハビリテーション会議等で利用者又はその家族に説明し、同意を得ること。

具体的には、アセスメントに基づいた利用者の状態、解決すべき課題とその要因、リハビリテーションの目標、実施期間、リハビリテーションの具体的な内容、リハビリテーションの提供頻度、提供時間、リハビリテーション提供中の具体的な対応等を説明すること。

ロ　利用者又はその家族の同意が得られたことを記録すること。

ハ　説明した内容や説明時に生じた疑義等について、説明した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は速やかに事業所の医師へ報告し、必要に応じて適切に対応すること。

③　リハビリテーション会議の開催頻度

リハビリテーション計画は、指定訪問リハビリテーションにおいてはおおむね３月に１回、指定通所リハビリテーションにおいては、利用者の同意を得てから６月以内はおおむね１月に１回、６月超後はおお

むね３月に１回、リハビリテーション会議の開催を通して、進捗状況を確認し、見直しを行うこと。

ただし、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて６月以上ある利用者については、算定当初から３月に１回の頻度でよいこととする。

④　介護支援専門員に対するリハビリテーションの観点からの情報提供

リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行う場合には、１⑴③ホの内容に加え、以下の内容を盛り込むことが望ましい。

・　利用者や家族の活動や参加に関する希望及び将来利用を希望する社会参加に資する取組
・　利用者の基本的動作能力、応用的動作能力及び社会適応能力等の日常生活能力並びにその能力の改善の可能性
・　利用者の日常生活能力を維持又は向上させる介護の方法及び留意点
・　家屋等の環境調整の可能性及び家具や調理器具等の生活用具の工夫
・　その他リハビリテーションの観点から情報共有をすることが必要な内容

⑤　指定訪問介護等の居宅サービスの従事者又は家族に対する助言

事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーション会議により協議した内容等を考慮し、助言する対象者を適切に判断し、助言すること。

イ　指定訪問介護等の居宅サービスの従事者助言

居宅サービス計画に位置付けられた指定訪問介護等の居宅サービスの従事者と利用者の居宅を訪問し、当該従事者に対し、利用者の基本的動作能力、応用的動作能力及び社会適応能力、それらの能力の改善の可能性、生活環境に応じた日常生活上の留意点並びに介護の工夫等の情報について助言指導を行うこと。

ロ　家族への助言

利用者の居宅を訪問し、その家族に対して、利用者の基本的動作能

力、応用的動作能力及び社会適応能力、その能力の改善の可能性、生活環境に応じた日常生活上の留意点並びに介護の工夫等の情報について助言指導を行うこと。

⑥　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

リハビリテーションマネジメントの徹底を図るため、別紙様式２－４「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」を活用して、ＳＰＤＣＡサイクルの工程管理を行うこと。

⑦　その他

指定通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イにおいては、利用者の状態の悪化等の理由から指定通所リハビリテーションのサービスの利用がない月においても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し、利用者やその家族、介護支援専門員にリハビリテーション及び廃用症候群を予防する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点等について助言を行った場合は算定できるものであること。その場合、助言を行った内容の要点を診療記録に記載すること。

⑶　リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）イの算定に関して

リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）イにおけるリハビリテーションは、リハビリテーション会議の開催を通じて、多職種の協働による継続的なリハビリテーションの質の管理に加え、退院（所）後間もない者や新たに要介護認定等を受けた者の生活の不安に対して、健康状態、生活の見通し及びリハビリテーション計画の内容等を事業所の医師が、利用者又は家族に説明することを評価したものである。

リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）イの算定に当たっては、以下の点に留意すること。

①　リハビリテーション会議の開催

リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）イと同様であるため、⑵①を参照されたい。

②　リハビリテーション計画の利用者又はその家族への説明

リハビリテーション計画の作成に関与した医師が、利用者又はその家族に対して、リハビリテーション計画の内容について、リハビリテーション会議等で説明し、同意を得ること。

なお、医師がやむを得ない理由等によりリハビリテーション会議を欠席した場合は、リハビリテーション会議以外の機会を通して、利用者又はその家族に対して、当該計画を説明し、同意を得ること。

③　リハビリテーション会議の開催頻度

リハビリテーションマネジメント加算（A）イと同様であるため、⑵③を参照されたい。

④　介護支援専門員に対するリハビリテーションの観点からの情報提供

リハビリテーションマネジメント加算（A）イと同様であるため、⑵④を参照されたい。

⑤　指定訪問介護等の居宅サービスの従事者又は家族に対する助言

リハビリテーションマネジメント加算（A）イと同様であるため、⑵⑤を参照されたい。

⑥　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

リハビリテーションマネジメント加算（A）イと同様であるため、⑵⑥を参照されたい。

⑦　その他

リハビリテーションマネジメント加算（A）イと同様であるため、⑵⑦を参照されたい。なお、リハビリテーションマネジメント加算（A）イはリハビリテーションマネジメント加算（B）イと読み替えられたい。

⑷　リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ又は（B）ロの算定に関して

リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ又は（B）ロは、リハビリテーションマネジメント加算（A）イ又は（B）イの要件に加え、「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）」（以下「ＬＩＦＥ」という。）を用いて厚生労働省に情報を提出し、提出情報及びフィードバック情報を活用し、ＳＰＤＣＡサイクルにより、ケアの質の向上を図ることを評価したものである。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年３月 16 日老老発 0316 第４号）を参照されたい。

２　別紙様式の記載要領

⑴　別紙様式２－１（興味・関心チェックシート）

利用者が日常生活上実際にしていること、実際にしてはいないがしてみたいと思っていること、してみたいまでは思わないものの興味があると思っていることに関して、利用者の記入又は聞き取りにより作成すること。

⑵　別紙様式２－２－１、別紙様式２－２－２（リハビリテーション計画書）

①　本人の希望及び家族の希望

本人の希望に関しては、別紙様式２－１で把握した、利用者がしてみ

たい又は興味があると答えた内容を考慮して、利用者に確認の上、したい又はできるようになりたい生活の希望等を該当欄に記載すること。

家族の希望に関しては、利用者の家族が利用者に関して特に自立してほしいと思っている生活内容又は今後の生活で送ってほしいと希望する内容に該当する項目を具体的に確認した上で、該当箇所に記載すること。

② 健康状態、経過

原因疾病、当該疾患の発症日・受傷日、直近の入院日、直近の退院日、手術がある場合は手術日と術式等の治療経過、合併疾患の有無とそのコントロールの状況等、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）を該当箇所に記載すること。

③ 心身機能・構造

心身機能の障害（筋力低下、麻痺、感覚機能障害、関節可動域制限、摂食嚥下障害、失語症・構音障害、見当識障害、記憶障害、その他の高次脳機能障害、栄養障害、褥瘡、疼痛、精神行動障害（ＢＰＳＤ））の有無について、現在の状況の欄に記載すること。

心身機能の障害があった場合には、現在の状況と活動への支障の有無について該当箇所にチェックすること。なお、該当項目に無い項目に関して障害を認める場合は、特記事項に記載すること。

移動能力については、６分間歩行試験又はTimed up ＆ Go Test（ＴＵＧ）を選択し、客観的測定値を記入するとともに、将来の見込みについて該当箇所にチェックすること。

認知機能については、ＭＭＳＥ（Mini Mental State Examination）又はＨＤＳ－Ｒ（改定長谷川式簡易知能評価スケール）を選択し、その得点を記入するとともに、将来の見込みについて該当箇所にチェックすること。

服薬管理の状況については、現在の状況及び将来の見込みを該当箇所にチェックすること。

コミュニケーションの状況については、現在の状況を記載するとともに、将来の見込みを該当箇所にチェックすること。

④ 活動の状況

現在の状況については「している」状況を該当箇所にチェックすること。また、評点については、リハビリテーション計画の見直しごとに、以下の通り、各活動の状況の評価を行い記入すること。

イ 基本動作

居宅を想定しつつ、基本動作（寝返り、起き上がり、座位保持、立

ち上がり、立位保持）の状況を評価し、該当箇所にリハビリテーション開始時点及び現在の状況について記載すること。

ロ　活動（ＡＤＬ）（Barthel Index を活用）

下記を参考に現在「している」状況について評価を行い、リハビリテーション開始時点及び現在の状況について該当箇所に記載すること。

動作		選択肢
1	食事	10 自立　５一部介助　０全介助
2	イスとベッド間の移乗	15 自立　10 監視下　５一部介助　０全介助
3	整容	５自立　０一部介助又は全介助
4	トイレ動作	10 自立　５一部介助　０全介助
5	入浴	５自立　０一部介助又は全介助
6	平地歩行	15 自立　10 歩行器等　５車椅子操作が可能　０その他
7	階段昇降	10 自立　５一部介助　０全介助
8	更衣	10 自立　５一部介助　０全介助
9	排便コントロール	10 自立　５一部介助　０全介助
10	排尿コントロール	10 自立　５一部介助　０全介助

⑤　リハビリテーションの目標、方針、本人・家族への生活指導の内容、実施上の留意点、リハビリテーションの見通し・継続理由、終了の目安と時期

目標は長期目標と短期目標（今後３か月間）を、方針については今後３か月間として、該当箇所に記載すること。本人・家族への生活指導の内容を、自主トレーニングの内容と併せて記載すること。

リハビリテーション実施上の留意点について、リハビリテーション開始前・訓練中の留意事項、運動負荷の強度と量等を該当箇所に記載すること。終了の目安・時期について、おおよその時期を記載すること。

また、事業所の医師が利用者に対して３月以上のリハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーションの継続利用が必要な理由、その他介護サービスの併用と移行の見通しをリハビリテーションの見通し・継続理由に記載すること。

⑥　特記事項

①から⑤の項目以外に記入すべき事項があった場合は、特記事項に記載すること。

⑦　環境因子

家族、福祉用具等、住環境、自宅周辺の環境、利用者が利用できる交通機関の有無、その他のサービスの利用について、課題があった場合に該当箇所にチェックする。あわせて、福祉用具と住環境については調整の状況及び調整状況についても該当箇所にチェックする。なお、具体的に記載すべき課題がある場合は備考に記入すること。

⑧　社会参加の状況

過去と現在の参加の状況（家庭内での役割や余暇活動、社会活動及び地域活動への参加等）を聞き取り、また当該取組みを今後継続する意向があるかどうか確認すること。さらに、サービス利用終了後の生活に関して、利用者及びその家族と共有するために、指定通所リハビリテーション利用終了後に利用を希望する社会参加等の取組に関して聞き取ること。

⑨　活動（ＩＡＤＬ）（Frenchay Activity Index を活用）

下記を参考に現在「している」状況について評価を行い、リハビリテーション開始時点及び現在の状況を該当箇所にその得点を記載する。

項目		選択肢
1	食事の用意（買い物は含まれない）	0　していない　1　まれにしている 2　時々（週に１～２回） 3　週に３回以上している
2	食事の片づけ	0　していない　1　まれにしている 2　時々（週に１～２回） 3　週に３回以上している
3	洗濯	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
4	掃除や整頓（箒や掃除機を使った清掃や身の回りの整理整頓など）	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
5	力仕事（布団の上げ下げ、雑巾で床を拭く、家具の移動や荷物の運搬など）	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している

6	買物（自分で運んだり、購入すること）	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
7	外出（映画、観劇、食事、酒飲み、会合などに出かけること）	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
8	屋外歩行（散歩、買物、外出等のために少なくとも 15 分以上歩くこと）	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
9	趣味（テレビは含めない）	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
10	交通手段の利用（タクシー含む）	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
11	旅行	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
12	庭仕事（草曳き、水撒き、庭掃除） ※ベランダ等の作業も含む	0　していない　1　時々している 2　定期的にしている 3　定期的にしている。必要があれば 　掘り起し、植え替え等の作業もし 　ている
13	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　ペンキ塗り・模様替え・洗車 3　２の他、家の修理や車の整備

14	読書（新聞・週刊誌・パンフレット類は含めない）	０　読んでいない　１　まれに ２　月に１回程度 ３　月に２回以上
15	仕事（収入のあるもの、ボランティアは含まない）	０　していない　１　週に１～９時間 ２　週に 10～29 時間 ３　週に 30 時間以上

⑩　「活動」と「参加」に影響を及ぼす課題の要因分析

能力及び生活機能の障害と、それらの予後予測を踏まえて、本人が希望する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と機能障害以外の要因を分析し、簡潔にまとめた上で記載すること。

⑪　リハビリテーションサービス

リハビリテーションの提供計画については、⑩で分析した課題について優先順位をつけ、その順位に沿って、目標（解決すべき課題）、目標達成までの期間、担当職種、具体的支援内容、サービス提供の予定頻度、及び時間について記載すること。

具体的支援内容については、リハビリテーション会議を通して検討し、利用者又はその家族が合意した提供内容について記載すること。また、利用者の家族や居宅サービス計画に位置付けられている他の居宅サービスの担当者と、利用者の居宅に訪問する場合、その助言内容についても、あらかじめ分かる範囲で記載すること。さらに、居宅や通所施設以外でリハビリテーションを実施する場合には、あらかじめその目的、内容、場所についても記載すること。

⑫　情報提供先

リハビリテーション計画書は、介護支援専門員や計画的な医学的管理を行っている医師、居宅サービス計画に位置付けられている居宅サービスの担当者と、その写しを共有すること。また、当該計画に関する事項について情報提供をした場合は、該当の情報提供先にチェックをすること。

⑶　別紙様式２－３（リハビリテーション会議録）

①　リハビリテーション会議の開催日、開催場所、開催時間、開催回数を明確に記載すること。

②　会議出席者の所属（職種）や氏名を記載すること。

③　リハビリテーションの支援方針（サービス提供終了後の生活に関する事項を含む。）、リハビリテーションの内容、各サービス間の協働の内

容について検討した結果を記載すること。

③　構成員が不参加の場合には、不参加の理由を記載すること。

⑷　別紙様式２－４（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）

①　サービス開始時における情報収集

事業者は、介護支援専門員より居宅サービス計画の総合的援助の方針や解決すべき具体的な課題及び目標について情報を入手すること。

また、事業所とは別の医療機関において計画的な医学的管理を行っている医師がいる場合であっては、適宜、これまでの医療提供の状況についての情報を入手すること。

入手した場合は該当箇所にチェックすること。

②　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

リハビリテーション会議を開催した場合は、参加者に○をつけるとともに、開催日付を記載すること。

③　リハビリテーション計画の利用者・家族への説明

リハビリテーション計画の説明を実施し、利用者から同意が得られた場合、該当箇所にチェックをする。なお、説明後に利用者又はその家族からリハビリテーション計画の変更又は当該計画に関しての意見があった場合は、その旨を記載し、必要に応じて当該計画を見直すこと。

イ　リハビリテーションマネジメント加算（A）イ又はロを算定している場合にあっては、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・家族への説明の欄に記載すること。

ロ　リハビリテーションマネジメント加算（B）イ又はロを算定している場合にあっては、医師によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明の欄に記載すること。

④　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

リハビリテーションプログラムの内容について検討し、実施した内容について、該当箇所にチェックをすること。

⑤　リハビリテーション会議の実施と計画の見直し

リハビリテーション会議を開催し、計画の見直しを行った場合、その実施日を記入すること。

⑥　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

指定訪問介護又はその他の居宅サービスの担当者に対し、リハビリ

テーションの観点から、日常生活上の留意点及び介護の工夫等の助言を行った場合、その実施日を記入すること。

⑦　居宅を訪問して行う介護の工夫に関する指導・助言等の実施

利用者の居宅を訪問し、介護の工夫に関する指導・助言等を実施した場合、その実施日を記入すること。

⑧　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

サービス終了する１月前以内にリハビリテーション会議を実施した場合は、該当箇所にチェックを行い、参加者に○をつけること。

⑨　終了時の情報提供

終了時、リハビリテーションの情報を提供した場合は、その提供者の該当箇所にチェックをすること。

⑩　プロセス管理表の保管

プロセス管理表は、利用者ごとにリハビリテーション計画書と一緒に保管すること。

３　リハビリテーションマネジメントに関連する主な加算

⑴　認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

心身機能、活動及び参加の維持又は回復を図るに当たって、認知症高齢者の状態によりきめ細かく配慮し、より効果的なリハビリテーションの提供を促進するため、認知症短期集中リハビリテーション実施加算を設けた。

①　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）の算定に関して

認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）の算定に関しては、留意事項通知で示している内容を踏まえ、適切に行うこと。

②　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）の算定に関して

イ　包括報酬である認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）を算定する場合は、利用者の認知症の状態に対し、支援内容や利用回数が妥当かどうかを確認し、適切に提供することが必要であることから１月に１回はモニタリングを行い、通所リハビリテーション計画を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明し、同意を得ることが望ましい。

ロ　別紙様式２－１を活用し、利用者がしている、してみたい、興味がある生活行為を把握し、見当識や記憶などの認知機能や実際の生活環境を評価し、アセスメント後に、当該生活行為で確実に自立できる行為を目標とする。

ハ　目標を達成するために何を目的に、どんな実施内容をどのように

するのか（たとえば、個別で又は集団で）をできる限り分かりやすく記載する。

ニ　通所での訓練内容について、その実施内容において望ましい提供頻度、時間を記載する。通所の頻度については、月４回以上実施することとしているが、利用者の見当識を考慮し、月８回以上の通所リハビリテーションの提供が望ましいものであり、その提供内容を記載すること。

ホ　目標の内容によっては、訓練した内容が実際の生活場面でできるようになったかどうかを評価、確認するために、当該利用者の居宅において応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。その際にはその実施時期、及び何をするのかをリハビリテーション計画書に記載する。家族に指導する際に特に留意することがあった場合、記載すること。

ヘ　居宅で評価する際には、利用者が実際に生活する場面で、失敗をしないで取り組めるよう、実施方法や環境にあらかじめ配慮し、実施すること。

ト　リハビリテーションの内容を選定する際には、役割の創出や達成体験、利用者が得意とすることをプログラムとして提供するなど自己効力感を高める働きかけに留意すること。

③　認知症短期集中リハビリテーション（Ⅱ）の提供後

引き続きリハビリテーションの提供を継続することができる。なお、この場合でも参加に向けた取組を促すこと。

⑵　生活行為向上リハビリテーション実施加算について

活動の観点から、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、加齢等により低下した利用者の活動の向上を図るためのリハビリテーションの提供を評価するため、生活行為向上リハビリテーション実施加算を設けた。

なお、活動と参加の観点からは、居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する指定訪問リハビリテーションを提供することも重要である。

①　生活行為向上リハビリテーション実施加算の考え方

生活行為とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。生活行為向上リハビリテーションは、加齢や廃用症候群等により生活機能の一つである活動するための機能が低下した高齢者や急性増悪により生活機能が低下し、医師がリハビリテーショ

ンの提供が必要であると判断した者に対し、起居や歩行、排泄、入浴などのＡＤＬ、調理、買い物、趣味活動などのＩＡＤＬなどの生活行為の内容の充実を図るため、その能力の向上について別紙様式２－５を作成し、その介入方法及び介入頻度、時間等生活行為の能力の向上に資するプログラムを作成、計画的に実施するものである。

② 生活行為向上リハビリテーションを実施する上での留意事項

イ 目標達成後に自宅での自主的な取組や介護予防・日常生活支援総合事業における第一号通所事業や一般介護予防事業、地域のカルチャー教室や通いの場、通所介護などに移行することを目指し、６月間を利用限度に集中的に行うこと。

ロ 個人の活動として行う排泄するための行為、入浴するための行為、調理するための行為、買い物をするための行為、趣味活動など具体的な生活行為の自立を目標に、心身機能、活動、参加に対し段階的に実施する６月間のリハビリテーション内容を別紙様式２－５にあらかじめ定めた上で、実施すること。

ハ （介護予防）通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね１月に１回以上実施すること。

ニ 生活行為向上リハビリテーション実施計画は、専門的な知識や経験のある作業療法士又は生活行為向上リハビリテーションに関する研修を受けた理学療法士、言語聴覚士が立案、作成すること。

ホ 事業所の医師が、おおむね月ごとに開催されるリハビリテーション会議で、生活行為向上リハビリテーション実施計画の進捗状況について報告することが望ましく、評価に基づく利用者の能力の回復状況、適宜適切に達成の水準やプログラムの内容について見直しを行い、目標が効果的に達成されるよう、利用者又はその家族、構成員に説明すること。

また、生活行為向上リハビリテーションを提供する場合は、目標が達成する期限に向けて、計画の進捗の評価や利用者又はその家族に生活行為を行う能力の回復程度など状況の説明が重要であることから１月に１回はモニタリングを行い、別紙様式２－５を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明し、同意を得ることが望ましい。

ヘ 当該リハビリテーションは、利用者と家族のプログラムへの積極的な参加が重要であることから、生活行為向上リハビリテーション

実施計画の立案に当たっては、利用者及びその家族に生活行為がうまくできない要因、課題を解決するために必要なプログラム、家での自主訓練を含め分かりやすく説明を行い、利用者及びその家族にプログラムの選択を促すよう配慮し進め、生活行為向上リハビリテーションについて主体的に取り組む意欲を引き出すこと。

ト　目標の達成期限の前１月以内には、リハビリテーション会議を開催し、生活行為向上リハビリテーション実施計画及びそれに基づき提供したリハビリテーションの成果、他のサービスへの移行に向けた支援計画を、利用者又はその家族、構成員に説明すること。

③　生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定に関して

イ　生活行為のニーズの把握

別紙様式２－１を活用し、利用者がどのような生活行為をしてみたい、興味があると思っているのかを把握する。把握に当たっては、利用者の生活の意欲を高めるためにも、こういうことをしてみたいという生活行為の目標を認識できるよう働きかけることも重要である。

ロ　生活行為に関する課題分析

ａ　利用者がしてみたいと思う生活行為で、一連の行為のどの部分が支障となってうまくできていないのかという要因をまず分析すること。例えば、トイレ行為であれば、畳に座っている姿勢、立ち上がり、トイレに行く、トイレの戸の開閉、下着の脱衣、便座に座る動作、排泄、後始末、下着の着衣、元の場所に戻る、畳に座る等の一連の行為を分析し、そのどこがうまくできていないのかを確認すること。

ｂ　うまくできていない行為の要因ごとに、利用者の基本的動作能力（心身機能）、応用的動作能力（活動）、社会適応能力（参加）のどの能力を高めることで生活行為の自立が図られるのかを検討すること。

基本的動作能力については、起居や歩行などの基本的動作を直接的に通所にて訓練を行い、併せて居宅での環境の中で１人でも安全に実行できるかを評価すること。

応用的動作能力については、生活行為そのものの技能を向上させる反復練習、新たな生活行為の技能の習得練習などを通して、通所で直接的に能力を高める他、住環境や生活で用いる調理器具などの生活道具、家具など生活環境について工夫すること等についても検討すること。通所で獲得した生活行為が居宅でも実行でき

るよう訪問し、具体的な実践を通して評価を行い、実際の生活の場面でできるようになるよう、支援すること。また、利用者が家庭での役割を獲得できるよう、家族とよく相談し、調整すること。

社会適応能力については、通所の場面だけではなく、居宅に訪問し家庭環境（家の中での環境）への適応状況の評価、利用者が利用する店での買い物や銀行、公共交通機関の利用などの生活環境への適応練習、地域の行事や趣味の教室などへの参加をするための練習をするなど、利用者が１人で実施できるようになることを念頭に指導すること。

c　利用者の能力だけではなく、利用者を取り巻く家族や地域の人々、サービス提供者に対しても、利用者の生活行為の能力について説明を行い、理解を得て、適切な支援が得られるよう配慮すること。

ハ　別紙様式２－５（生活行為向上リハビリテーション実施計画）の記載

a　利用者が、してみたいと思う生活行為に関して、最も効果的なリハビリテーションの内容（以下「プログラム」という。）を選択し、おおむね６月間で実施する内容を心身機能、活動、参加のアプローチの段階ごとに記載すること。

b　プログラムについては、専門職が支援することの他、本人が取り組む自主訓練の内容についても併せて記載すること。また、プログラムごとに、おおむねの実施時間、実施者及び実施場所について、記載すること。

c　支援の頻度は、リハビリテーションを開始してから３月間までの通所を主体とする通所訓練期はおおむね週２回以上、その後目標を達成する６月間の期限まで、終了後の生活を視野に入れ、訪問等組み合わせて訓練をする社会適応期はおおむね週１回以上訓練を行うこと。

d　プログラムの実施に当たっては、訪問で把握した生活行為や動作上の問題を事業所内外の設備を利用し練習する場合には、あらかじめ計画上に書き込むこと。

e　通所で獲得した生活行為については、いつ頃を目安に、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の実際の生活の場面で評価を行うのかもあらかじめ記載すること。

f　終了後の利用者の生活をイメージし、引き続き生活機能が維持できるよう地域の通いの場などの社会資源の利用する練習などに

ついてもあらかじめプログラムに組み込むこと。

ニ　生活行為向上リハビリテーションの実施結果報告

計画実施期間の達成１ヵ月前には、リハビリテーション会議を開催し、別紙様式２－５に支援の結果を記入し、本人及び家族、構成員に支援の経過及び結果を報告すること。

また、リハビリテーション会議にサービスの提供終了後に利用するサービス等の担当者にも参加を依頼し、サービスの提供終了後も継続して実施するとよい事柄について申し送ることが望ましい。

ホ　その他

生活行為向上リハビリテーションを行うために必要な家事用設備、各種日常生活活動訓練用具などが備えられていることが望ましい。

へ　要介護認定等の更新又は区分の変更に伴う算定月数の取扱い

要介護認定等の更新又は区分の変更により、要介護状態区分から要支援状態区分又は要支援状態区分から要介護状態区分となった利用者に対して、生活行為向上リハビリテーションの提供を継続する場合には、算定月数を通算するものとする。

なお、作成した生活行為向上リハビリテーション実施計画を活用することは差し支えないが、利用者の心身の状況等を鑑み、適時適切に計画は見直すこと。

⑶　移行支援加算について

利用者に対する適時・適切なリハビリテーションの提供を評価するため、移行支援加算を設けた。

①　移行支援加算の考え方

イ　移行支援加算は、指定通所介護事業所等へのスムーズな移行ができるよう、リハビリテーション計画を基に、リハビリテーションを提供し、その結果、利用者のＡＤＬとＩＡＤＬが向上し、指定通所介護等の他のサービス等に移行できるなど、質の高いリハビリテーションを提供しているリハビリテーションを提供する事業所の体制を評価するものである。

ロ　指定通所介護等への移行とは、指定通所リハビリテーション、指定介護予防通所リハビリテーション（指定通所リハビリテーションの場合にあっては、指定通所リハビリテーション間及び指定介護予防通所リハビリテーション間の移行は除く。）や指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防・日

常生活支援総合事業における通所事業や一般介護予防事業、居宅における家庭での役割を担うこと、就労であること。

ハ　入院、介護保険施設への入所、指定認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定訪問リハビリテーションは移行としては想定していないこと。

②　移行支援加算の算定に関して

移行支援加算は、指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所について、効果的なサービスの提供を評価する観点から、評価対象期間（各年１月１日から 12 月 31 日までの期間をいう。）において、利用者の指定通所介護事業所等への移行割合が一定以上となった場合等に、当該評価対象期間の翌年度における指定訪問リハビリテーション又は指定通所リハビリテーションの提供につき加算を行うものである。

イ　算定方法

以下の両方の条件を満たしていること。

a　指定通所介護事業所等への移行状況

$$\frac{\text{指定通所介護事業所等への移行を実施した者}}{\text{評価対象期間中にサービス提供を終了した者}} > 5\%$$

（指定通所リハビリテーション事業所の場合３％）

b　リハビリテーションの利用状況

$$\frac{\text{12 月}}{\text{平均利用延月数}} > 25\%$$

（指定通所リハビリテーション事業所の場合 27%）

※　平均利用延月数の考え方

$$\frac{\text{評価対象期間の利用者延月数}}{\text{評価対象期間の（新規利用者数＋新規終了者数）÷２}}$$

ロ　移行後の継続の有無の評価

評価対象期間中にリハビリテーションの提供を終了した日から起算して 14 日以降 44 日以内に、指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、リハビリテーションの提供を終了した者の状況を電話等により、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ＡＤＬとＩＡＤＬが維持又は改善していることを確認し、記録すること。

ハ　移行先の事業所へのリハビリテーション計画書の提供

「当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提

供」については、利用者の円滑な移行を推進するため、指定訪問リハビリテーション終了者が指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型通所介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所へ移行する際に、別紙様式２－２―１及び２－２－２のリハビリテーション計画書等の情報を、利用者の同意の上で指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型通所介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所へ提供すること。なお、移行先の事業所への情報提供に際しては、リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、別紙様式２－２―１及び２－２－２の本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等を抜粋したものを提供することで情報提供としてよい。

Ⅲ　介護保健施設サービス、介護療養施設サービス及び介護医療院サービスにおけるリハビリテーションマネジメントの実務等について

１　リハビリテーションマネジメントの実務等について

⑴　リハビリテーションマネジメントの体制

①　リハビリテーションマネジメントは医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、看護職員、介護職員、管理栄養士、歯科衛生士、介護支援専門員、支援相談員その他の職種（以下「関連スタッフ」という。）が協働して行うものである。

②　各施設等の管理者は、リハビリテーションマネジメントに関する手順（情報収集、アセスメント・評価、カンファレンスの支援、計画の作成、説明・同意、サービス終了前のカンファレンスの実施、サービス終了時の情報提供等）をあらかじめ定める。

⑵　リハビリテーションマネジメントの実務

①　サービス開始時における情報収集について

関連スタッフは、サービス開始時までに適切なリハビリテーションを実施するための情報を収集するものとする。情報の収集に当たっては主治の医師から診療情報の提供、担当介護支援専門員等からケアマネジメントに関わる情報の提供を文書で受け取ることが望ましい。な

お、これらの文書は別紙様式２－６、２－７の様式例を参照の上、作成する。

② サービス開始時におけるアセスメント・評価、計画、説明・同意について

関連スタッフ毎にアセスメントとそれに基づく評価を行い、多職種協働でサービス開始時カンファレンスを開催し、速やかにリハビリテーション実施計画原案を作成する。リハビリテーション実施計画原案については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。

また、リハビリテーション実施計画原案に関しては、ウ③に掲げるリハビリテーション実施計画書の様式又はこれを簡略化した様式を用いるものとする。なお、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 40 号）第 14 条若しくは第 50 条において準用する第 14 条、健康保険法等の一部を改正する法律附則第 130 条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 41 号）第 15 条若しくは第 50 条において準用する第 15 条、又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 30 年厚生省令第５号）第 17 条若しくは第 54 条において準用する第 17 条において作成することとされている各計画の中に、リハビリテーション実施計画原案に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画原案の作成に代えることができるものとする。

③ サービス開始後２週間以内のアセスメント・評価、計画、説明・同意について

リハビリテーション実施計画原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、サービス開始から概ね２週間以内に以下のイからへまでの項目を実施する。

イ アセスメント・評価の実施

関連スタッフ毎に別紙様式２－８を参照としたアセスメントを実施し、それに基づく評価を行う。

ロ リハビリテーションカンファレンスの実施

関連スタッフによってリハビリテーションカンファレンスを開催し、目標、到達時期、具体的アプローチ、プログラム等を含む実施計画について検討する。リハビリテーションカンファレンスには、状況に応じて利用者やその家族の参加を求めることが望ましい。

目標の設定に関しては利用者の希望や心身の状況等に基づき、当

該利用者が自立した尊厳ある日常生活を送る上で特に重要であると考えられるものとし、その目標を利用者、家族及び関連スタッフが共有することとする。目標、プログラム等の設定に当たっては施設及び居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）と協調し、両者間で整合性が保たれることが重要である。

ハ　リハビリテーション実施計画書の作成

リハビリテーションカンファレンスを経て、リハビリテーション実施計画書を作成する。リハビリテーション実施計画書の作成に当たっては、別紙様式２－９の様式を用いて作成する。なお、リハビリテーション実施計画原案を作成した場合はリハビリテーション実施計画書を新たに作成する必要はなく、リハビリテーション実施計画原案の変更等をもってリハビリテーション実施計画書の作成に代えることができるものとし、変更等がない場合にあっても、リハビリテーション実施計画原案をリハビリテーション実施計画書に代えることができるものとする。なお、別紙様式２－２－１及び２－２－２を用いてリハビリテーション実施計画書を作成することも差し支えないものとする。

リハビリテーション実施計画は、ケアプランと協調し、両者間で整合性が保たれることが重要である。施設サービスにおいてはリハビリテーション実施計画を作成していれば、ケアプランのうちリハビリテーションに関し重複する部分については省略しても差し支えない。

ニ　利用者又は家族への説明と同意

リハビリテーション実施計画の内容については利用者又はその家族に分かりやすく説明を行い、同意を得る。その際、リハビリテーション実施計画書の写しを交付することとする。

ホ　指示と実施

関連スタッフは、医師の指示に基づきリハビリテーション実施計画書に沿ったリハビリテーションの提供を行う。リハビリテーションをより有効なものとする観点からは、専門職種によるリハビリテーションの提供のみならず、リハビリテーションに関する情報伝達（日常生活上の留意点、介護の工夫等）や連携を図り、家族、看護職員、介護職員等による日常生活の生活行為への働きかけを行う。

介護老人保健施設サービス費（Ⅰ）の介護老人保健施設サービス費（ⅰ）又は（ⅲ）を算定すべき介護老人保健施設の医師は、リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は

言語聴覚士に対して、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか１以上の指示を行うこと。指示の内容については、利用者の状態の変化に応じ、適宜変更すること。

へ　イからホまでの過程は概ね３か月毎に繰り返し、内容に関して見直すこととする。また、利用者の心身の状態変化等により、必要と認められる場合は速やかに見直すこととする。

管理者及び関連スタッフは、これらのプロセスを繰り返し行うことによる継続的なサービスの質の向上に努める。

④　サービス終了時の情報提供について

イ　サービス終了前に、関連スタッフによるリハビリテーションカンファレンスを行う。その際、担当の介護支援専門員や居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求め、必要な情報を提供する。

ロ　サービス終了時には居宅介護支援事業所の介護支援専門員や主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行う。その際、主治の医師に対しては、診療情報の提供、担当介護支援専門員等に対してはケアマネジメントに関わる情報の提供を文書で行う。なお、これらの文書は別紙様式２－６の様式例を参照の上、作成する（ただし、これらの文書は、リハビリテーション実施計画書、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第９条若しくは第 50 条において準用する第９条、健康保険法等の一部を改正する法律附則第 130 条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準第 10 条若しくは第 50 条において準用する第 10 条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 30 年厚生省令第５号）第 13 条若しくは第 54 条において準用する第 13 条に規定するそれぞれのサービスの提供の記録の写しでも差し支えない。）。

第３　通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について

通所介護及び地域密着型通所介護（以下「通所介護等」という。）における個別機能訓練加算を算定する利用者については、住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目的とし、生活機能の維

持・向上を図るために、個別機能訓練を実施することが求められる。

本加算の算定要件については、令和３年度介護報酬改定において、より利用者の自立支援等に資する個別機能訓練の提供を促進する観点から、これまでの個別機能訓練加算の取得状況や加算を取得した事業所の個別機能訓練の実施状況等をふまえ、個別機能訓練の実施目的や実施体制、加算取得にあたっての人員配置について見直しを行ったところであり、今般、短期入所生活介護（介護予防含む）における個別機能訓練加算と併せて、改めて個別機能訓練加算の目的、趣旨の徹底を図るとともに、加算の実行性を担保するため、個別機能訓練加算の事務処理手順例及び様式例を示すこととする。

Ⅰ　通所介護等における取扱い

１　通所介護等における個別機能訓練加算の目的

通所介護等留意事項通知において示しているように、個別機能訓練加算は、専ら機能訓練を実施する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で６月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）（以下「理学療法士等」という。）を配置し、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「機能訓練指導員等」という。）が共同して、利用者ごとに心身の状態や居宅の環境をふまえた個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき計画的に個別機能訓練を行うことで、利用者の生活機能の維持・向上を図り、住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目指すため設けられたものである。

本加算の算定にあたっては、加算設置の趣旨をふまえた個別機能訓練計画作成及び個別機能訓練が実施されなければならない。

２　個別機能訓練の実務等

個別機能訓練加算の算定にあたっては、以下の⑴～⑶の実施が必要となる。通所介護事業所及び地域密着型通所介護事業所の管理者は、これを参照し、各事業所における個別機能訓練実施に関する一連の手順をあらかじめ定める必要がある。

⑴　加算算定にあたっての目標設定・個別機能訓練計画の作成

ア　利用者の社会参加状況やニーズ・日常生活や社会生活等における役割の把握、心身の状態の確認

機能訓練指導員等は、個別機能訓練の目標を設定するにあたり、以下の①～④により、利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割の把握及び心身の状態の確認を行う。

① 利用者の日常生活や社会生活等について、現在行っていることや今後行いたいこと（ニーズ・日常生活や社会生活等における役割）を把握する。これらを把握するにあたっては、別紙様式３－１の興味・関心チェックシートを活用すること。またあわせて、利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割に対する家族の希望を把握する。

② 利用者の居宅での生活状況（ＡＤＬ、ＩＡＤＬ等）を居宅訪問の上で確認する。具体的には、別紙様式３－２の生活機能チェックシートを活用し以下を実施する。

ⅰ 利用者の居宅の環境（居宅での生活において使用している福祉用具・補助具等を含む）を確認する。

ⅱ ＡＤＬ、ＩＡＤＬ項目について、居宅の環境下での自立レベルや実施するにあたっての課題を把握する。

③ 必要に応じて医師又は歯科医師から、これまでの利用者に対する病名、治療経過、合併疾患、個別機能訓練実施上の留意事項についての情報を得る。直接医師又は歯科医師から情報が得られない場合は、介護支援専門員を通じて情報収集を図ること。

④ 介護支援専門員から、居宅サービス計画に記載された利用者本人や家族の意向、総合的な支援方針、解決すべき課題、長期目標、短期目標、サービス内容などについて情報を得ること。

イ 多職種協働での個別機能訓練計画の作成

アで把握した利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割及び心身の状態に応じ、機能訓練指導員等が多職種協働で個別機能訓練計画を作成する。その際、必要に応じ各事業所に配置する機能訓練指導員等以外の職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士等）からも助言を受けることが望ましい。

① 個別機能訓練計画書の作成（総論）

・ 個別機能訓練計画は別紙様式３－３を参考に作成すること。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画又は地域密着型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができる。

・ また、個別機能訓練計画の作成にあたっては、居宅サービス計画、通所介護計画又は地域密着型通所介護計画と連動し、これらの計

画と整合性が保たれるように行うことが重要である。なお、通所介護計画書及び地域密着型通所介護計画書は別紙様式３－４を参考に作成すること。

② 個別機能訓練目標・個別機能訓練項目の設定

ｉ 個別機能訓練目標の設定

・ アで把握した利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割及び心身の状態に応じ、機能訓練指導員等が協働し、利用者又は家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえつつ、個別機能訓練目標を設定する。なお、目標設定にあたっては、当該利用者の意欲の向上に繋がるよう、長期目標・短期目標のように段階的な目標設定をするなど、可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。

＜長期目標の設定＞

長期目標は生活機能の構成要素である以下ａ～ｃをバランスよく含めて設定することが求められる。

ａ 体の働きや精神の働きである「心身機能」

ｂ ＡＤＬ・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」

ｃ 家庭や社会で役割を果たすことである「参加」

・ 具体的には、利用者が住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることができるよう、単に座る・立つ・歩くといった身体機能の向上を目指すことのみを目標とするのではなく、居宅における生活行為（トイレに行く、自宅の風呂に一人で入る、料理を作る、掃除・洗濯をする等）や地域における社会的関係の維持に関する行為（商店街に買い物に行く、囲碁教室に行く、孫とメールの交換をする、インターネットで手続きをする等）等、具体的な生活上の行為の達成を含めた目標とすること。

＜短期目標の設定＞

長期目標を設定した後は、目標を達成するために必要な行為ごとに細分化し、短期目標として整理する。

（例）長期目標が「スーパーマーケットに食材を買いに行く」の場合必要な行為

・買いたい物を書き記したリストを作る

・買い物量を想定し、マイバッグを用意する

・スーパーマーケットまでの道順を確認する

・スーパーマーケットまで歩いて行く

・スーパーマーケットの入り口で買い物かごを持つ
・スーパーマーケットの中でリストにある食材を見つける
・食材を買い物かごに入れる
・レジで支払いをする
・買った品物を袋に入れる
・買った品物を入れた袋を持って、自宅まで歩いて帰る

ⅱ　個別機能訓練項目の設定

・　短期目標を達成するために必要な行為のうち、利用者の現状の心身機能等に照らし可能であること、困難であることを整理する。

・　利用者の現状の心身機能等に照らし困難であることについて、どのような訓練を行えば可能となるのか検討する。

（例）上記の事例において、歩行機能が低下していることから、「スーパーマーケットまで歩いて行く」「スーパーマーケットの中でリストにある食材を見つける」「買った品物を入れた袋を持って、自宅まで歩いて帰る」ことが困難である場合、自宅からスーパーマーケットまでの距離等を勘案した上で、

・歩行機能を向上させる訓練（筋力向上訓練、耐久性訓練、屋内外歩行訓練等）
・歩行を助ける福祉用具（つえ等）を使用する訓練
・歩行機能の向上が難しい場合、代替的な移動手段となりうる福祉用具（電動車いす等）を使用する訓練

を行うことが想定される。

・　目標を達成するために必要な行為を遂行できるように、生活機能を向上させるための訓練項目を決定する。なお、訓練項目の決定にあたっては、利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の訓練項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲の向上に繋がるよう利用者を援助すること。

・　生活機能の向上のためには、通所介護等提供中に機能訓練を行うのみでなく、利用者が日々の生活においてもできる限り自主訓練を行うことが重要であることから、利用者が自身で又は家族等の援助を受けて、利用者の居宅等においても実施できるような訓練項目をあわせて検討し、提示することが望ましい。

ウ　利用者又はその家族への説明と同意

利用者又はその家族に対し、機能訓練指導員等が個別機能訓練の内容について分かりやすく説明を行い、同意を得ること。またその際、個

別機能訓練計画を交付（電磁的記録の提供を含む）すること。

エ　介護支援専門員への報告

介護支援専門員に対し、個別機能訓練計画を交付（電磁的記録の提供を含む）の上、利用者又はその家族への説明を行い、内容に同意を得た旨報告すること。

⑵　個別機能訓練の実施

ア　個別機能訓練の実施体制

・　個別機能訓練加算に係る個別機能訓練は、類似の目標を持ち、同様の訓練項目を選択した５人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行うこととする。なお、機能訓練指導員が直接個別機能訓練を行っていれば、その補助者として看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が個別機能訓練に関与することは差し支えない。

・　個別機能訓練の目標を具体的な生活上の行為の達成としている場合、実際の生活上の様々な行為を構成する実際的な行動やそれを模した行動を反復して行うことにより、段階的に目標の行動ができるようになることを目指すことから、事業所内であれば実践的訓練に必要な浴室設備、調理設備・備品等を備えること、事業所外であれば、利用者の居宅や近隣の施設等に赴くこと等により、事業所内外の実地的な環境下で訓練を行うことが望ましい。

イ　訓練時間

個別機能訓練計画に定めた訓練項目の実施に必要な１回あたりの訓練時間を考慮し適切に設定すること。

ウ　訓練実施回数

個別機能訓練の目的を達成するためには、生活機能の維持・向上を図る観点から、計画的・継続的に個別機能訓練を実施する必要があり、概ね週１回以上実施することを目安とする。

⑶　個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練加算に係る個別機能訓練を開始した後は、

・　個別機能訓練の目的に照らし、個別機能訓練項目や訓練実施時間が適切であったか、個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬの改善状況）が現れているか等について、評価を行う。

・　３月ごとに１回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況（起居動作、ＡＤＬ、ＩＡＤＬ等の状況）を確認する。また、利用者又はその家族に対して個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明し、記録する。なお、個別機能訓練の実施状況や個別

機能訓練の効果等についての説明・記録は、利用者の居宅を訪問する日とは別の日にＩＣＴ等を活用し行っても差し支えない。

・　概ね３月ごとに１回以上、個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について、当該利用者を担当する介護支援専門員等にも適宜報告・相談し、利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者に対する個別機能訓練の効果等をふまえた個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更を行う。

等、適切な対応を行うこととする。

３　個別機能訓練加算（Ⅱ）について

個別機能訓練加算（Ⅱ）は、個別機能訓練加算（Ⅰ）イ又は個別機能訓練加算（Ⅰ）ロの算定要件を満たした上で、個別機能訓練計画書の内容等の情報を科学的介護推進システム（以下、「ＬＩＦＥ」という。）に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していることを評価したものである。

ＬＩＦＥへのデータ提出の方法及び当該情報の活用方法の詳細については別に示す通知を参照すること。

Ⅱ　短期入所生活介護（介護予防含む）における取扱い

短期入所生活介護（介護予防含む）における個別機能訓練加算と、通所介護等における個別機能訓練加算（Ⅰ）イ・個別機能訓練加算（Ⅰ）ロとは、加算算定の目的、人員配置要件等が異なっているが、加算算定にあたっての目標設定方法、個別機能訓練計画の作成、個別機能訓練の実施、個別機能訓練実施後の対応については一致する点も多いため、適宜参照されたい。

第４　施設サービスにおける栄養ケア・マネジメント及び経口移行加算等に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

１　栄養ケア・マネジメントの基本的な考え方

高齢者の低栄養状態等の予防・改善のために、個別の高齢者の栄養健康状態に着目した栄養ケア・マネジメントの実施を、介護報酬上、栄養マネジメント加算として評価してきたところであるが、令和３年度介護報酬改定において、介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取組を一層強化する観点から、栄養マネジメント加算を廃止し、栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うこととした。さらに、入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制の充実を評価する栄養マネジメント強化加算を新設した。栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、入所者全員に

対し、各入所者の状態に応じ実施することで、低栄養状態等の予防・改善を図り、自立支援・重度化防止を推進するものである。

2　栄養ケア・マネジメントの実務等について

⑴　栄養ケア・マネジメントの体制

ア　栄養ケア・マネジメントは、ケアマネジメントの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。

イ　施設長は、管理栄養士と医師、歯科医師、看護師及び介護支援専門員その他の職種（以下第４において「関連職種」という。）が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること。

ウ　施設長は、各施設における栄養ケア・マネジメントに関する手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。

エ　管理栄養士は、入所者又は入院患者（以下「入所（院）者」という。）に適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。

オ　施設長は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。

⑵　栄養ケア・マネジメントの実務

ア　入所（院）時における栄養スクリーニング

介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、入所（院）者の入所（院）後遅くとも１週間以内に、関連職種と共同して低栄養状態のリスクを把握する（以下「栄養スクリーニング」という。）。なお、栄養スクリーニングは、別紙様式４－１の様式例を参照すること。

イ　栄養アセスメントの実施

管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所（院）者毎に解決すべき課題を把握する（以下「栄養アセスメント」という。）。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙様式４－１の様式例を参照すること。

ウ　栄養ケア計画の作成

①　管理栄養士は、前記の栄養アセスメントに基づいて、入所（院）者のｉ）栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、療養食の適用、食事の形態等食事の提供に関する事項等）、ⅱ）栄養食事相談、ⅲ）課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、別紙様式４－２の様式例を参照の上、栄養ケア計画を

作成する。その際、必要に応じ、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士の助言を参考とすること。なお、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 39 号）第 12 条若しくは第 49 条において準用する第 12 条、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第 14 条若しくは第 50 条において準用する第 14 条、健康保険法等の一部を改正する法律附則第 130 条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準第 15 条若しくは第 50 条において準用する第 15 条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 138 条若しくは第 169 条において準用する第 138 条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第 17 条若しくは第 54 条において準用する第 17 条において作成することとされている各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

② 管理栄養士は、サービス担当者会議（入所（院）者に対する施設サービスの提供に当たる担当者の会議）に出席し、栄養ケア計画原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させる。栄養ケア計画の内容を、施設サービス計画にも適切に反映させる。

③ 医師は、栄養ケア計画の実施に当たり、その同意等を確認する。

エ 入所（院）者及び家族への説明

介護支援専門員等は、サービスの提供に際して、施設サービス計画に併せて栄養ケア計画を入所（院）者又は家族に分かりやすく説明し、同意を得る。

オ 栄養ケアの実施

① サービスを担当する関連職種は、医師の指導等に基づき栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。

② 管理栄養士は、食事の提供に当たっては、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者（管理栄養士、栄養士、調理師等）に対して、栄養ケア計画に基づいて個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導する。なお、給食業務を委託している場合においては、委託業者の管理栄養士等との連携を図る。

③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。

④ 管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。

⑤　管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録の内容は、栄養補給（食事の摂取量等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第８条若しくは第 49 条において準用する第８条、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第９条若しくは第 50 条において準用する第９条又は健康保険法等の一部を改正する法律附則第 130 条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準第 10 条若しくは第 50 条において準用する第 10 条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第 135 条若しくは第 169 条において準用する第 135 条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第 13 条若しくは第 54 条において準用する第 13 条に規定するそれぞれのサービスの提供の記録において管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合にあっては、当該記録とは別に栄養ケア提供の経過を記録する必要はないものとする。

カ　実施上の問題点の把握

管理栄養士又は関連職種は、栄養ケア計画の変更が必要となる状況を適宜把握する。栄養ケア計画の変更が必要になる状況が確認された場合には、対応する関連の職種へ報告するとともに計画の変更を行う。

キ　モニタリングの実施

①　管理栄養士又は関連職種は、入所（院）者ごとの栄養状態に応じて、定期的に、入所者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行うこと。その際、栄養スクリーニング時に把握した入所（院）者ごとの低栄養状態のリスクのレベルに応じ、それぞれのモニタリング間隔を設定し、入所者ごとの栄養ケア計画に記載すること。その際、低栄養状態の低リスク者はおおむね３か月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行（経管栄養法から経口栄養法への変更等）の必要性がある者の場合には、おおむね２週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は１か月毎に測定する。

②　管理栄養士又は関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙様式４－１の様式例を参照の上、作成する。

ク　再栄養スクリーニングの実施

介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、低栄養状態のリスクにかかわらず、栄養スクリーニングを三か月毎に実施する。

ケ　栄養ケア計画の変更及び退所（院）時の説明等

栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、介護支援専門員に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行う。

また、入所（院）者の退所（院）時には、総合的な評価を行い、その結果を入所（院）者又は家族に分かりやすく説明するとともに、必要に応じて居宅介護支援専門員や関係機関との連携を図る。

コ　帳票の整理

栄養ケア・マネジメントを実施している場合には、個別の高齢者の栄養状態に着目した栄養管理が行われるため、検食簿、喫食調査結果、入所（院）者の入退所簿及び食料品消費日計等の食事関係書類（食事箋及び献立表を除く。）、入所（院）者年齢構成表及び給与栄養目標量に関する帳票は、作成する必要がないこととする。

3　栄養マネジメント強化加算について

栄養マネジメント強化加算は、栄養ケアに係る体制の充実を図るとともに、上記「2　栄養ケア・マネジメントの実務等について」で示した栄養ケア・マネジメントを実施した上で、更に入所（院）者全員への丁寧な栄養ケアを実施している場合に、算定できるものである。丁寧な栄養ケアの実施に当たっては、以下を参考とすること。

⑴　食事の観察について

ア　低栄養状態のリスクが高リスク及び中リスクに該当する者

低栄養状態のリスクが高リスクに該当する者は、別紙様式４－１の様式例に示す食事摂取量、食欲・食事の満足度、食事に対する意識、多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）のうち口腔関係の項目、栄養ケア計画に記載した食事の観察の際に特に確認すべき点等を総合的に観察する。低栄養状態のリスクが中リスクに該当する者は、栄養ケア計画に記載した食事の観察の際に特に確認すべき視点を中心に観察する。

ただし、１回の食事の観察で全てを確認する必要はなく、週３回以上（異なる日に実施）の食事の観察を行う中で確認できれば差し支えない。適宜、食事の調整や食事環境の整備等を実施するとともに、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、栄養ケア

計画の変更の必要性を判断すること。また、食事の観察を行った日付と食事の調整や食事環境の整備等を実施した場合の対応を記録すること。

イ　低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者

アの者に対する食事の観察の際に、あわせて食事の状況を適宜把握すること。問題点がみられた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、栄養ケア計画の変更の必要性を判断すること。

⑵　退所（院）時の対応

低栄養状態のリスクが高リスク及び中リスクに該当する者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所（院）者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所（院）する場合は、入所（院）中の栄養管理に関する情報（必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性（嚥下食コード）、食事上の留意事項等）を入所（院）先に提供すること。

4　経口移行加算等について

経口移行加算に係る経口移行計画及び経口維持加算に係る経口維持計画については、別紙様式４－２の様式例を参照の上、栄養ケア計画と一体的に作成する。なお、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第 12 条若しくは第 49 条において準用する第 12 条、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第 14 条若しくは第 50 条において準用する第 14 条又は健康保険法等の一部を改正する法律附則第 130 条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準第 15 条若しくは第 50 条において準用する第 15 条において作成することとされている各計画の中に、経口移行計画又は経口維持計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって経口移行計画又は経口維持計画の作成に代えることができるものとする。

第５　居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について

1　通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務等について

⑴　通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制

ア　栄養ケア・マネジメントは、ケアマネジメントの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。

イ　事業所は、管理栄養士（他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所

に限る。)、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を１名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携を含む。以下この項において同じ。）と主治の医師、歯科医師、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種（以下「関連職種」という。）が行う体制を整備すること。

ウ　事業所における栄養ケア・マネジメントに関する手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。

エ　管理栄養士は、利用者に適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。

オ　事業所は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。

⑵　栄養ケア・マネジメントの実務

ア　利用開始時における栄養スクリーニング

管理栄養士は、利用者の利用開始時に、関連職種と共同して、低栄養状態のリスクを把握する（以下「栄養スクリーニング」という。)。なお、栄養スクリーニングの結果は、別紙様式５－１の様式例を参照の上、記録する。

イ　栄養アセスメントの実施

管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、利用者毎に解決すべき課題を把握する(以下「栄養アセスメント」という。)。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙様式５－１の様式例を参照の上、作成する。栄養アセスメント加算を算定する場合は、栄養アセスメントの結果（低栄養状態のリスク、解決すべき栄養管理上の課題の有無等）を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。利用者の解決すべき栄養管理上の課題を的確に把握し、適切な栄養改善サービスにつなげることを目的としているため、利用者全員に継続的に実施することが望ましい。利用者又はその家族への説明に当たっては、ＬＩＦＥにおける利用者フィードバック票を活用すること。

ウ　栄養ケア計画の作成

①　管理栄養士は、前記の栄養アセスメントに基づいて、利用者のｉ）栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等)、

ⅱ）栄養食事相談、ⅲ）課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、別紙様式５－２の様式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。その際、必要に応じ、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士の助言を参考とすること。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）第 99 条若しくは第 115 条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第 27 条、第 52 条若しくは第 179 条、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 35 号）第 125 条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 36 号）第 42 条において作成することとされている各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

② 管理栄養士は、作成した栄養ケア計画原案については、関連職種と調整を図り、サービス担当者会議に事業所を通じて報告し、栄養ケア計画原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させる。栄養ケア計画の内容を、居宅サービス計画に適切に反映させる。

③ 管理栄養士は、利用者の主治の医師の指示・指導が必要な場合には、利用者の主治の医師の指示・指導を受けなければならない。

エ 利用者及び家族への説明

管理栄養士は、サービスの提供に際して、栄養ケア計画を利用者又は家族に説明し、サービス提供に関する同意を得る。

オ 栄養ケアの実施

① 管理栄養士と関連職種は、主治の医師の指示・指導が必要な場合には、その指導等に基づき栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。

② 管理栄養士は、通所サービスでの食事の提供に当たっては、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者（管理栄養士、栄養士、調理師等）に対して、栄養ケア計画に基づいて個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導する。なお、給食業務を委託している場合においては、委託業者の管理栄養士等との連携を図る。

③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。

居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること。

④　管理栄養士は、関連職種に対して、栄養ケア計画に基づいて説明、指導及び助言を行う。

⑤　管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデントの事例等の把握を行う。

⑥　管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録内容、栄養補給（食事等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第105条若しくは第119条において準用する第19条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第37条、第61条若しくは第182条において準用する第３条の18、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第123条において準用する第49条の13、若しくは第237条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第21条に規定するサービスの提供の記録において管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合にあっては、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために栄養ケア提供の経過を記録する必要はないものとする。

カ　実施上の問題点の把握

管理栄養士又は関連職種は、栄養ケア計画の変更が必要となる状況を適宜把握する。栄養ケア計画の変更が必要になる状況が確認された場合には、管理栄養士は対応する関連の職種へ報告するとともに計画の変更を行う。

キ　モニタリングの実施

①　モニタリングは、栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は三か月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、２週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は１か月毎に測定する。

②　管理栄養士又は関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態

の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙様式５－１の様式例を参照の上、作成する。

③　低栄養状態のリスクの把握やモニタリング結果は、３か月毎に事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員等へ情報を提供する。

ク　再栄養スクリーニングの実施

管理栄養士は関連職種と連携して、低栄養状態のおそれのある者の把握を三か月毎に実施する。

ケ　栄養ケア計画の変更及び終了時の説明等

栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、居宅介護支援専門員に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行う。計画の変更については、利用者又は家族へ説明し同意を得る。

また、利用者の終了時には、総合的な評価を行い、その結果を利用者又は家族に説明するとともに、必要に応じて居宅介護支援専門員や関係機関との連携を図る。

２　管理栄養士の居宅療養管理指導の実務について

管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、別紙様式５－１、５－２の様式例を準用する。ただし、当該指導に必要とされる事項が記載できるものであれば、別の様式を利用して差し支えない。

第６　口腔・栄養スクリーニング加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

１　口腔・栄養スクリーニングの基本的考え方

平成 30 年度介護報酬改定において、通所系サービスにおける栄養状態のスクリーニングを行う栄養スクリーニング加算が新設された。令和３年度介護報酬改定において、口腔の健康状態のスクリーニングを併せて実施する口腔・栄養スクリーニング加算として評価する見直しを行った。

口腔・栄養スクリーニングは、事業所において、口腔の健康状態及び栄養状態についての簡易な評価を継続的に実施することにより、利用者の状態に応じて必要な医療や口腔機能向上サービス、栄養改善サービス等の提供に繋げるとともに、当該事業所の従業者の口腔・栄養に関する意識の向上を図ることを目的とするものである。

例えば、噛む力が弱まると食事量が減ることで、必要なエネルギーやたんぱく質等の栄養素が不足し、低栄養のリスクが高まるなど、口腔の健康状態と栄養状態は密接に関わっていることから、口腔の健康状態のスクリーニングと栄養状態のスクリーニングは一体的に実施すべきものである。

2　口腔・栄養スクリーニングの実務等について

⑴　口腔・栄養スクリーニングの実施体制

ア　口腔・栄養スクリーニングは、ケアマネジメントの一環として、介護職員等が、利用者全員の口腔の健康状態及び栄養状態を継続的に把握することが望ましい。

イ　事業所における口腔・栄養スクリーニングに関する手順をあらかじめ定めること。また、効率的・効果的にスクリーニングを実施するため、口腔の健康状態のスクリーニングと栄養状態のスクリーニングは一体的に実施することが望ましい。

ウ　事業所は、口腔・栄養スクリーニングの実施体制を評価し、効率的・効果的に実施できるよう改善すべき課題を整理・分析し、継続的な見直しに努めること。

エ　利用者が複数の通所事業所等を利用している場合は、口腔・栄養スクリーニングを行う事業所を、利用者又は家族の希望も踏まえてサービス担当者会議等で検討した上で、介護支援専門員が決定することとし、原則として、当該事業所が継続的にスクリーニングを実施すること。

⑵　口腔・栄養スクリーニングの実務

①　スクリーニングの実施

介護職員等は、利用者のサービス利用開始時又は事業所における口腔・栄養スクリーニング加算の算定開始時に、別紙様式６を用いてスクリーニングを行うこと。

②　スクリーニング結果の情報提供等

介護職員等は、各利用者のスクリーニング結果を、当該利用者を担当する介護支援専門員に別紙様式６を参考に文書等で情報提供すること。

また、口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合又は低栄養状態の利用者については、かかりつけ医又はかかりつけ歯科医への受診状況を利用者又はその家族等に確認し、必要に応じて受診を促すとともに、当該利用者を担当する介護支援専門員に対して、口腔機能向上サービス又は栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。

③　再スクリーニングの実施

介護職員等は、再スクリーニングを６か月毎に実施するとともに、前回実施した際の結果と併せて②に従い介護支援専門員に情報提供等を行うこと。これらを継続的に実施することにより、利用者の口腔の健康状態及び栄養状態の維持・向上に努めること。

第７　口腔衛生の管理体制に関する基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

１　口腔衛生の管理体制の基本的な考え方

口腔衛生の管理体制は、ケアマネジメントの一環として、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士（以下「歯科医師等」という。）及び関連職種の共同により、口腔衛生に係る課題把握・改善を行い、入所者に適した口腔清掃等を継続的に行うための体制をいう。

歯・口腔の健康の保持・増進を図ることは、自立した質の高い生活を営む上で重要であり、介護保険施設における口腔衛生等の管理は、利用者の口腔の健康状態に応じた効率的・効果的な口腔清掃等が行われるだけでなく、摂食・嚥下機能の維持・向上、栄養状態の改善等にもつながるものである。

口腔衛生の管理については、平成 21 年に口腔機能維持管理加算が新設、平成 27 年に口腔衛生管理体制加算に名称変更され、介護保険施設の入所者に対して計画的な口腔ケア・マネジメントを行うことができるよう、歯科医師等が日常的な口腔清掃等のケアに係る技術的指導・助言を行う場合の評価を行ってきた。

令和３年度介護報酬改定において、全ての施設系サービスにおいて口腔衛生の管理体制を整備し、入所者の状態に応じた丁寧な口腔衛生の管理を更に充実させる観点から、施設系サービスにおける口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして行うこととした。歯科医師等に技術的指導・助言を受ける体制を整備していない介護保険施設においては、郡市区歯科医師会等と連携を図りながら、施設における口腔衛生の管理体制の整備を進められたい。

２　口腔衛生の管理体制の整備にかかる実務について

⑴　口腔衛生管理体制計画の立案

歯科医師等は、介護保険施設における口腔清掃等の実態の把握、介護職員からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じ、口腔衛生の管理に係る技術的助言・指導を行うこと。

介護職員は、当該技術的助言・指導に基づき、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式３及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式１を参考に、以下の事項を記載した口腔衛生管理体制計画を作成すること。

ア　助言を行った歯科医師等

イ　歯科医師からの助言の要点

ウ　当該施設における実施目標

エ　具体的方策

オ　留意事項・特記事項

⑵　入所者の口腔の状況の確認

口腔衛生管理体制計画に基づき、介護職員が口腔の健康状態のスクリーニングを行い、入所者の口腔清掃の自立度、口腔の健康状態等について把握すること。スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。

【スクリーニング例】

・　歯や入れ歯が汚れている

・　歯が少ないのに入れ歯を使っていない

・　むせやすい

歯・口腔の疾患が疑われる場合や介護職員による口腔清掃等が困難な場合等は、歯科医師による訪問診療等の際、各利用者の口腔の健康状態に応じた口腔健康管理が行われるよう、当該歯科医師に相談することが望ましい。

⑶　口腔清掃の用具の整備

口腔清掃には、歯の清掃に用いる歯ブラシ、ワンタフトブラシ、舌に用いる舌ブラシ、口腔粘膜に用いるスポンジブラシ、義歯に用いる義歯ブラシ等の清掃用具が用いられる。利用者の口腔の健康状態や自立度等を踏まえ、歯科医師等の技術的助言・指導に基づき、口腔清掃の用具を選択すること。

⑷　口腔清掃の実施

口腔清掃の実施担当者及び実施時刻等を、口腔清掃の実施回数・方法・内容等を踏まえて検討し、施設におけるサービス提供に係るタイムスケジュールに組み込むこと。

⑸　介護職員の口腔清掃に対する知識・技術の習得、安全確保

口腔清掃は、正しい知識をもって行わない場合、歯や粘膜を傷つけるだけでなく、食物残渣や唾液等の誤嚥による肺炎を引き起こすおそれもあるため、歯科医師等から口腔清掃の用具の使用方法の指導を受けることは重要である。

また、口腔清掃に携わらない職員についても、口腔衛生、口腔機能の維持・向上、誤嚥性肺炎等について理解を深めることは重要である。

なお、歯科医師等が単独で介護職員への研修会等を開催することが困難な場合は、都道府県や都道府県歯科医師会等で実施されている介護職員向けの研修を紹介することでも差し支えない。

⑹　食事環境をはじめとした日常生活における環境整備

介護職員は、歯科医師等に入所者の口腔機能等に応じた食事の提供、食形態等について必要に応じて相談し、食事環境等の整備に努めること。

⑺　歯科医師等からの技術的助言・指導と計画の見直し

介護職員は、口腔清掃等を含めた施設における課題や疑問等を、適宜、歯科医師等に相談する。

歯科医師等は、概ね６か月毎に、施設における口腔清掃の実態、介護職員からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じた口腔衛生管理体制計画に係る技術的助言・指導を行うこと。

介護職員は、当該技術的助言・指導を踏まえ、口腔衛生管理体制計画の見直しを行い、口腔衛生の管理体制の充実を図ること。

第８　口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について

１　口腔機能向上サービスの実務等について

⑴　通所サービスにおける口腔機能向上サービスの提供体制

ア　口腔機能向上サービスの提供体制は、ケアマネジメントの一環として、個々人に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。

イ　事業所は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員（以下「サービス担当者」という。）と介護職員、生活相談員その他の職種の者等（以下「関連職種」という。）が共同した口腔機能向上サービスを行う体制を整備する。

ウ　事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順（スクリーニング・アセスメント、口腔機能改善管理指導計画、サービス実施、モニタリング等）をあらかじめ定める。

エ　サービス担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できる

よう関連職種との連絡調整を行う。

オ　事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービス体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的なサービス提供内容の改善に努める。

⑵　口腔機能向上サービスの実務

ア　スクリーニング・アセスメントの実施

サービス担当者は、利用開始時においては、利用者毎に口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関する解決すべき課題の確認・把握を行う。解決すべき課題の確認・把握の実施にあたっては、別紙様式８の様式例を参照の上、作成する。

様式例における解決すべき課題の確認・把握に係る項目については、事業所の実状にあわせて項目を追加することについては差し支えない。ただし、項目の追加に当たっては、利用者等の過剰な負担とならぬよう十分配慮しなければならない。

イ　口腔機能改善管理指導計画の作成

①　サービス担当者は、スクリーニング・アセスメントに対しサービス担当者と関連職種が共同して取り組むべき事項等について記載した口腔機能改善管理指導計画を作成する。なお、この作成には、別紙様式８の様式例を参照の上、作成することとし、必要に応じて理学療法士、作業療法士、管理栄養士等の助言を参考にする。ただし、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第99条、第115条若しくは第184条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第27条、第40条の９、第52条、第77条、第98条、第119条若しくは第179条、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第125条若しくは第247条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第42条、第66条若しくは第87条において作成することとされている各計画の中に、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができるものとすること。

②　サービス担当者は、作成した口腔機能改善管理指導計画について、関連職種と調整を図り、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画にも適切に反映させる。

③　介護予防通所介護又は通所介護において行われる口腔機能向上サ

ービスの場合、サービス担当者は、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導が必要と判断される場合は、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導を受けること。

④　介護予防通所リハビリテーション又は通所リハビリテーションにおいて行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、医師又は歯科医師の指示・指導が必要であり、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。

ウ　利用者又はその家族への説明

サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に際して、口腔機能改善管理指導計画を利用者又はその家族に説明し、口腔機能向上サービスの提供に関する同意を得る。医師又は歯科医師は、サービス担当者への指示・指導が必要な場合、口腔機能改善管理指導計画の実施に当たり、その計画内容、利用者又はその家族の同意等を確認する。

エ　口腔機能向上サービスの実施

①　サービス担当者と関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づいた口腔機能向上サービスの提供を行う。

②　サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づいて、口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関する実地指導を実施する。

③　サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導が必要と考えられる場合、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。また、関連職種に対して、口腔機能改善管理指導計画に基づいて個別又は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるように指導及び助言等を行う。

④　サービス担当者は、関連職種と共同して口腔機能向上サービスに関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。

⑤　サービス担当者は、口腔機能向上サービス提供の主な経過を記録する。記録の内容は、実施日、サービス提供者氏名及び職種、指導の内容（口腔清掃、口腔清掃に関する指導、摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導、音声・言語機能に関する指導）について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第105条若しくは第119条において準用する第19条若しくは第181条、指定

地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第37条、第40条の16、第61条、第88条若しくは第182条において準用する第３条の18、第95条若しくは第116条、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第123条において準用する第49条の13若しくは第237条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第21条、第64条において準用する第21条若しくは第75条に規定するサービスの提供の記録においてサービス担当者が口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は、当該記録とは別に歯科衛生士等の居宅療養管理指導費又は口腔機能向上加算の算定のために口腔機能向上サービスの提供の経過を記録する必要はないものとすること。

オ　実施上の問題点の把握

サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づき、利用者の目標の達成状況、口腔衛生、口腔機能の改善状況等を適宜把握する。改善状況に係る記録は、別紙様式８の様式例を参照の上、作成する。口腔機能改善管理指導計画の変更が必要になる状況が疑われる場合には、口腔機能改善管理指導計画の変更を検討する。

カ　モニタリングの実施

①　サービス担当者は、目標の達成状況、口腔衛生、摂食・嚥下機能等の改善状況等を宜モニタリングし、評価を行うとともに、サービスの見直し事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙様式８の様式例を参照の上、作成する。

②　モニタリングは、口腔機能改善管理指導計画に基づき、概ね１か月毎に適宜行う。

キ　再把握の実施

サービス担当者は、口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関する解決すべき課題の把握を３か月毎に実施し、事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等へ情報を提供する。なお、この把握には、別紙様式８の様式例を参照の上、作成する。

介護支援専門員又は介護予防支援事業者等は、情報提供を受け、サービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関するリスクにかかわらず、把握を３か月毎に実施する。

ク　口腔機能向上サービスの継続及び終了時の説明等

サービス担当者は、総合的な評価を行い、口腔機能向上サービスの継続又は終了の場合には、その結果を利用者又はその家族に説明するとともに、利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等に継続又は終了の情報を提供し、サービスを継続又は終了する。サービスの継続又は終了については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。

評価の結果、改善等により終了する場合は、関連職種や居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所との連携を図る。また、評価において医療が必要であると考えられる場合は、主治の医師又は主治の歯科医師、介護支援専門員若しくは介護予防支援事業者並びに関係機関（その他の居宅サービス事業所等）との連携を図る。

２　歯科衛生士等の居宅療養管理指導の実務等について

居宅療養管理指導にかかる口腔機能スクリーニング、口腔機能アセスメント、管理指導計画、モニタリング、評価等については、原則として、別紙様式８の様式例を参照の上、作成する。ただし、別紙様式８の様式例によらない場合であっても、個々の利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能等に着目した居宅療養管理指導が適切に行われており、当該指導に必要とされる事項が記載されている場合にあっては、別の様式を利用して差し支えない。

別紙様式１－１

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）	□ 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（□ 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（　　）
短期目標・期間	（心身機能） （活動） （参加）		
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	□ 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（　　）

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）

別紙様式１－２

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）	□ 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） （活動） （参加）		□ 口腔衛生（□ 維持、□ 改善（　）） □ 摂食・嚥下機能（□ 維持、□ 改善（　）） □ 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（　　） 【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） （活動） （参加）		
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	□ 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	□リハビリテーションマネジメント加算（A）イ　□リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ □リハビリテーションマネジメント加算（B）イ　□リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ □個別機能訓練加算（Ⅰ）　□個別機能訓練加算（Ⅱ）
	□口腔・栄養スクリーニング加算　□栄養アセスメント加算　□栄養改善加算
	□口腔機能向上加算（Ⅰ）　□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）	・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） ・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）	■ 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） ・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	・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 【６か月】	□ 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） ・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	・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 【３か月】	
具体的なケア内容	・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	・嚥下機能訓練や義歯の調整状況等に合わせて、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	■ 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） □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）

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）	・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（□低　□中　■高） ・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	■ 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（　10　）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（不使用）） ■ 歯周病　□ 口腔粘膜疾患（潰瘍等）
長期目標・期間	（心身機能） ・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	・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できる 【6 か月】	□ 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） ・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	・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できる 【3 か月】	
具体的なケア内容	・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	・リハビリの量と質にあわせ、栄養量を段階的に見直す ・褥そう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	■ 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（経口移行計画にかかる会議等への参加） □月 4 回程度　■月 2 回程度　□月1回程度 ■その他（訪問診療によるう蝕・歯周病治療、訪問歯科衛生指導）

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（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） 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） 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）	**説明日** X年　7月19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）	・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） ・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（□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） ・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（□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） ・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】	
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	■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	□リハビリテーションマネジメント加算（A）イ　□リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ □リハビリテーションマネジメント加算（B）イ　■リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ □個別機能訓練加算（Ⅰ）　□個別機能訓練加算（Ⅱ）
	□口腔・栄養スクリーニング加算　□栄養アセスメント加算　■栄養改善加算
	□口腔機能向上加算（Ⅰ）　■口腔機能向上加算（Ⅱ）

別紙様式１－３

事業所番号＿＿＿＿＿＿＿＿

リハビリテーションアセスメントシート

□入所 ／ □訪問　□通所

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　　

■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	□あり　□なし	□あり　□なし	
麻痺	□あり　□なし	□あり　□なし	
感覚機能障害	□あり　□なし	□あり　□なし	
関節可動域制限	□あり　□なし	□あり　□なし	
摂食嚥下障害	□あり　□なし	□あり　□なし	
失語症・構音障害	□あり　□なし	□あり　□なし	
見当識障害	□あり　□なし	□あり　□なし	
記憶障害	□あり　□なし	□あり　□なし	
高次脳機能障害（　　）	□あり　□なし	□あり　□なし	
栄養障害	□あり　□なし	□あり　□なし	
褥瘡	□あり　□なし	□あり　□なし	
疼痛	□あり　□なし	□あり　□なし	
精神行動障害（BPSD）	□あり　□なし	□あり　□なし	
□６分間歩行試験　□TUG Test			
服薬管理	自立・見守り・一部介助・全介助		
□MMSE　□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 □一部介助 □全介助	□自立 □一部介助 □全介助	
起き上がり	□自立 □一部介助 □全介助	□自立 □一部介助 □全介助	
座位保持	□自立 □一部介助 □全介助	□自立 □一部介助 □全介助	
立ち上がり	□自立 □一部介助 □全介助	□自立 □一部介助 □全介助	
立位保持	□自立 □一部介助 □全介助	□自立 □一部介助 □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	← 監視下	15	10	← 監視下	
	座れるが移れない→５		0	座れるが移れない→５		0	
整容	5	0	0	5	0	0	
トイレ動作	10	5	0	10	5	0	
入浴	5	0	0	5	0	0	
平地歩行	15	10	← 歩行器等	15	10	← 歩行器等	
	車椅子操作が可能→5		0	車椅子操作が可能→5		0	
階段昇降	10	5	0	10	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 2：週に１～２回　3：週に３回以上
食事の片付け				
洗濯				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
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				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：ペンキ塗り、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	□	□独居　□同居（　　）	
福祉用具等	□	□杖　□装具　□歩行器　□車いす □手すり　□ベッド　□ポータブルトイレ その他（　　）	□調整済 □未調整
住環境	□	□一戸建　□集合住宅：居住階（　　階）　□階段　□エレベータ □玄関前の段差　□手すり（設置場所：　　） 食卓：　□座卓　□テーブル・いす トイレ：　□洋式　□和式　□ポータブルトイレ その他（　　）	□調整済 □改修中 □未調整
自宅周辺	□		
交通機関の利用	□	□無　□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　□（　　）

別紙様式１－４

【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。

別紙様式１－５

口腔衛生管理加算の実施記録

氏名（ふりがな）	
性別	□ 男、□ 女
生年月日	□ 明 □ 大 □ 昭　　年　　月　　日生まれ　歳
要介護度・病名等	
かかりつけ歯科医	□ あり　□ なし
入れ歯の使用	□ あり　□ なし
食形態等	□ 経口摂取（□ 常食、□ 嚥下調整食（□ ４、□ ３、□ 2-2、□ 2-1、□ １ｊ、□ ０ｔ、 □ ０ｊ））、□ 経腸栄養、□ 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	□ あり（発症日：令和　　年　　月　　日）　□ 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）	□ あり（　　）回、□ 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	□ 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（　　）
介護職員への技術的助言等の内容	□ 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 □ 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 □ 食事の状態、食形態等の確認 □ 現在の取組の継続 □ その他　（　　）

２　その他の事項

別紙様式１－６

口腔機能向上加算の実施記録

氏名（ふりがな）	
性別	□ 男　□ 女
生年月日	□ 明治　□ 大正　□ 昭和　　年　　月　　日生まれ　　歳
かかりつけ歯科医	□ あり　□ なし
入れ歯の使用	□ あり　□ なし
食形態等	□ 経口摂取(□ 常食、□ 嚥下調整食（□ ４、□ ３、□ 2-2、□ 2-1、□ １ｊ、□ ０ｔ、□ ０ｊ））、□ 経腸栄養、□ 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	□ あり　（発症日：令和　　年　　月　　日）　□ 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	□ 看護職員、□ 歯科衛生士、□ 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	□ 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	□ 実施
音声・言語機能に関する指導	□ 実施
その他（　　）	□ 実施

2　その他特記事項

別紙様式２－１

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（　　）			

別紙様式２－２－１

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なりたい生活の希望等）

■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）

■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	
□6分間歩行試験 □TUG Test			
服薬管理	自立		
□MMSE　□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）

■本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）

■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：　　ヶ月後　）

利用者・ご家族への説明：　令和＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

特記事項：

別紙様式２－２－２

計画作成日：令和　　年　　月　　日　～　見直し予定時期　　月　　頃

■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	□	□独居　□同居（　　）	
福祉用具等	□	□杖　□装具　□歩行器　□車いす □手すり　□ベッド　□ポータブルトイレ その他（　　）	□調整済 □未調整
住環境	□	□一戸建　□集合住宅：居住階（　　階）　□階段　□エレベータ □玄関前の段差　□手すり（設置場所：　　） 食卓：　□座卓　□テーブル・いす トイレ：　□洋式　□和式　□ポータブルトイレ その他（　　）	□調整済 □改修中 □未調整
自宅周辺	□		
交通機関の利用	□	□無　□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

■活動（IADL）

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
食事の片付け				
洗濯				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
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				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：ペンキ塗り、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

■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　□（　　）

別紙様式２－３

リハビリテーション会議録 （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　　開催時間　　：　～　：　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	□利用者□家族（　　） □サービス担当者（　　）（　　） □サービス担当者（　　）（　　）			
次回の開催予定と検討事項				

別紙様式２－４

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
□	サービス開始時における情報収集	□医師　□介護支援専門員	
□	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	□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・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他（　　）） □（日付:　・　・　）	
□	【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	□同意　□変更・意見（　　）	
	【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	□同意　□変更・意見（　　）	
□	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	□リハビリテーションプログラムの内容 □短期集中（個別リハ）　□生活行為向上リハ　□認知症短期集中リハⅡ □理学療法　□作業療法　□言語聴覚療法 □その他（　　）	
□	リハビリテーション会議の実施と計画の見直し	□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　） □（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　） □（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　） □（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）	
□	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	□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）	
□	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	□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　） □（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）	
□	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	□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・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他（　　） □（日付:　・　・　）	
□	終了時の情報提供	□医師　□介護支援専門員 □その他（　　）	

※CM：介護支援専門員　CW：指定訪問介護のサービス責任者

別紙様式２－５

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（　・　・　～　・　・　） 【通所頻度】　　回/週	社会適応訓練期（　・　・　～　・　・　） 【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 ○○ ○○
患者住所 ○○○○○○○○○○○　　性別　男・(女)
電話番号 ○○-○○○-○○○
生年月日　明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日(75 歳)　職業 無職(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（廃用症候群）
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	(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
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と思い込んでいた。（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: ○○○○○

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(80　歳)　職業 無職(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)	紹介目的
#1　脳出血（左被殻出血）（平成17年12月○日） #2　右片麻痺 #3　右顔面麻痺	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、○○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○○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立し、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)は自立を確認した。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

○○○○○

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

本人：今後も身の回りのことは一人でやっていたい。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にお願いしたい。

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。

別紙様式２－７

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（　　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	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（ 75 歳） 職業(元専業主婦)
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
変形性膝関節症（右膝で強い、20年前から） ＋生活不活発病 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)

生来健康でしたが、65歳時から高血圧指摘され、68歳時降圧剤（○○○）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なっていました。但し、風邪の後からの家事は嫁のみが行なっていて、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立し、平日の家事が自立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いします。
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

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：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 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
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	○○-○○○-○○○

別紙様式２－８

＜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	個室内の移動、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

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) 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:
□感覚機能障害:
□高次脳機能障害:
□拘縮(部位):
□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　□自宅　□その他:　　□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
リハビリテーションプログラム	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

ご本人に行ってもらうこと
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 生活不活発病
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
□運動機能障害：下肢を中心とした筋力低下あり
□感覚機能障害：なし
□高次脳機能障害：なし
□拘縮(部位)：右膝関節：伸展－5°
□関節痛(部位)：両膝
□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　□自宅　□その他：　□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・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	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。） ・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	・日中短時間に何度も動く機会を増やす。 ・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。 ・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。）
	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	○			
	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＞ ・実際の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立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。）	・昼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。	・自宅の台所、浴室等自宅周辺の写真を参照して、動作を丁寧に指導する。
	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・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	A B C									特になし。	特になし。	特になし。
	起きあがり	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）

ご本人の希望（ ○ 年 ○ 月 ○ 日）

一人で外出し（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。

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。

生活目標

その人らしく生活するためのポイント

・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

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

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、生活を活発にし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。

・自宅生活を送る上での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。）
・外出の範囲を拡げるために、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。
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ってください。

到達の目標としては、
・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。

ご本人に行ってもらうこと

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）

ご家族にお願いしたいこと

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な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。

病気との関係で気をつけること

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。
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。）

前回計画書作成時からの改善・変化等（　月　日）

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。

備考

これから生活の範囲が広くなっていくと、難しいことがでてくるかもしれませんが、できないと思い込ま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。

担当チーム

担当医：　○○　○○

●PT・OT・ST：　○○　（理学療法士）、　○○　（理学療法士）、　○○　（作業療法士）、　（　　）

●看護・介護：　○○　（看護師）、　○○　（介護職員）、　（　　）、　（　　）

●　　（　　）、　（　　）、　（　　）、　（　　）

（　）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：入所

計画評価実施日　令和 3年　4月　1日

利用者氏名：○○　○○性別：(男)・女　生年月日　○年　○月　○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（右視床出血）（平成17年12月○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：右上肢Ⅲ、右手指Ⅲ、下肢Ⅲ）
（グレード：右上肢3、右手指3、下肢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（軽症）

☐拘縮(部位)：
足関節：背屈－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　☑自宅　☐その他：　☐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)：　養会所への参加（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 / 項目		現在の評価及び目標 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	具体的なアプローチ 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：短下肢装具、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う。） 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。） 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。	行きは車いす、帰りは介助歩行を行う。	(短下肢装具完成までは高院備品貸与) ・疲労し易いので、少量頻回に実施す
	階段昇降	A		C		B	A、C：短下肢装具、てすり		6月下旬				
	屋内移動	A B		C			B：車いす A、C：短下肢装具、四脚杖		4月下旬	○			
	屋外移動	A		C		B	A、C：短下肢装具、四脚杖		5月下旬	◎		最初は車いすを利用し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。	箸でつまめる食材を増やしていく。
	排泄(昼)	A B		C			A、C：原一立ち便器／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：原一立ち便器／便一洋式 B：しびん		5月下旬				
	整容	A B		C			B：車いす C：短下肢装具、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支援する。（昼、夕）	前屈時膝が折れ易い。洗面台前の最良の足位置に停止する。また、立位姿勢での動作指導受けていないため不安感がある。
	更衣	A B		C			C：短下肢装具	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。	装具装着最優先し、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：浴槽出入りのみ介助	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 ST＜週1回グループで＞ グループでの会話などで自発性を促す。	PT、OTにより明らかになったポイントに留意しながら支援を行う。	
	コミュニケーション	A C	B									積極的な会話を引き出すようにする。	家族間では意思疎通に問題なし。
	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 / 項目		現在の評価及び目標 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	具体的なアプローチ 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									PT＜週3回個別訓練＞ 訓練室の和室にて床上での動作訓練	特になし。	床上動作は、養会所や自宅内を想定して行う。
	起きあがり	A B C											
	座位	A B C											
	立ち上がり	A		B C				C：床上からのみ一部介助（椅子から自立）	6月上旬				
	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）

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。

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。）

生活目標

その人らしく生活するためのポイント

碁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。

リハビリテーションプログラム

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退所後頻回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っていきます。
③試行的退所の際に、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っていきます。

・まず移動に関し、車いすではなく歩行で行なえるようにします。
―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装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、病棟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、ご自分でも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。
―長保的にはまず、整容の際に歩いていくことや、立って行うことが自立するようにし、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。
―病院内と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。

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行え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行えることを目指します。

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。
・日中はデ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。

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。
・試行的退所を活用して、入所中にもなるべく自宅に帰っていただくようにしますので、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。

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　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。

担当チーム

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

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。

別紙様式３－１

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（　　）			

別紙様式３－２

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		
ＩＡＤＬ	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		

別紙様式３－３

【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）　目標達成度（達成・一部・未達）	機能訓練の長期目標　目標達成度（達成・一部・未達）
（機能） （活動） （参加）	（機能） （活動） （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：

別紙様式３－４

【（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（※）						
	目的とケアの提供方針・内容	評価			迎え（有・無）	
		実施	達成	効果、満足度など		
①	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施		プログラム（1日の流れ）	
					(予定時間)	(ｻｰﾋﾞｽ内容)
②	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施			
③	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施			
④	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施			
⑤	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施		送り（有・無）	

特記事項
実施後の変化(総括)　再評価日：　　年　　月　　日

※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。

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 ○ 年 11 月 3 日	前回作成日：令和 ○ 年 8 月 8 日	初回作成日：令和 ○ 年 8 月 8 日

ふりがな こべつ たろう 氏名 個別 太郎	性別 男	大正 / (昭和) △ 年 4 月 2 日生（82歳）	要介護度 要介護１	計画作成者： ○○ ○○ 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：○ 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） 昨年末から物忘れの症状が出現し、○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める。	（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出来る。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） （近所への買い物が出来るようになるため） （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 （模擬的に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：○○

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 ○○○ 事業所No. 000000000 住所○○○ 電話番号○○○	説明日： 令和 ○ 年 11 月 5 日 説明者： ○○ ○○

【（地域密着型）通所介護計画書】（記載例）

作成日： 令和 ○ 年 11 月 3 日	前回作成日： 令和 ○ 年 10 月 3 日	初回作成日： 令和 ○ 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 / (昭和) △年 4 月 2 日生 82 歳	要介護度 要介護1	計画作成者：○○　○○ 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

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、○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きている。

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、他の利用者と話をしたい。
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、自宅で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している。（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 ○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 ○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（※）

	目的とケアの提供方針・内容	実施	達成	効果、満足度など
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）	(実施) 一部 未実施	達成 (一部) 未実施	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。
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) 一部 未実施	(達成) 一部 未実施	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ている。食後声替けし、服薬もできている。
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 一部 未実施	達成 一部 未実施	－
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) 一部 未実施	(達成) 一部 未実施	他の利用者と楽しく会話を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。
⑤	月 日 ～ 月 日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施	

迎え ((有)・無)

プログラム（1日の流れ）（予定時間）	（ｻｰﾋﾞｽ内容）
10時00分	サービス開始
10時30分	入浴
12時00分	昼食
13時30分	個別機能訓練
15時00分	レクリエーション
16時00分	サービス終了

送り ((有)・無)

特記事項

利用者は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。

実施後の変化(総括)　再評価日：　令和○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。

※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。

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　11月　５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

別紙様式４－１

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		要介護度		病名・特記事項等		記入者名	
						作成年月日	年　月　日
利用者 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		★プルダウン[1]	★プルダウン[1]	★プルダウン[1]	★プルダウン[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/㎡	kg　／　kg/㎡	kg　／　kg/㎡	kg　／　kg/㎡
	3%以上の体重減少率　kg/１ヶ月	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）
	3%以上の体重減少率　kg/３ヶ月	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）
	3%以上の体重減少率　kg/６ヶ月	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　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　□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				
食生活状況等	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	□無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□有
	食事の形態（コード）	（コード：★プルダウン[2]　）	（コード：★プルダウン[2]　）	（コード：★プルダウン[2]　）	（コード：★プルダウン[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）	□無　□有 （　　）	□無　□有 （　　）	□無　□有 （　　）	□無　□有 （　　）
	本人の意欲	★プルダウン[3]	★プルダウン[3]	★プルダウン[3]	★プルダウン[3]
	食欲・食事の満足感	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]
	食事に対する意識	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）	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	□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	□	□	□	□
	食事中に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□
	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	□	□	□	□
	固形の食べ物を咀しゃく中にむせる	□	□	□	□
	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 消化器官関係 水分関係 代謝関係 心理・精神・認知症関係 医薬品	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
特記事項					
総合評価		□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
計画変更		□無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□有

経口維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している場合は必須	摂食・嚥下の課題：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（　　） 実施日：　年　月　日	□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（　　） 実施日：　年　月　日	□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（　　） 実施日：　年　月　日	□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（　　） 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	□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	□認知機能　□咀嚼・口腔機能 □嚥下機能
	※食事の観察：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 実施日：　年　月　日	□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	□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	□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
	※多職種会議：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 実施日：　年　月　日	□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	□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	□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
	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	□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	□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	□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	□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	□現状維持　□変更	□現状維持　□変更
	特記事項				

※経口維持加算（Ⅱ）を算定する場合は、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

★プルダウン[1]　スクリーニング／アセスメント／モニタリング

★プルダウン[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、Ot、Oj）

★プルダウン[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

★プルダウン[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

別紙様式４－２

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　　□低　□中　□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

別紙様式５－１

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	□男　□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	
						作成年月日	年　月　日
利用者 家族の意向				食事の準備状況（買い物、食事の支度、地域特性等）		家族構成とキーパーソン（支援者）	本人　一

（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		□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/㎡	kg　/　kg/㎡	kg　/　kg/㎡	kg　/　kg/㎡
	3%以上の体重減少率　kg/１ヶ月	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）
	3%以上の体重減少率　kg/３ヶ月	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）
	3%以上の体重減少率　kg/６ヶ月	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　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　□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				
食生活状況等	栄養補給の状態：食事摂取量（割合）	%	%	%	%
	栄養補給の状態：主食の摂取量（割合）	主食　%	主食　%	主食　%	主食　%
	栄養補給の状態：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　%
	栄養補給の状態：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	□無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□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	□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	□無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□有
	嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど）	（　）	（　）	（　）	（　）
	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]
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）	口腔関係：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
	口腔関係：安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
	口腔関係：食事に集中することができない	□	□	□	□
	口腔関係：食事中に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□
	口腔関係：歯（義歯）のない状態で食事をしている	□	□	□	□
	口腔関係：食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
	口腔関係：固形の食べ物を咀しゃく中にむせる	□	□	□	□
	口腔関係：食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	□
	口腔関係：水分でむせる	□	□	□	□
	口腔関係：食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□
	口腔関係：その他・気が付いた点				
	その他：褥瘡・生活機能関係 消化器官関係 水分関係 代謝関係 心理・精神・認知症関係 医薬品	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
特記事項					
総合評価		□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □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		□無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□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、Ot、Oj）

★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

別紙様式５－２

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	□なし　□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　□低　□中　□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

別紙様式６

口腔・栄養スクリーニング様式

ふりがな		□男 □女	□明□大□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 □無 □有	
				事業所内の管理栄養士･栄養士 □無 □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	□無 □有（ kg/ m^2）	□無 □有（ kg/ m^2）
	直近１～６か月間における３％以上の体重減少※２	□無 □有（ kg/ か月）	□無 □有（ kg/ か月）
	直近６か月間における２～３kg以上の体重減少※２	□無 □有（ kg/６か月）	□無 □有（ kg/６か月）
	血清アルブミン値（g/dl）※3 ３．５ｇ/dl未満	□無 □有（ (g/dl)）	□無 □有（ (g/dl)）
	食事摂取量 ７５％以下※3	□無 □有 （ %）	□無 □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(kg) ÷ 1．47(m) ÷ 1．47(m) ＝ 17．6

別紙様式７

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	□　入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施
	□　口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性
	□　食事状態、食形態等の確認
	□　その他（　　）
	□　現在の取組の継続
実施目標	□　施設職員によるスクリーニング
	□　施設職員に対する研修会の開催
	□　口腔清掃の方法・内容等の見直し
	□　歯科専門職によるスクリーニング、管理等
	□　歯科専門職による食事環境、食形態等の確認
	□　その他（　　）
	□　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

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	□ 男　□ 女
生年月日	□ 明治　□ 大正　□ 昭和　　年　　月　　日生まれ　　歳
かかりつけ歯科医	□ あり　□ なし
入れ歯の使用	□ あり　□ なし
食形態等	□ 経口摂取 （□ 常食、□ 嚥下調整食（□ ４、□ ３、□ 2-2、□ 2-1、□ 1ｊ、□ 0ｔ、□ 0ｊ）） □ 経腸栄養、□ 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	□ あり　（発症日：令和　　年　　月　　日）　□ 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： □ 看護職員　□ 歯科衛生士　□ 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	□ あり、□ なし、□ 分からない
	歯の汚れ	□ あり、□ なし、□ 分からない
	義歯の汚れ	□ あり、□ なし、□ 分からない
	舌苔	□ あり、□ なし、□ 分からない
口腔機能の状態	食べこぼし	□ あり、□ なし、□ 分からない
	舌の動きが悪い	□ あり、□ なし、□ 分からない
	むせ	□ あり、□ なし、□ 分からない
	痰がらみ	□ あり、□ なし、□ 分からない
	口腔乾燥	□ あり、□ なし、□ 分からない
特記事項	□ 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（　　）	

2　口腔機能改善管理計画　　作成日：令和　　年　　月　　日

計画立案者	□ 看護職員、□ 歯科衛生士、□ 言語聴覚士
サービス提供者	□ 看護職員、□ 歯科衛生士、□ 言語聴覚士
目標	□ 口腔衛生（□ 維持、□ 改善（　　）） □ 摂食・嚥下機能（□ 維持、□ 改善（　　）） □ 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（　　）
実施内容	□ 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（　　）

3　実施記録

実施年月日	令和　　年　　月　　日
サービス提供者	
	□ 看護職員、□ 歯科衛生士、□ 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	□ 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	□ 実施
音声・言語機能に関する指導	□ 実施
その他（　　）	□ 実施

4　その他特記事項