

リハビリテーション計画書

計画実施日 年 月 日

利用者氏名 <b>厚生花子</b>	男 女	T10年 月 15 日生 ( 81 歳)	要介護度： 1	担当医： 〇〇	PT： 〇〇	OT： 〇〇	ST： 〇〇	SW： 〇〇	看護師： 〇〇	
健康状態（原因疾患、発症日等） 膝関節症（右強い、20年前から） + 廃用症候群		合併疾患	廃用症候群： □軽度 ■中等度 □重度 原因： 膝痛のための活動性低下			障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症である老人の日常生活自立度 （正常） I IIa IIb IIIa IIIb IV M				

本人の希望 1人で外出したい（特に近所、買い物へ）	家族の希望 これ以上悪くなって欲しくない（平日は家事をして欲しい）
------------------------------	--------------------------------------

目標 [到達時期]		評価項目・内容																					
参加 【主目標】	家庭内役割： 平日の主婦業	家庭内役割： 特になし（2ヶ月前まで平日の家事実施。現在嫁が行っているが、嫁はパートにも行っている。）																					
	外出(目的・頻度等)： 買い物(週2回)、友人宅(週3回)、老人会(週1回)	外出： 家族の介助時のみ（3ヶ月前から介助必要）																					
活 動	自立・介護状況 自宅での実行状況（目標）：「する“活動”」	日常生活での実行状況：「している“活動”」							評価・訓練時の能力：「できる“活動”」														
	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考		
	屋外歩行 (含：家からの出入り)	✓					買い物:シルバーカー それ以外:四脚杖							✓									シルバーカー
	階段昇降	✓					手すり							✓									
	トイレへの移動	✓					家具の配置換え つたい歩きも	✓							✓								
	食 事	✓						✓							✓								
	排 泄	✓						✓							✓								
	整 容	✓						✓							✓								
	更 衣 (含:靴・装具の着脱)	✓						✓							✓								
	入 浴		✓													✓							伝い歩き指導 洗い椅子使用
家 事	✓					平日の昼・夕食 掃除							✓									膝への負担の少ない方法の指導	
コミュニケーション	問題なし							問題なし															

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等

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、廃用症候群が進行している状態。そのため個別リハとして、活動能力を向上させて生活を活発化させ、廃用症候群を改善していく。具体的には、

- 1) 膝に負担の少ない自宅生活での諸活動のやり方をPT・OTが指導し、自宅で行ってもらう。(特に家事は細かく指導していく。)(随時家族にも、自立までの介助方法を指導していく。)
- 2) 外出自立のために、適切な歩行補助具(買い物時はシルバーカー、それ以外は四脚杖)を使用した屋外移動、買い物等の活動能力向上訓練を行う。また家からの出入りや、靴の着脱能力向上をはかる。

外出が自立し、平日の家事が自立したら個別訓練は終了。その後は日常生活の中での活動性向上を指導していくことで、廃用症候群を改善させていく。

自己実施プログラム  
下肢の運動(過用に注意)

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

本人・家族への説明	令和 〇〇年 〇月 〇日	本人	厚生花子	家族	厚生次郎	説明者	〇〇
-----------	--------------	----	------	----	------	-----	----

(註) : ・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による  
・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

(参考)

### 口腔衛生管理加算 様式 (実施計画)

評価日： 年 月 日

氏名 (ふりがな)	
生年月日・性別	年 月 日 生まれ ・ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
要介護度・病名等	
日常生活自立度	障害高齢者： 認知症高齢者：
現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり (最終受診年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし
義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部) <input type="checkbox"/> なし
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (コード <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j)
誤嚥性肺炎の発症・既往	<input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし
同一月内の訪問歯科衛生指導 (医療保険) の実施の有無※2	<input type="checkbox"/> あり ( ) 回 <input type="checkbox"/> なし

※1 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。

※2 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 (緩和ケアを実施するもの場合は7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 口腔の健康状態の評価・再評価 (口腔に関する問題点等)

記入日： 年 月 日

口腔に関する問題点等 (該当する項目をチェック)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 ( <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔 )
	<input type="checkbox"/> 口腔機能の状態 ( <input type="checkbox"/> 奥歯のかみ合わせがない <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> ぶくぶくうがい困難※ ) ※現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認
	<input type="checkbox"/> 歯数 ( ) 歯
	<input type="checkbox"/> 歯の問題 ( <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 歯の破折 <input type="checkbox"/> 修復物脱離 <input type="checkbox"/> 残根歯 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )
	<input type="checkbox"/> 義歯の問題 ( <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 必要だが使用していない <input type="checkbox"/> その他 ( ) )
	<input type="checkbox"/> 歯周病
	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患 (潰瘍等)

#### 2 口腔衛生の管理内容

記入日： 年 月 日

記入者	氏名： (指示を行った歯科医師名： )
実施目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患 ( <input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善 ) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等 ) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能 ( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 ) <input type="checkbox"/> 食形態 ( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 ) <input type="checkbox"/> 栄養状態 ( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 ) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 ( )
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )
実施頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他 ( )

#### 3 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： 年 月 日 (記入者： )

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

#### 4 その他の事項