

生活療養ノート（益田圏域版） ～第2版～



ご氏名

<サービス提供事業者>

サービスの種類	事業所名	住所	連絡先
かかりつけ医			
かかりつけ歯科医			
居宅介護支援 (介護予防支援)			
訪問介護 (介護予防訪問介護)			
訪問看護 (介護予防訪問リハビリテーション)			
訪問リハビリテーション (介護予防訪問リハビリテーション)			
訪問入浴介護 (介護予防訪問入浴介護)			
通所介護 (介護予防通所介護)			
通所リハビリテーション (介護予防通所リハビリテーション)			
福祉用具貸与・販売 (介護+福予防用具貸与・販売)			
認知症対応型通所介護 (介護予防認知症対応型通所介護)			
小規模多機能型居宅介護 (介護予防小規模多機能型居宅介護)			

<生活療養ノートに関する連絡先>

益田赤十字病院
【担当部署】 リハビリテーション技術課 【担当者】 大賀隆憲 【連絡先】 TEL 0856-22-1480(代) FAX 0856-22-3991(代)

益田地域医療センター医師会病院
【担当部署】 リハビリテーション科 【担当者】 広瀬強志 【連絡先】 TEL 0856-22-3611 FAX 0856-22-0407

益田保健所
【担当部署】 健康増進グループ 【連絡先】 TEL 0856-31-9547 FAX 0856-31-9568

－ はじめに －

このノートは、あなたがより満足する生活を送ることができるよう、支援するためのものです。

あなたやご家族のご希望、目標により一層近づけるよう、あなたの状態や具体的な計画を記録し、あなたに関わる全ての方がこの内容を確認し、協力し合いながら進めていきます。

このノートを活用するにあたっては、まずあなたの主治医、リハビリテーション担当者、担当介護支援専門員(ケアマネジャー)と、よくご相談ください。

ノートの使い方

- 1 このノートの必要項目を、あなたの担当スタッフに記入してもらいましょう。
　　<スタッフの皆様へ>
　　別途記入のための手引きがございますので、お持ちでない方は下記まで御連絡ください。
- 2 担当スタッフに、あなたの希望および目標、ご家族の希望、生活目標について、あなたの意見を十分に伝えましょう。
- 3 様式2 様式3 様式4 様式5 については、定期的にスタッフにチェックしてもらいましょう。
　　（目安 退院後1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月）
　　また、状態が変わった時にはこの目安の時期にかかわらず、スタッフにみてもらいましょう。
- 4 様式6は、あなたの目標達成に向けて各サービス事業所が支援をしたり取組む内容が書かれています。
　　あなたの要望を伝えたり、自宅でもできることからやってみましょう。
- 5 毎日取組んでみて、気になること、良かったことなど、スタッフに伝えたい内容を記録ページ様式7に書き込んでおきましょう。
　　P 2
- 6 「口腔ケアと飲み込み、食事のチェックポイント」については、日常生活の中で、あなた自身、またはご家族の方がチェックしてみましょう。
- 7 なにか気になることがあればすぐに担当スタッフに連絡をして相談しましょう。

I 健康状態調査票

様式1

調査実施日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

要介護度

利用者氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 年齢 _____ 歳

原因疾患(発症・受傷日)	既往歴	合併症(コントロール状態)

経過

参加:入院中の場合は入院前の状況を記載

家庭内の役割	
社会活動	
外出	
余暇活動	
介護保険利用状況	

心身機能:現在の状況

<input type="checkbox"/> 運動機能障害:	<input type="checkbox"/> 拘縮(部位)
<input type="checkbox"/> 感覚機能障害	<input type="checkbox"/> 関節痛(部位)
<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 記憶・認知の評価
<input type="checkbox"/> 言語障害	<input type="checkbox"/> 行動障害
<input type="checkbox"/> 摂食機能障害	<input type="checkbox"/> 褥瘡
	<input type="checkbox"/> その他

基本動作:現在の状況

寝返り	
起き上がり	
座位	
立ち上がり	
立位	

記入者 所属: _____

氏名: _____

II 活動状態調査票 (FIM評価)

様式2

調査実施日 0 年 0 月 0 日

利用者氏名 0 様 生年月日 0 年 0 月 0 日 年齢 0 歳

FIM項目	現在の状況							備考 使用用具(杖・装具・歩行器・車椅子など)・支援内容等	
	1	2	3	4	5	6	7		
	完全介助		介助あり			自立			
セルフケア	食事								
	整容								
	清拭								
	更衣(上半身)								
	更衣(下半身)								
トイレ									
小計(42-6)							/42		
排泄	排尿コントロール								
	排便コントロール								
小計(14-2)							/14		
移乗	ベッド、椅子、車椅子								
	トイレ								
	浴槽・シャワー								
小計(21-3)							/21		
移動	歩行・車椅子								
	階段								
小計(14-2)							/14		
運動項目合計(91-13)		0					/91		
認知項目	理解(聴覚・視覚)								
	表出(音声・非音声)								
	小計(14-2)								/14
	社会的交流								
	問題解決 記憶								
小計(21-3)							/21		
認知項目合計(35-5)		0					/35		
合計(126-18)		0					/126		

記入者 所属: _____
氏名: _____

<参考:FIM点数の概略>詳細は、FIM採点マニュアルで確認して下さい

	点数	介助者	手助け	手助けの程度
運動項目	7	不要	不要	自立
	6	不要	不要	時間がかかる。装具や自助具*が必要。投棄している。安全性の配慮が必要。
	5	必要	不要	監視・準備・指示・促しが必要。
	4	必要	必要	75%以上自分で行う。
	3	必要	必要	50%以上75%未満自分で行う。
	2	必要	必要	25%以上50%未満自分で行う。
	1	必要	必要	25%未満しか自分で行わない。

* 装具や自助具の装着は『準備』に含まれます。

	点数	介助者	手助け	手助けの程度
認知項目	7	不要	不要	自立
	6	不要	不要	時間がかかる。装具や自助具*が必要。投棄している。安全性の配慮が必要。
	5	必要	必要	監視・準備・指示・促しが必要。介助は10%未満
	4	必要	必要	75%以上90%未満自分で行う。
	3	必要	必要	50%以上75%未満自分で行う。
	2	必要	必要	25%以上50%未満自分で行う。
	1	必要	必要	25%未満しか自分で行わない。

Ⅲ 口腔清掃自立度・口腔清掃介助状態調査票

様式3

調査実施日 0 年 0 月 0 日

要介護度 0

利用者氏名 0 様 生年月日 0 年 0 月 0 日 年齢 0 歳

口腔清掃評価に必要な口腔の状況

歯の本数	上顎： 本 下顎： 本 計： 0 本
義歯の装着状況	上顎： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 下顎： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
口腔清掃にかかる時間	分
頬のふくらまし	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> できない
誤嚥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 評価されていない <input type="checkbox"/> なし

口腔清掃介助のための自立度7段階の評価(歯磨き*、義歯の着脱・清掃、うがいを評価)

* 歯磨きには舌苔の清掃も含まれる

採点	自立している項目と清掃状態	介助の必要な項目
<input type="checkbox"/> 7点(完全自立)	歯磨き、義歯の着脱・清掃(義歯装着者の場合)、うがいのいずれもして、きれいになっている。	—
<input type="checkbox"/> 6点(修正自立)	電動歯ブラシや義歯洗浄器等を有効に使用している。時間がかかる。安全性の配慮。	—
<input type="checkbox"/> 5点(監視・準備)	転倒や誤嚥防止のための監視が必要。歯磨き、義歯の着脱・清掃、うがいのための準備が必要。指示・促しが必要。	<input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 指示・促し <input type="checkbox"/> 準備
<input type="checkbox"/> 4点(最小介助) 75%以上	歯磨き、義歯の着脱・清掃(義歯装着者の場合)、うがいのいずれもしているが、きれいになっていないところがある。	きれいになっていないところ 【 】
<input type="checkbox"/> 3点(中等度介助) 50%以上～75%未満	歯磨き、義歯の着脱・清掃(義歯装着者の場合)、うがいのうち2つをしている。義歯を入れていない方では、歯磨き、うがいのどちらかをしている。	<input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> 義歯の着脱・清掃 <input type="checkbox"/> うがい きれいになっていないところ 【 】
<input type="checkbox"/> 2点(最大介助) 25%以上～50%未満	歯磨き、義歯の着脱・清掃、うがいのうちいずれか1つをしている。	<input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> 義歯の着脱・清掃 <input type="checkbox"/> うがい きれいになっていないところ 【 】
<input type="checkbox"/> 1点(全介助) 25%未満	自分ではほとんどしていない。	すべての口腔清掃

口腔清掃の監視・準備・介助の具体的状況

	監視・指示・促しの内容、介助の具体的方法	準備する物品
歯磨き		
義歯の着脱・清掃		
うがい		

かかりつけ歯科医療機関 あり なし

記入者 所属: _____
氏名: _____

IV 摂食・嚥下機能に関する評価

様式4

調査実施日 0 年 0 月 0 日
要介護度 0

利用者氏名 0 様 生年月日 0 年 0 月 0 日 年齢 0 歳

1 栄養・水分摂取方法

経口 経管 経口と経管併用 ★経管栄養法(持続経鼻 間欠経口 胃瘻)

2 経口の食事内容

主食	<input type="checkbox"/> 常飯	<input type="checkbox"/> やわらかい常飯	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー粥	<input type="checkbox"/> ゼリー粥
副菜	<input type="checkbox"/> 常菜	<input type="checkbox"/> 極端に硬いものを除いた常菜	<input type="checkbox"/> 柔らか菜(煮る・蒸すなど十分な加熱調理菜)		
	形態 (<input type="checkbox"/> 常態 <input type="checkbox"/> ほぼ一口大		<input type="checkbox"/> あら刻み	<input type="checkbox"/> つぶし)	
	<input type="checkbox"/> ミキサー・ゼリー菜				
摂取量	()割摂取				
その他	補助的栄養食品 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		使用方法など ()		
	商品名()				

3 水分の摂取

用具	<input type="checkbox"/> ストロークップ	<input type="checkbox"/> コップ・湯のみ	<input type="checkbox"/> 吸い飲み	<input type="checkbox"/> さじ飲水
水分摂取時のムセ	<input type="checkbox"/> 著明にあり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> たまにあり	<input type="checkbox"/> なし
とろみ調整品の使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	商品名 ()	
	使用量 約 ()グラム/水100cc		形状()状	

4 経口内服

<input type="checkbox"/> なし	留意点:
<input type="checkbox"/> あり	

5 摂食・嚥下機能のレベル

～藤島より一部改訂～

グレード	重症度	内容	
<input type="checkbox"/> 10	軽症	異常なし	正常の摂食嚥下能力を有する。
<input type="checkbox"/> 9		临床上問題なし	加齢相応の摂食嚥下能力。臨床的には問題なし。
<input type="checkbox"/> 8		軽度の問題	主観的な訴えを含め何らかの問題がある。簡単な嚥下機能訓練、食事形態の工夫、助言、経過観察が必要。
<input type="checkbox"/> 7	中等症	嚥下障害食摂取	症状に対応した嚥下障害食により、三食の経口摂取が可能。嚥下機能訓練、食事形態・姿勢・食器・介助等の工夫を必要とする。
<input type="checkbox"/> 6		補助的栄養食品 併用	三食とも経口摂取が可能。補助的栄養食品を使用。
<input type="checkbox"/> 5		一部経口栄養	一食または二食の経口摂取が可能。経管栄養併用。
<input type="checkbox"/> 4	重症	定量嗜好品摂取	経管栄養。口腔嚥下機能賦活とQOL向上の点から、単品の定量おやつ類の摂取が可能。ゼリー・プリン・トロミ付きジュース など
<input type="checkbox"/> 3		定量水分摂取	経管栄養。条件が整えば口腔嚥下機能廃用予防目的等での少量の定量水分摂取は可能。
<input type="checkbox"/> 2		不安定な気道浄化状態	経管栄養。気道分泌物が多く見られる。少量ずつの唾液の誤嚥や、逆流性の不顕性誤嚥を起している可能性がある。状況に応じて間接的嚥下訓練の適応あり。
<input type="checkbox"/> 1		最重度	唾液の常時誤嚥

姿勢	<input type="checkbox"/> 椅子	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> リクライニング車椅子()度ギャッジ	<input type="checkbox"/> ベッド()度ギャッジ
自立度	<input type="checkbox"/> 自立(FIM7または6) <input type="checkbox"/> 部分介助(FIM5) <input type="checkbox"/> 要介助(FIM4以下)			

6 介助方法と注意点/その他の助言

記入者 所属: _____
氏名: _____

V 健康・活動状態調査に基づいたリハビリテーションアプローチ

様式5

調査実施日 0 年 0 月 0 日

要介護度 0

利用者氏名 0 様 生年月日 0 年 0 月 0 日 年齢 0 歳

1. ご本人、ご家族の希望

本人	家族

2. 現在の目標(実現可能な生活目標を上げて下さい)

①	
②	
③	

3. 現在のリハビリテーションプログラム

--

4. 今後目標を実現するためのアプローチや方向性

--

5. 実施上の注意点

--

作成者 所属 _____
氏名 _____ 印
主治医 _____ 印

事業所名： _____

目標達成のための具体的なプラン				
作成年月日	プラン	具体的な実践方法		記入者
		内容	実施場所・実施者	

日付	記 録				
/	ご本人・ご家族より				
()					
血压	脈	体温	食事量	入浴 (○・×)	記入者
/		℃	/		
/	ご本人・ご家族より				
()					
血压	脈	体温	食事量	入浴 (○・×)	記入者
/		℃	/		
/	ご本人・ご家族より				
()					
血压	脈	体温	食事量	入浴 (○・×)	記入者
/		℃	/		
/	ご本人・ご家族より				
()					
血压	脈	体温	食事量	入浴 (○・×)	記入者
/		℃	/		
/	ご本人・ご家族より				
()					
血压	脈	体温	食事量	入浴 (○・×)	記入者
/		℃	/		

※ご本人やご家族の方も自由にお書きください。

介護保険で受けられるサービス

介護サービス（介護給付）

居宅サービス

訪問サービス

- 訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導

通所サービス

- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリテーション（デイケア）

短期入所サービス

- 短期入所生活介護
- 短期入所療養介護

その他

- 特定施設入居者生活介護

- 特定福祉用具販売
- 福祉用具貸与
- 住宅改修費の支給

居宅介護支援

施設サービス

- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護療養型医療施設

地域密着型サービス

- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

介護予防サービス（予防給付）

介護予防サービス

訪問サービス

- 介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 介護予防訪問入浴介護
- 介護予防訪問看護
- 介護予防訪問リハビリテーション
- 介護予防居宅療養管理指導

通所サービス

- 介護予防通所介護（デイサービス）
- 介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

選択的サービス

運動器の機能向上、栄養改善、
口腔機能の向上

短期入所サービス

- 介護予防短期入所生活介護
- 介護予防短期入所療養介護

その他

- 介護予防特定施設入居者生活介護
- 特定介護予防福祉用具販売
- 介護予防福祉用具貸与
- 介護予防住宅改修費の支給

介護予防支援

地域密着型介護予防サービス

- 介護予防認知症対応型通所介護
- 介護予防小規模多機能型居宅介護
- 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
※要支援1の人は利用できません。

益田市・鹿足郡内歯科医療機関の口腔ケア相談窓口

市町名	歯科医院名	電話番号	訪問診療 の対応	電話相談対応時間	休診
益田市	あけぼの歯科医院	0856-23-4626			日・祝
益田市	伊東歯科医院	0856-22-8150	可	15:00~16:00	日・祝・木
益田市	井上歯科医院	0856-22-1284			
益田市	小村歯科医院	0856-22-5120	可		日・祝・土午後
益田市	大森歯科医院	0856-23-1997	可	9:00~18:00	日・祝・土午後
益田市	大畑歯科医院	0856-23-2755	可	8:30~12:30 14:00~18:00	日・祝・水午後・土午後
益田市	大庭歯科医院	0856-23-6222	可	13:00~14:00	日・祝・土午後
益田市	木村歯科医院	0856-22-0080			
益田市	河野歯科医院	0856-22-1067	可	8:30~13:00	日・祝・水午後・土午後
益田市	ことぶき歯科医院	0856-24-0770	可	8:30~12:30 14:00~18:00	日・祝・木午後
益田市	齋藤歯科医院（駅前町）	0856-22-0379			
益田市	齋藤歯科医院（横田町）	0856-25-1513	可	14:00~15:00	日・祝・土午後
益田市	齋藤隆三歯科医院	0856-22-1755			日・祝・土午後・第2土
益田市	佐久間歯科診療所	0856-22-0760		13:00~18:00	日・祝・土午後・週日午後
益田市	歯科 緑ヶ丘クリニック	0856-24-2266	可	随時	日・祝・木午後
益田市	しらがみ歯科クリニック	0856-31-0202	可	13:00~14:30	日・祝・木午後
益田市	澄川歯科医院	0856-52-7118	可	13:00~15:00	日・祝・土午後
益田市	大同歯科医院	0856-23-0167	可	13:00~14:30	日・祝・土午後
益田市	デンタルクリニック樹	0856-31-4184	可	随時	日・祝・木
益田市	中島歯科医院	0856-23-7418			
益田市	匹見歯科診療所	0856-56-0202			
益田市	益田赤十字病院	0856-22-1480			
益田市	万葉歯科医院	0856-24-2500			
益田市	美都歯科診療所	0856-52-2544			日・祝・土午後
益田市	みゆき歯科	0856-31-2272	可	随時	日・祝・木
益田市	椋歯科医院	0856-22-2210			日・祝・水午後・土午後
益田市	安村歯科医院	0856-23-7717	可	12:30~14:00	日・祝・木
益田市	領家歯科医院	0856-22-0473			日・祝・火午後・木午後・第3土
津和野町	オクダ歯科クリニック	0856-72-2255	可		日・祝・土午後
津和野町	財間歯科医院	0856-72-0038	可	10:00~16:00	日・祝・木
津和野町	永田歯科医院	0856-74-0010	可	8:30~12:30 14:00~18:00 (土)8:30~12:15	日・祝・土午後
吉賀町	おがさわら歯科	0856-77-3052	可		日・祝・木
吉賀町	柿木村歯科診療所	0856-77-3052			
吉賀町	こうの歯科	0856-78-2033			
吉賀町	六日市病院	0856-77-1581		9:00~16:00	日・祝・土午後