

# 生活療養ノート（益田圏域版） ～第2版～

## 記入例



ご氏名

〇〇 〇〇

## <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	XX医院	益田市XX町	0856-22-0000
かかりつけ歯科医	〇〇歯科医院	益田市〇〇町	0856-31-0000
居宅介護支援 (介護予防支援)	益田〇〇介護支援事業所	益田市〇〇町	0856-23-XXXX
訪問介護 (介護予防訪問介護)	△△ホームヘルパーステーション	益田市XX町	0856-32-0000
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)	〇〇医院	益田市XX町	0856-32-0000
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)	〇〇デイサービスセンター	益田市〇〇町	0856-31-0000
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)	担当するサービス事業者の記入をして下さい。		
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。
- 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。

連絡先： 島根県益田保健所 健康増進グループ 電話 (0856) 31-9547 FAX (0856) 31-9568
---

# I 健康状態調査票

様式1

このシートの氏名、要介護度、生年月日などは他のシートに反映されます

調査実施日 平成25 年 2 月 31 日  
要介護度 要介護3

利用者氏名 ○○ ○○ 様 生年月日 明治45 年 2 月 31 日 年齢 104 歳

原因疾患(発症・受傷日)	既往歴	合併症(コントロール状態)
脳梗塞後遺症(平成○年○月○日) 変形性膝関節症	左大腿骨頸部骨折(平成○年)	高血圧(内服中) 糖尿病(インスリン自己注射中)

## 経過

平成○年○月○日脳梗塞発症し、○病院入院。○月○日にリハ目的で○病院転院となる。入院中、リハに対する拒否や、血圧コントロール不良があり積極的なリハが行えない時期があるも、現在では状態落ち着いている。○月に入り、家屋改修、試験外泊を行い、介護サービスの調整が整ったため、○月○日退院し自宅復帰となる。

## 参加:入院中の場合は入院前の状況を記載

家庭内の役割	自分の部屋の掃除、洗濯ものをたたむ、自分の身の回りのことは自分で行う、日中の留守番・・・など
社会活動	町内会の参加、ときどき近所の人が訪ねてくる程度・・・など
外出	買い物、週に一回の受診、定期的に旅行をしていた、ほとんど行っていなかった、毎日の散歩を日課にしていた・・・など
余暇活動	囲碁、散歩、庭の草抜き、畑での作業、近くの公園でゲートボールをしていた。・・・
介護保険利用状況	通所介護(月金)、通所リハ(月水金)、介護保険なし。要介護1もサービス利用なし・・・

## 心身機能:現在の状況

<input checked="" type="checkbox"/> 運動機能障害: 左片麻痺(BRS上肢Ⅱ、下肢Ⅳ、手指Ⅲ)、両下肢の筋力低下、左上下肢の運動失調あり、	<input checked="" type="checkbox"/> 拘縮(部位) 左片関節(屈曲100度)、左膝屈曲制限あり
<input checked="" type="checkbox"/> 感覚機能障害 表在感覚が左上下肢経度鈍磨	<input checked="" type="checkbox"/> 関節痛(部位) 運動時の腰痛強い、左膝関節に歩行時痛あり、
<input checked="" type="checkbox"/> 高次脳機能障害 半側視空間無視、失算あり	<input checked="" type="checkbox"/> 記憶・認知の評価 経度の記憶障害あり、見当識障害重度、HDS-R 5点
<input checked="" type="checkbox"/> 言語障害 構音障害重度、経度の構音障害	<input checked="" type="checkbox"/> 行動障害 徘徊あり常時見守り必要、夜間に落ち着きがなくなること多い、暴言暴力強い・・・
<input checked="" type="checkbox"/> 摂食機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 仙骨部(5cm×7cm)、
	<input checked="" type="checkbox"/> その他

## 基本動作:現在の状況

寝返り	自立。柵が必要。腰痛の訴えがあることあり。柵等必要なく実用性あり。
起き上がり	一部介助:動作手順が定着せず介助必要。上体を起こすときに介助必要、
座位	見守り:安定性はあるが、不用意に動こうとすること多く見守りが必要
立ち上がり	自立:手すり等あれば自力で行えるが、普段は依存心強く介助で行うことが多い
立位	一部介助、右に膝折れがあるため常時介助が必要、立位保持は5秒程度

記入者 所属: ○○□病院

氏名: ○○ ○△□

# Ⅱ 活動状態調査票 (FIM評価)

様式2

調査実施日 平成25 年 7 月 2 日

利用者氏名 ○○ ○○ 様 生年月日 明治45 年 2 月 31 日 年齢 104 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							食事は、食堂の椅子で箸使用し自立しているが、食べこぼしが多い。整容については、車椅子にて歯磨きや手洗いが、十分でなく介助が必要。更衣は、座位であれば上着は自立。ズボンを通す事は依存心強く介助で行っているが、一人で行う能力はあり。入浴時の洗体は左上下肢は介助必要。トイレは洋式トイレにて実施、動作はほぼ一人で行なえるが、ふらつきあり、コールを押さないこと多く常時見守りでの実施。...
	整容							
	清拭							
	更衣(上半身)							
	更衣(下半身)							
トイレ								
小計(42-6)		22					/42	
排泄	排尿コントロール							問題なし、利尿剤使用中、下剤使用し3日に1度排便あり。夜間失禁がありオムツ使用中。尿意あいまいであり、一日に数回の失敗あり。...
	排便コントロール							
小計(14-2)		6					/14	
移乗	ベッド、椅子、車椅子							移乗動作は転倒の危険が高く、一人で行動されることある為、常時見守り～軽介助が必要。移乗動作は、移乗時に痛みと膝折れがあり、両脇で抱えるような介助が必要。浴槽の出入りはバスボード使用し座位で行なう。移動は、現在車椅子使用して病棟内自立、歩行での移動は見守りで可能であるが、拒否があり導入できていない状態。杖歩行で屋内自立しているが、物の持ち運びに関しては、タオルや新聞程度であり、お茶の入ったコップや両手で運ぶ事は転倒の危険が高い。手提げ袋を使用して軽い物は運ぶ事が出来る。洗濯物をかごに入れて運ぶ事が出来るようになっていく。...階段昇降は杖と手すりを使用し一段づつで、軽介助にて可能...
	トイレ							
	浴槽・シャワー							
小計(21-3)		12					/21	
移動	歩行・車椅子							歩行・車椅子
	階段							
小計(14-2)		12					/14	
運動項目合計(91-13)		52					/91	
認知項目	理解(聴覚・視覚)							難聴あり、筆談であれば理解は可能。質問の意味は理解されるが、回答は誤りが多い。
	表出(音声・非音声)							
	小計(14-2)	2					/14	
社会認識	社会的交流							他者との関わりは好きではないとの訴えあるが、食堂などでは会話を行なっている。暴言等あり見守りが必要な状態、電話をかける際に擧院の援助が必要、金銭管理に援助が必要、身の回り動作は他者に援助を頼む事で解決でき自立している。一日のスケジュールを覚える事が出来ない、職員の顔覚える事が出来ない...
	問題解決							
	記憶							
小計(21-3)		7					/21	
認知項目合計(35-5)		9					/35	
合計(126-18)		61					/126	

記入者 所属: ○○□病院  
氏名: ○○ ○△□

現在の実行状況の自立度だけでなく、特徴や介助方法のポイント、能力、注意点など広い視点で記入して下さい。

<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
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
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 年 月 日

要介護度 要介護3

利用者氏名 ○○ ○○ 様

残根状態のものも本数に数える

31 日

年齢

104 歳

## 口腔清掃評価に必要な口腔の状況

口腔清掃の準備から終了までの概ねの時間

歯の本数	上顎: 12 本	下顎: 6 本	計: 18 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 checked="" type="checkbox"/> なし	
口腔清掃にかかる時間	10 分		
頬のふくらまし	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" 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 checked="" 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、うがい	
<input type="checkbox"/> 6点(修正自立)	歯磨き、義歯の着脱・清掃、うがい	
<input type="checkbox"/> 5点(監視・準備)	歯磨き、義歯の着脱・清掃、うがい	<input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 指示・促し <input type="checkbox"/> 準備
<input checked="" 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 【奥歯の汚れが残っていることが多い】
<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

採点方法: ①歯磨き ②義歯の着脱・清掃 ③うがい の3つの行為で採点する。  
義歯装着者: 3つの行為はそれぞれ33.3%  
義歯非装着者: 歯磨き(舌苔の清掃を含む)とうがいの2つの清掃行為はそれぞれ50%と考える

## 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	歯ブラシを使用したあとは毛束の小さいブラシを使用して歯間部の清掃を指示する。	洗面台の左側の手が届く位置に歯ブラシと毛束の小さいブラシを置いておく。
義歯の着脱・清掃	義歯の内面の汚れが残っていることがあるので、介護者の確認と促しが必要	歯ブラシまたは義歯用歯ブラシ。就寝前は義歯洗浄液を用意しておく(洗浄剤の封を切ることができないので義歯の保存容器に洗浄液をつくっておく)。
うがい	口唇閉鎖が不十分なのでうがいができない。洗口液に浸したガーゼで清拭する	洗口液(〇〇ステリン〇〇〇〇)、コップ、ガーゼ

うがいが全くできない場合にはうがいの代わりに行う清掃方法を記載する

かかりつけ歯科医療機関  あり  なし

記入者 所属: ○○□病院  
氏名: ○○ ○△□

# IV 摂食・嚥下機能に関する評価

様式4

調査実施日 年 月 日

要介護度 要介護3

利用者氏名 ○○ ○○ 様

生年月日 明治45年 2月 31日

年齢 104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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あらかじめ <input type="checkbox"/> つぶし ) <input type="checkbox"/> ミキサー・ゼリー菜
摂取量	( 8 )割摂取
その他	補助的栄養食品 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 使用方法など ( 夕食後に一本摂取 ) 商品名( ○○□○ )

## 3 水分の摂取

用具	<input type="checkbox"/> ストロークップ <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり 商品名 ( ○○ ○○○ ) 使用量 約 ( 2.4 )グラム/水100cc 形状( ヨーグルト )状

## 4 経口内服

<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	留意点: はきだす事がある為、ジャム状にトロミをつけた水に混ぜスプーンで内服している
--	--

## 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> リクライニング車椅子( 60 )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 checked="" 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

例) 介助時に頭部が伸展しやすい為、枕を必ず使用して下さい。スプーンは、小スプーンを使い一口量を少なめに介助して下さい。麻痺側に残留しやすい為、健側側に食物を介助して下さい。

記入者 所属: ○○病院  
氏名: ○△□◎

調査実施日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
 要介護度 \_\_\_\_\_ 要介護3

利用者氏名 ○○ ○○ 様 生年月日 明治45 年 2 月 31 日 年齢 104 歳

## 1. ご本人、ご家族の希望

本人	家族
歩いて生活ができるようになりたい。車の運転がしたい。畑での作業を継続したい。今行なっている花の世話が継続できるように……	日中の留守番が安全に行えるように。自分の身の回りの事が自分でできるように。夜間のトイレが自立できるように……
健康状態や心身機能だけでなく、活動参加レベルの希望を聞きだすよう心	

## 2. 現在の目標(実現可能な生活目標を上げて下さい)

①	買い物や旅行(東京の息子のところ)など、家族と外出が出来るようになる。畑での作業が介助であっても行えるようになる
②	自宅内の歩行移動が安定し、一人でトイレへの移動や入浴が出来るようになる
③	今行っている自宅での生活を継続することができる。

## 3. 現在のリハビリテーションプログラム

入院中は、股関節の関節可動域訓練、下肢体幹の筋力増強訓練、40cm台からの起立訓練(10回×5セット)、口腔器管訓練、呼吸・発声・咳嗽訓練・嚥下訓練・構音訓練、一本杖での屋内外歩行訓練、入浴訓練、更衣訓練、家事活動(掃除期の使用、調理)等を行なっています。	具体的なプログラムの提示だけでなく、次の機関への申し送りや注意点、入院中の経過、サービス調整に関する方向性、介護者への支援方法など、重要と思われる事をご記入下さい。
--	--

## 4. 今後目標を実現するためのアプローチや方向性

<p>屋内移動に関しては、入院時より改善傾向はありますが、左側への注意力低下、注意散漫傾向みられ、危険に対する認識の低下があります。今後適切な活動量が確保されれば、改善の可能性も高く、通所介護時の歩行量の拡大や、通所リハでの継続した対応が重要と考えます。</p> <p>入浴については、まずは自宅の浴室は使わない方向で決定していますが、本人は自宅の浴室の使用を希望しています。能力的には、動作訓練と手すりなどの使用により十分可能な状態だと考えます。退院後、浴室使用を考えるのであれば訪問リハでの環境調整と活動訓練をご検討下さい。</p> <p>屋内歩行は見守りが必要であり、退院後に歩行量の低下が危惧されます。歩行量が低下すれば心身機能の低下の危険性も高いため、歩行量の確保が重要です。現在は週1回のみ通所を利用予定ですが、出来るだけ早い段階で増回を行なう事が望ましいと考えております。また、左膝の痛みや変形が強く、徐々に悪化傾向にあります。今後、筋力訓練を継続するとともに、痛みの悪化時などは整形外科の受診を行なうなどが必要と考えます。</p> <p>食事に関しては、嚥下障害と共に食事への拒否が強くあります。今後、繰り返し食事形態のチェックや栄養状態の観察等が必要と考えられる為、定期的な短期入所時に、評価をお願いしたいと考えております。</p>
---

## 5. 実施上の注意点

低血糖症状あり、極端な空腹時や食事直後の運動は控えて下さい。脱水に注意し、運動や入浴の前には水分補給をして下さい。左膝の痛みが強い時には無理をしないようにして下さい。…など
--

作成者 所属 ○○○○  
 氏名 ○○○○ 印  
 主治医 ○○○○ 印

事業所名： ○○△□ 通所介護

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	
H25.12.23	嚙下体操	深呼吸3回、首の体操(前後左右に曲げる、ゆっくり回す)、「パ、タ、カ、ラ」の発声。以上を毎食前に行う。	通所フロア食堂にて	○○○○
H25.12.23	筋力訓練	椅子からの立ち上がりを10回×3セット	通所フロア・療法士対応	○○○○
		左右の足首に3kgの重錘を付け足上げ運動を10回×3セット		
		テーブルを持ち、片脚立ちを左右各30秒		
H25.12.23	歩行訓練	フロア内の移動は、一本杖使用し介助歩行で移動する。椅子を引く動作などは出来るだけ自分で行なうように援助する。天気が良ければ一日一回は屋外を歩くようにする。なお、膝の痛みが強い時には車椅子の使用とする。	介護に当たるスタッフ	○○○○
	他者とのふれあい	仲の良い利用者の近くで食事などを行なえるように配慮し、職員が会話が成立するように援助を行なう。	介護に当たるスタッフ	△△○○
H25.12.24	余暇活動の拡大	囲碁が行なえるように、他の利用者との囲碁の実施を促す。状況によっては、職員が対応する	介護に当たるスタッフ	□□○○
	更衣の練習	入浴時の更衣は、自分で行なうように働きかける。ズボンの上げ下げなど立位で行う際には、手すりを使用し行う。	介護に当たるスタッフ	○○○○
<p>各サービス提供機関ごとに、実施しているプランを記入してください。 作成時には、他の機関が実施している内容も参考の上、出来るだけ共通認識のもとで立案しましょう。 他の機関のプランに対し、コメントや修正のアドバイスなどがあれば、様式7を活用して下さい 介護支援専門員は、各機関間の調整をお願いします。 必要に応じ、自宅でのプランも作成し、自宅でのプランも作成し、その際は多機関共同で作り上げていきましょう。</p>				

年 月 日	記 録	記入者 (所属・氏名)	確認欄
22年3月5日	お変わりなく過ごされています	通所介護〇〇	
22年3月6日	畑でのいも掘りに参加されました。積極的に畑に入り介助で行いました	通所リハ〇	妻〇〇
22年〇月〇日	軽介助での歩行が可能になっています。通所介護での移動時に歩行での移動をご検討ください。	〇〇苑〇〇	〇〇苑
22年〇月〇日	自宅にてこたつに入ってテレビが見たいとの訴えがありました。通所リハで、可能性の有無の検討と練習をお願いできますか。	CM〇〇	家族〇〇 通所リハ
22年〇月〇日	床からの立ち座りは何とか介助で可能な状態です。来月の短期入所の際に、家族指導を実施してみます	通所リハ〇〇	
22年〇月〇日	自宅でできる機能訓練について指導しました。プリントがありますので自宅で行ってみてください。	通所リハ 〇〇〇〇	妻〇〇
22年〇月〇日	先日、温泉へ行きましたが、うまく湯船につかることができませんでした。何か良い方法があれば教えていただきたいのですが。	妻〇〇	
22年〇月〇日	本日体重測定と、機能評価しています。体重〇キロ、歩行機能が若干向上しております。	通所リハ〇	
22年〇月〇日	通所介護の際にできる機能訓練を希望されています。通所リハの際に何か良い運動があれば教えてください	通所介護	通所リハ〇
22年〇月〇日	〇日に依頼のあった件ですが、通所リハで実施している筋力訓練を実施してみてください(様式6を参照)。また、歩行の機会を多くとることが重要と考えます。ご不明な点があれば〇〇までご連絡ください。	通所リハ〇〇	
<p>一言でも良いのでサービス利用時の様子を記入して下さい。 ご家族様には、自宅での様子や要望を記入して頂けるように促して下さい。 また、複数の機関間での意見交換や質問、情報提供などのツールとしてお役立て下さい。</p>			

※ご本人やご家族の方も自由にお書きください。

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	棕歯科医院	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

【平成19年度  
益田圏域地域リハビリテーション連携推進会議 ワーキングメンバー】

あすかデイケアセンター	井上 貴雄
益田鹿足歯科医師会	齋藤 寿章
島根県作業療法士会	大賀 隆憲
山陰言語聴覚士協会島根県士会	角 孟典
益田地域介護支援専門員協会	齋藤 洋子
益田圏域地域リハビリテーション支援センター	広瀬 強志
益田市健康増進グループ（益田市地域包括支援センター）	吉永 美紀江
益田保健所（事務局）	中川 昭生
	垣 見 潤
	大場 静枝
	林 礼子
	梶谷 宏一
	村川 舞

【平成21年度  
益田圏域地域リハビリテーション連携推進会議 ワーキングメンバー】

あすかデイケアセンター	井上 貴雄
益田鹿足歯科医師会	齋藤 寿章
島根県作業療法士会	大賀 隆憲
山陰言語聴覚士協会島根県士会	角 孟典
益田地域介護支援専門員協会	齋藤 洋子
益田圏域地域リハビリテーション支援センター	高尾 潮美
益田市高齢者福祉課（益田市地域包括支援センター）	広瀬 強志
益田保健所（事務局）	吉永 美紀江
	中川 昭生
	高木 美輝男
	大場 静枝
	宮田 明子
	深崎 美樹

作成年月

第1版 平成19年3月

第2版 平成22年3月