

介護トータルシステム『寿』

居宅ケアマネジメント



帳票サンプル



（株）南日本情報処理センター

ご注意

1. このソフトウェアの著作権は、MIC(株)南日本情報処理センターにあります。
2. このソフトウェア及びマニュアルの一部又は全部を無断で使用・複製することはできません。
3. このソフトウェアの仕様、及びマニュアルに記載されている事柄は、将来予告なしに変更することがあります。

※サンプルアプリケーションで使用している名称は、全て架空のものです。実在する商品名、団体名、個人名とは、一切関係がありません。

■利用者関係帳票■

利用者台帳
利用者基本情報
利用者一覧表
保険切れ一覧
住所ラベル
認定調査票
主治医意見書
基本チェックリスト（計なし／計あり）
災害時要援護者基本情報
入院時情報提供書

■実績関係帳票■

訪問・相談件数一覧表（種類別／手段別／受付者別）
Barthel Index

■記録関係帳票■

業務日誌
相談内容一覧
相談記録（利用希望を含む）
苦情記録
退院・退所情報記録書

■提出関係帳票■

特定サービス計画件数調査表
・計画件数調査表
・計画利用者一覧表
・特定事業所集中減算判定表

■統計資料■

年齢別利用者数
相談実績集計表
介護支援記録集計表

■レセプト統計関係■

給付管理票(様式第十一)
介護給付費明細書(様式第七)
給付管理票総括票
介護給付費請求書(様式第一)／保険者別

目次

サービス提供証明書(様式第七)
介護度別サービスコード別請求額一覧／サービスコード別請求額一覧
稼動額集計表
事業所別費用一覧
保険者別請求額一覧／居宅介護（介護予防）支援事業者別請求額一覧
介護給付費請求額一覧
サービス集計一覧

■アセスメント■

簡易アセスメント
RAP s アセスメント結果表
RAP s 領域選定表
RAP s 問題領域検討表
RAP s ケアプラン策定評価票
RAP s 領域検討シート
CAP s アセスメント結果表
CAP s 領域選定表
CAP s 問題領域検討表
CAP s ケアプラン策定評価票
CAP s 領域検討シート
在宅復帰及び在宅支援の検討
ケアチェック表
包括ケアプラン策定評価票
包括領域検討シート
ガイドラインアセスメント結果表
ガイドラインケアプラン策定評価票
ガイドライン領域検討シート

■サービス計画書■

居宅サービス計画の同意書兼受領書
居宅サービス計画書（１）
居宅サービス計画書（２）
週間サービス計画表
日課計画表
モニタリングシート
モニタリング評価表
居宅支援経過記録
興味・関心チェックシート
サービスカレンダー
サービス担当者会議の要点
サービス担当者に対する照会（依頼）内容
介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）
介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表
サービス利用票/提供票・別表

目次

課題整理総括表／ADLチャート
評価表
給付管理票明細一覧
利用票作成情報一覧
ケアプラン作成状況

■業務帳票■

掲示板
アクシデントレポート（事故報告書）
インシデントレポート
事業所住所ラベル
カンファレンス議事録

■その他■

- ・利用者台帳 カスタマイズ運用例
- 診療録 （運用例 パターン1）
- 利用者台帳 （運用例 パターン2）
- 利用者台帳 （運用例 パターン3）
- フェースシート （運用例 パターン4）

利用者関係帳票

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《基本情報》			
フリガナ 本人氏名	*カシ キョウ*	男・ ☒ 女	昭和14年06月16日生(82)歳
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地X X		Tel 099-XXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法	
住所地			Tel
	Fax	その他連絡方法	

《緊急時情報》							
緊急時の連絡先	氏名	続柄	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所	コメント
	石 京	長男嫁	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	
	石 一	長男	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	

《保険情報》									
介護保険	認定開始日	認定終了日	適用開始日	適用終了日	被保険者番号	保険者番号	要介護度等	交付年月日	認定年月日
	R01/09/01	R05/12/31	R01/09/01	R05/12/31	0024939400	011023	要介護4		
	H30/07/01	R01/08/31	H30/07/01	R01/08/31	0024939400	011023	要介護4		H30/07/01
	H29/07/01	H30/06/30	H29/07/01	H30/06/30	0024939400	011023	要介護4		
	H28/07/01	H29/06/30	H28/07/01	H29/06/30	0024939400	011023	要介護4		
	H28/03/01	H28/06/30	H28/03/01	H28/06/30	0024939400	011023	要介護4		
医療保険	保険開始日	保険終了日	法制番号	保険者番号	記号	番号/受給者番号	本人/家族		
	R03/04/01	R05/03/31	後期高齢者医療	461212		45646546			
	R02/04/01	R02/12/30	生活保護	XXXXXX		XXXXXX			
	H29/08/01	H30/03/31	後期高齢者医療	XXXXXX		XXXXXXXX			

《自立度・現状・住環境・経済状況》								
本人の状況	在宅					生活圏域	中央地区	
世帯の状況	子供と同居		見守り状況	専門的対応が必要		行政区		
住居環境	一戸建て 自宅		自室 有 階		建物名称			
住居環境 その他	床材 問題なし、照明 少し暗いが、変更までの必要なし							
経済状況	厚生年金							
障害高齢者の日常生活自立度			自立		認知症高齢者の日常生活自立度			自立
障害高齢者 コメント					認知症高齢者 コメント			
障害等認定	種類	等級・種別等		手帳番号		障害名等		
	身障							
	その他							

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《家族情報》

家族構成	フリガナ氏名	生年月日	性別	続柄	緊急連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
	イ *石 一*	S39/09/10	男	長男	連絡する	副介護者	099-XXX-XXXX	同居	公務員
	ナ *石 尚*	S40/05/15	女	長男嫁	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	同居	主婦
家族関係等の状況		長男夫婦と3人暮らし。長男は仕事で不在ことが多い。長男の嫁は、会社勤め。心臓病があり、無理はできない。							

《生活状況》

今までの生活	入所サービスの、利用されていた。			
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技
	家庭菜園にいそしまれる。			ゲートボール
	時間	本人	介護者・家族	
	06:00 07:00 08:00 09:00 10:00 12:00 13:30 16:00	起床 朝食 テレビ鑑賞 散歩 家庭菜園 昼食 昼寝 家庭菜園	食事準備 付き添い 見守り 食事準備	
				友人・地域との関係
			老人クラブ 週1回参加	

《生活歴》

職業歴	期 間	職業名称	備 考
	平成1年～	公務員	(居宅介護支援)
	令和2年	退職	
転居歴	期 間	居住地	備 考
	昭和12年	●●市	(居宅介護支援)

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《現病歴・既往歴情報》

現病歴・既往歴・主治医	年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
	令和2年12月1日	心筋梗塞	南●●クリニック *村 陽*	T e l 099-XXX-XXXX	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	

《利用サービス情報》

利用サービス	施設・事業者名	サービス名	利用開始日	利用終了日	その他
	訪問看護 み●●	訪問看護	R02/01/01		(居宅介護支援)
	●●法人地域の輪	地域の輪	R02/01/05	R03/02/28	(居宅介護支援)

《関係者情報》

その他関係者	関係者	氏名・名称	電話番号		住所
	医療機関	*生 ジ*	099-XXX-XXXX	090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

《社会活動》

社会活動	項目名	状 態
	対人関係	近所の友人との交流あり
	外出状況／頻度	週 2 回 散歩
	趣味活動	ゲートボール 週 1 回
	その他	

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

その他の健康状態	《その他健康状態》	
	項目名	状 態
	視力	両方1． 2 程度
	聴力	低下している。補聴器装着しているが、機械音の聞き取りが弱い。
	嚥下／咀嚼	咀嚼は良くかみ砕いてから、飲みこんでいる。
	栄養状態	宅配にて、8 割程度は摂取されている
	睡眠状態	9 時間睡眠
	精神状態	特に問題なし
	その他	

《処方薬》											
処方薬	薬剤名称	処方区分	剤形	用量	単位	朝 昼 夕 寝 随					用法
	つむら	内服薬		1	錠	○			○	○	停止

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《ADL・IADL》

ADL	項目名	評 価	備 考
	寝返り	一部介助	
	起き上がり	一部介助	
	座位保持	全介助	
	立ち上がり	全介助	
	立位保持	一部介助	
	歩行	一部介助	
	移動	自立	
移動の手段	杖		

IADL	項目名	評 価	備 考
	調理	自立	
	掃除・洗濯	一部介助	
	買物	自立	
	金銭管理	自立	
	服薬管理	一部介助	
	電話利用	自立	
	交通手段利用	自立	

《福祉サービス等》

※各サービスの最新日付を印刷。

福祉サービス等	名 称	日 付	コ メ ン ト
	ふれあい会食事業	R02/04/01	

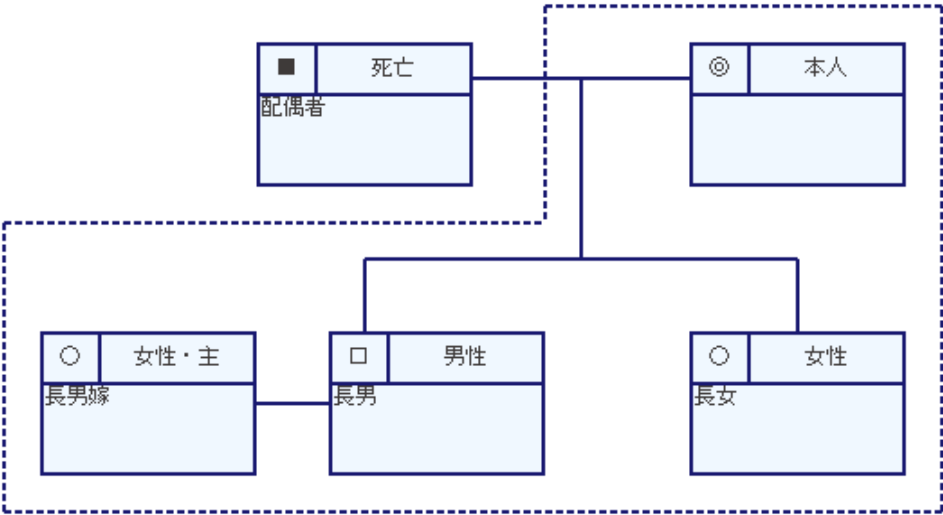
《主治医》

主治医	医師名	所属機関	備 考
	* 村 陽 *	南●●クリニック	
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地	
		電話番号： 099-XXX-XXX FAX： 099-XXX-XXXX	
	* 田 明 *	●田病院	
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地	
電話番号： 099-XXX-XXX FAX： 099-XXX-XXXX			
	住所：		
	電話番号：	FAX：	

家族構成図

フリガナ 本人氏名	*カシ キョウ* *石 京*	男・女	昭和14年06月16日生(82)歳
--------------	-------------------	-----	---------------------

◎回=本人、○=女性、□=男性
●■=死亡、☆=キーパーソン
主介護者に「主」
副介護者に「副」
(同居家族は○で囲む)



《家族情報》

家族構成	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
	シ イチ *石 一*	S39/09/10	男	長男	連絡 する	副介護者	099-XXX-XXXX	同居	公務員
	シ ナホ *石 尚*	S40/05/15	女	長男嫁	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	同居	主婦
家族関係等の状況		長男夫婦と3人暮らし。長男は仕事で不在なことが多い。長男の嫁は、会社勤め。心臓病があり、無理はできない。							

利用者基本情報

作成担当者： * 玉 あや *

《基本情報》

相談日	令和2年4月1日(水)	来所 その他()	電話 ()	初回 再来 (前)
把握経路	本人・家族からの相談			
本人の現況	(在宅) ・ 入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	*カニ ヨシ*	男・女	昭和14年7月29日生 (80) 歳	
住所	〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地1	Tel	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	
		Fax		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立		
認定・ 総合事業 情報	要介護2 有効期限： 令和2年1月1日 ~ 令和2年12月31日 前回の介護度(要介護2) 基本チェックリスト記入結果： 事業対象者の該当あり ・ 事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 令和2年3月2日			
障害等認定	身障()・療育()・精神()・難病()・その他()			
本人の 住居環境	(自宅) ・ 借家 ・ 一戸建て ・ 集合住宅 ・ 自室(有 階・無) ・ 住宅改修(有・無)			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他()			
来所者 (相談者)		続柄	家族構成	
住所 連絡先			◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	
	国 芳	長男	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 099-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	
	国 二	次男	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 099-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	
日中独居(有・無) 要介護者との同居世帯 高齢者のみ(合算140歳以上) 家族関係等の状況 長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。				

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

利用者氏名： * 国 良 *

今までの生活	現在のお住まいに30年程生活されており、家業の農家を手伝いながらお子様を育てられた。専業主婦兼農家での生活にいていまで、ご主人と結婚されるまでは、近くの会社で事務をされており実家も農家であった。県外での生活などの経験はなくずっと地元での生活であった。特に旅行されることもなかった様である。			
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技	
	朝6時に起床。 菜園場で1時間ほど手入れ。 8時頃朝食。殆ど昨日の夕食の残り。 ディサービスがない日はお昼までTVを見る。 お昼は軽く食事。宅配サービスも利用。 昼食後は2時間程度お昼寝。 お嫁さんが来てくれた日はお話もするが殆どTVを見て過ごすか、庭の手入れをして過ごす。 夕方には菜園を見にいかれる。		菜園 TV鑑賞 料理は好き	
	時間	本人	介護者・家族	
	14時～16時	会話	長男嫁	
			友人・地域との関係	
			あまり交流がない。 老人会への参加も少ない。	

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
2015年頃	脳梗塞	●●病院 ●本 一●	TEL 099-XXX-XXXX	治療中 経過観察中 その他
2000年頃	高血圧	南●●クリニック ●村 陽●	TEL 099-XXX-XXXX	治療中 経過観察中 その他
			TEL	治療中 経過観察中 その他
			TEL	治療中 経過観察中 その他

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
花丸配食サービス 配食サービス	移動支援 民間タクシー

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日

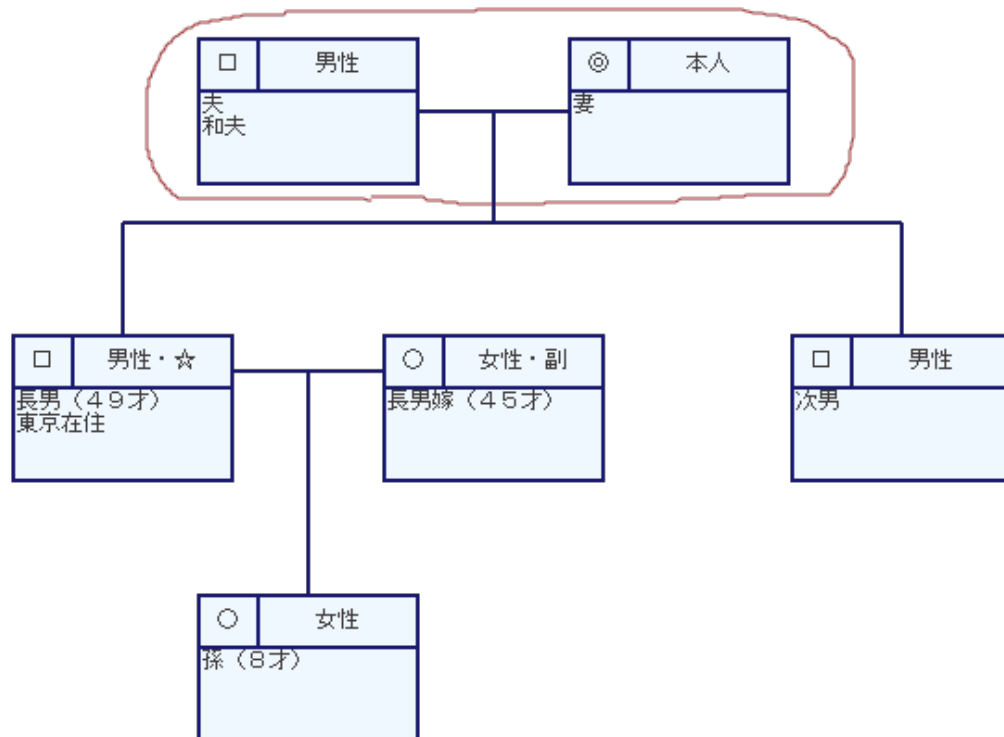
氏名

印

家族構成図

フリガナ	*ワカヨシ*	男・ 女	昭和14年7月29日生	(80) 歳
本人氏名	*国 良*			

◎＝本人、○＝女性、□＝男性
 ●■＝死亡、☆＝キーパーソン
 主介護者に「主」
 副介護者に「副」
 (同居家族は○で囲む)



来所者 (相談者)		続柄		
住所 連絡先				
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	日中独居 (有 ・ 無) 要介護者との同居世帯 高齢者のみ (合算140歳以上) 家族関係等の状況 長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。
	国 芳	長男	鹿児島県鹿児島市東開町X X X 番地 099-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	
	国 二	次男	鹿児島県鹿児島市東開町X X X 番地 099-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	

利用者一覧表

印刷日 令和02年04月20日

番号	漢字氏名	カナ氏名	性別	生年月日	介護度	認定開始日	認定終了日	担当	〒番号	住 所	電話	契約日	介護支援事業者名
1	*石 京*	*シ キョウ*	女	S14/6/16	要介護 4	R1/9/1	R2/8/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-265-xxxx	H25/1/1～	ケアセンター「み●●」
2	*治 一*	*ジ カズナ*	男	S12/1/19	要介護 3	R1/11/1	R2/10/31	*知 小*	891-0141	鹿児島市谷山 1 丁目 X X X X 番地	099-123-4789	H25/1/1～	ケアセンター「み●●」
3	*子 三*	*コ サブロ*	男	S14/7/2	要介護 5	R1/5/1	R2/4/30	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-265-xxxx	H25/1/1～	ケアセンター「み●●」
4	*川 花*	*カワ ハナ*	女	S14/3/17	要介護 1	R1/8/1	R2/7/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-265-xxxx	H25/2/1～	ケアセンター「み●●」
5	*谷 良*	*ヤ ヨシ*	女	S14/3/19	要介護 2	R1/9/1	R2/8/31	*知 小*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-265-xxxx	H25/2/1～	ケアセンター「み●●」
6	*国 良*	*クニ ヨシ*	女	S14/7/29	要介護 2	R2/1/1	R2/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1	099-265-xxxx	H25/2/1～	ケアセンター「み●●」
7	*戸 京*	*ヘ キョウ*	女	S14/1/11	要介護 3	R2/1/1	R2/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-265-xxxx	H25/3/1～	ケアセンター「み●●」
8	*牟田 良*	*ムタ ヨシ*	女	S14/8/28	要介護 3	R1/11/1	R2/10/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-265-xxxx	H25/3/13～	ケアセンター「み●●」
9	*下 大*	*シタ ヤマ*	男	S15/5/17	要介護 3	R1/10/1	R2/9/30	*玉 あや*	891-0116	鹿児島県鹿児島市上福元町 X X X - X X X	099-265-xxxx	H25/4/1～	ケアセンター「み●●」
10	*崎 スナ*	*サキ スナ*	女	S3/3/3	要介護 3	R2/1/1	R2/12/31	*分 *	890-0034	鹿児島県鹿児島市田上 X X X	099-265-xxxx	H25/4/22～	ケアセンター「み●●」
11	*田 京*	*タ キョウ*	女	S30/5/1	要介護 3	R1/5/1	R2/4/30	*玉 あや*	892-0802	鹿児島県鹿児島市清水町 X X X 番地	099-265-xxxx	H30/10/1～	ケアセンター「み●●」

保険切れ一覧（全サービス）

終了日 R2/4/1 ~ R2/6/30

印刷日 R2/4/20

[illegible]

■住所ラベル

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 治 一 *
(* 治 一 * 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 城 三 *
(* 城 三 * 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 城 良 *
(* 城 良 * 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 川 花 *
(* 川 花 * 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 子 三 *
(* 子 三 * 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 谷 良 *
(* 谷 良 * 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 路 良 *
(* 路 良 * 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 路 りさ *
(* 路 りさ * 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1

* 国 良 *
(* 国 良 * 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 戸 京 *
(* 戸 京 * 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 戸 二 *
(* 戸 二 * 様
様分)

認定調査票（基本調査）

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

1. ない	2. 左上肢	☒ 3. 右上肢	4. 左下肢	☒ 5. 右下肢	6. その他（四肢の欠損）
-------	--------	---	--------	---	---------------

1-2 拘縮の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

☒ 1. ない	2. 肩関節	3. 股関節	4. 膝関節	5. その他（四肢の欠損）
--	--------	--------	--------	---------------

1-3 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	☒ 2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	---	---------

1-4 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	☒ 2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	---	---------

1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. できる	2. 自分の手で支えればできる	3. 支えてもらえればできる	4. できない
---	-----------------	----------------	---------

1-6 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 支えなしでできる	☒ 2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	---	---------

1-7 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	☒ 2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	---	---------

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	☒ 2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	---	---------

1-9 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	☒ 3. できない
-------------	----------------	--

1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない
--	---------	--------	-----------

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	2. 一部介助	☒ 3. 全介助
-------------	---------	---

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|---|
| 1. 普通(日常生活に支障がない) |
| ☒ 2. 約1m離れた視力確認表の図が見える |
| 3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える |
| 4. ほとんど見えない |
| 5. 見えているのか判断不能 |

1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|---|
| 1. 普通 |
| ☒ 2. 普通の声がやっと聞き取れる |
| 3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる |
| 4. ほとんど聞こえない |
| 5. 聞こえているのか判断不能 |

2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|--|---------|--------|
| 1. 介助されていない | ☒ 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|--|---------|--------|

2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|--|---------|--------|
| 1. 介助されていない | ☒ 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|--|---------|--------|

2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|--------|--|---------|
| 1. できる | ☒ 2. 見守り等 | 3. できない |
|--------|--|---------|

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|--|---------|---------|--------|
| ☒ 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|--|---------|---------|--------|

2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|--|---------|---------|--------|
| ☒ 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|--|---------|---------|--------|

2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|--|---------|---------|--------|
| ☒ 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|--|---------|---------|--------|

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|-------------|--|--------|
| 1. 介助されていない | ☒ 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|--|--------|

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

☒ 2. 一部介助

3. 全介助

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

☒ 2. 一部介助

3. 全介助

2-10 上衣の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

☒ 3. 一部介助

4. 全介助

2-11 ズボン等の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

☒ 3. 一部介助

4. 全介助

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. 週1回以上

2. 月1回以上

3. 月1回未満

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる

☒ 2. ときどき伝達できる

3. ほとんど伝達できない

4. できない

3-2 毎日の日課を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. できる

2. できない

3-3 生年月日や年齢を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. できる

2. できない

3-4 短期記憶(面接調査の直前に何をしていたか思い出す)について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. できる

2. できない

3-5 自分の名前を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. できる

2. できない

3-6 今の季節を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. できる

2. できない

3-7 場所の理解(自分がいる場所を答える)について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

☒ 2. できない

3-8 徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

3-9 外出すると戻れないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-1 物を盗られたなどと被害的になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-2 作話することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

☒ 2. ときどきある

3. ある

4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-4 昼夜の逆転について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-5 しつこく同じ話をすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

☒ 2. ときどきある

3. ある

4-6 大声を出すことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

☒ 2. ときどきある

3. ある

4-7 介護に抵抗することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

☒ 2. ときどきある

3. ある

4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

☒ 2. ときどきある

3. ある

4-9 一人で外に出たがり目が離せないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-11 物を壊したり、衣類を破いたりすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-12 ひどい物忘れについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

☒ 2. ときどきある

3. ある

4-13 意味もなく独り言や独り笑いをすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-14 自分勝手に行動することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-15 話がまとまらず、会話にならないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

5-1 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

5-2 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

5-3 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. できる	2. 特別な場合を除いてできる	3. 日常的に困難	4. できない
---	-----------------	-----------	---------

5-4 集団への不適応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない	☒ 2. ときどきある	3. ある
-------	--	-------

5-5 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	☒ 2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------------	--	---------	--------

5-6 簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	☒ 2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------------	--	---------	--------

6 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。
(複数回答可)

<u>処置内容</u>	1. 点滴の管理	2. 中心静脈栄養	3. 透析	4. ストーマ(人工肛門)の処置
	5. 酸素療法	6. レスピレーター(人工呼吸器)	7. 気管切開の処置	
	8. 疼痛の看護	9. 経管栄養		
<u>特別な対応</u>	10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		11. じょくそうの処置	
	12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)			

7 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○印をつけてください。

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

認定調査票（特記事項）

1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

- 1-1 麻痺等の有無, 1-2 拘縮の有無, 1-3 寝返り, 1-4 起き上がり, 1-5 座位保持, 1-6 両足での立位, 1-7 歩行, 1-8 立ち上がり, 1-9 片足での立位, 1-10 洗身, 1-11 つめ切り, 1-12 視力, 1-13 聴力
(1-1) 脳梗塞後遺症による右上下肢不全麻痺があるが、右手で軽いものなら持ち上げることができる。
下肢については前回調査時はゆっくりと歩行可能だったが、現在は脚力低下のために杖を2本使
っての歩行である。

2 生活機能に関連する項目についての特記事項

- 2-1 移乗, 2-2 移動, 2-3 えん下, 2-4 食事摂取, 2-5 排尿, 2-6 排便, 2-7 口腔清潔, 2-8 洗顔, 2-9 整髪, 2-10 上衣の着脱, 2-11 ズボン等の着脱, 2-12 外出頻度
(2-1) 2本の杖や何かつかまりながら可能であるが、たまに転倒しているので可能な限り見守りを要す
る。
(2-8) 日常はシャワー浴である。転倒の危険があるので自力での入浴は困難である。

3 認知機能に関連する項目についての特記事項

- 3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徘徊, 3-9 外出して戻れない
(3-1) 失語症のため「うなづき動作」や「そうそう」と言う発語が主なコミュニケーション手段になっ
ているが、自発的に医師を伝えようとし無い。
(3-7) まだら痴呆があり日課や場所の理解等ができたりできなかったりする。

4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

- 4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声を出す, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない
()

5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

- 5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理
()

6 特別な医療についての特記事項

- 6 特別な医療
()

7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

- 7-1 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度), 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度
()

主治医意見書

* 国 良 *

記入日

令和2年04月01日

申請者	(ふりがな) *くに よし*	男 ● 女	〒 891-0115
	* 国 良 *		鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1
	昭和14年07月29日 生 (80 歳)		連絡先 099-XXX-XXXX

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

主治医として、本意見書が介護サービス計画書作成等に利用されることに ☒ 同意する。 ☐ 同意しない。

医師氏名 ●村 陽●

医療機関名 南●●クリニック

電話 099-XXX-XXXX

医療機関所在地 鹿児島市東開町XXXX番地

FAX 099-XXX-XXXX

(1)最終診察日	令和2年03月25日
(2)意見書作成回数	☐ 初回 ☒ 2回目以上
(3)他科受診の有無	☒ 有 ☐ 無 (有の場合)→ ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☒ 歯科 ☐ その他()

1.傷病に関する意見

(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日			
1. 脳梗塞	発症年月日 (	平成30年11月	頃)
2. 高血圧	発症年月日 (	令和1年7月	頃)
3.	発症年月日 (		頃)
(2)症状としての安定性 ☒ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕			
脳梗塞後遺症による右上下肢不全麻痺があるが、右手で軽いものなら持ち上げることができる。 下肢については前回調査時はゆっくりと歩行可能だったが、現在は脚力低下のために杖を2本使った歩行である。			

2.特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 酸素療法 ☐ レスピレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養
特別な対応	☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置
失禁への対応	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3.心身の状態に関する意見

(1)日常生活の自立度等について	
・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
(2)認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	☒ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☒ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☒ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的な要求に限られる ☐ 伝えられない
(3)認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☐ 無 ☒ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☒ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他()
(4)その他の精神・神経症状	
☒ 無 ☐ 有	〔症状名: 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無 〕

(5) 身体の状態

利き腕(☒ 右 ☐ 左) 身長＝ cm 体重＝ kg (過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☒ 維持 ☐ 減少)

☐ 四肢欠損 (部位: _____)

☒ 麻痺 ☒ 右上肢 (程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 右下肢 (程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ その他 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 筋力の低下 (部位: 下肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の痛み (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 失調・不随意運動 ・上肢 ☐ 右 ☐ 左 ・下肢 ☐ 右 ☐ 左 ・体幹 ☐ 右 ☐ 左

☐ 褥瘡 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

4.生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 ☐ 自立 ☒ 介助があればしている ☐ していない

車いすの使用 ☒ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) ☐ 用いていない ☒ 屋外で使用 ☒ 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 ☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

現在の栄養状態 ☒ 良好 ☐ 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (塩分の採り過ぎに注意が必要である。)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊

☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 (_____)

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☒ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

☐ 訪問診療 ☒ 訪問看護 ☒ 訪問歯科診療

☐ 訪問薬剤管理指導 ☒ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導

☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 ☐ 特になし ☒ あり (食事の管理 _____) ・移動 ☒ 特になし ☐ あり (_____)

・摂食 ☒ 特になし ☐ あり (_____) ・運動 ☒ 特になし ☐ あり (_____)

・嚥下 ☒ 特になし ☐ あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください。)

☒ 無 ☐ 有 (_____) ☐ 不明

5.特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

主治医意見書

国 良

記入日

令和2年04月01日

申請者	(ふりがな)*くに よし*	男・女	〒 891-0115
	国 良		鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1
	昭和14年07月29日 生 (80 歳)		連絡先 099-XXX-XXXX
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画書作成等に利用されることに ☒ 同意する。 ☐ 同意しない。			
医師氏名 ●村 陽●			
医療機関名 南●●クリニック		電話 099-XXX-XXXX	
医療機関所在地 鹿児島市東開町XXXX番地		FAX 099-XXX-XXXX	
(1)最終診察日	令和2年03月25日		
(2)意見書作成回数	☐ 初回 ☒ 2回目以上		
(3)他科受診の有無	☒ 有 ☐ 無 (有の場合)→ ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☒ 歯科 ☐ その他()		

1.傷病に関する意見

(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入)及び発症年月日			
1. 脳梗塞	発症年月日(	平成30年11月	頃)
2. 高血圧	発症年月日(	令和1年7月	頃)
3.	発症年月日(		頃)
(2)症状としての安定性		☒ 安定	☐ 不安定 ☐ 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕 脳梗塞後遺症による右上下肢不全麻痺があるが、右手で軽いものなら持ち上げることができる。 下肢については前回調査時はゆっくりと歩行可能だったが、現在は脚力低下のために杖を2本使つての歩行である。			

2.特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		☐ 褥瘡の処置		
失禁への対応	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3.心身の状態に関する意見

(1)日常生活の自立度等について	
・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
(2)認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	☒ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☒ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☒ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的な要求に限られる ☐ 伝えられない
(3)認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☐ 無 ☒ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☒ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他()
(4)その他の精神・神経症状	
☒ 無 ☐ 有	〔症状名: 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無 〕

(5)身体の状態	
利き腕(☒ 右 ☐ 左)	身長= 150 cm 体重= 41 kg (過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☒ 維持 ☐ 減少)
☐ 四肢欠損 (部位:)	
☒ 麻痺	☒ 右上肢 (程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☒ 右下肢 (程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ その他 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☒ 筋力の低下 (部位: 下肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☐ 関節の拘縮 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☐ 関節の痛み (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☐ 失調・不随意運動 ・上肢 ☐ 右 ☐ 左 ・下肢 ☐ 右 ☐ 左 ・体幹 ☐ 右 ☐ 左	
☐ 褥瘡 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☐ その他の皮膚疾患 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	

4.生活機能とサービスに関する意見

(1)移動	
屋外歩行 ☐ 自立 ☒ 介助があればしている ☐ していない	
車いすの使用 ☒ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している	
歩行補助具・装具の使用(複数選択可) ☐ 用いていない ☒ 屋外で使用 ☒ 屋内で使用	
(2)栄養・食生活	
食事行為 ☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助	
現在の栄養状態 ☒ 良好 ☐ 不良	
→ 栄養・食生活上の留意点 (塩分の採り過ぎに注意が必要である。)	
(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針	
☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊	
☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他()	
→ 対処方針 ()	
(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	
☒ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明	
(5)医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)	
☐ 訪問診療 ☒ 訪問看護 ☒ 訪問歯科診療	
☐ 訪問薬剤管理指導 ☒ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導	
☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス ()	
(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項	
・血圧 ☐ 特になし ☒ あり (食事の管理) ・移動 ☒ 特になし ☐ あり ()	
・摂食 ☒ 特になし ☐ あり () ・運動 ☒ 特になし ☐ あり ()	
・嚥下 ☒ 特になし ☐ あり () ・その他 ()	
(7)感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください。)	
☒ 無 ☐ 有 () ☐ 不明	

5.特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

基本チェックリスト

利用者番号：1000

記入日：令和2年3月2日(月)

氏名	* 国 良 *	様	住所	鹿児島県鹿児島市東開町×××番地 1	生年月日	昭和14年7月29日
希望するサービス内容		通所介護				
No.	質問項目				回答 (いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか				0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか				0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか				0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか				0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか				0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか				0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか				0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか				0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか				1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか				1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか				1. はい	0. いいえ
12	身長 150 cm 体重 41 kg (BMI = 18.2) (注)					
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか				1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか				1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか				1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか				0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか				1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか				1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか				0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか				1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない				1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった				1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる				1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない				1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする				1. はい	0. いいえ

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする。

[備考]

--

基本チェックリスト

利用者番号： 1000

記入日： 令和2年3月2日(月)

氏名	* 国 良 *	様	住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1	生年月日	昭和14年7月29日	
希望するサービス内容		通所介護					
No.	質問項目			回答		計	
生活全般	1	バスや電車で1人で外出していますか			0. はい	1. いいえ	5
	2	日用品の買物をしていますか			0. はい	1. いいえ	
	3	預貯金の出し入れをしていますか			0. はい	1. いいえ	
	4	友人の家を訪ねていますか			0. はい	1. いいえ	
	5	家族や友人の相談にのっていますか			0. はい	1. いいえ	
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			0. はい	1. いいえ	5
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか			0. はい	1. いいえ	
	8	15分位続けて歩いていますか			0. はい	1. いいえ	
	9	この1年間に転んだことがありますか			1. はい	0. いいえ	
	10	転倒に対する不安は大きいですか			1. はい	0. いいえ	
栄養	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか			1. はい	0. いいえ	1
	12	身長 150 cm 体重 41 kg (BMI = 18.2) (注)					
口腔・嚥下	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか			1. はい	0. いいえ	3
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか			1. はい	0. いいえ	
	15	口の渇きが気になりますか			1. はい	0. いいえ	
外出	16	週に1回以上は外出していますか			0. はい	1. いいえ	1
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか			1. はい	0. いいえ	
認知	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか			1. はい	0. いいえ	3
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか			0. はい	1. いいえ	
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか			1. はい	0. いいえ	
1～20の合計						18	
生活意欲	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない			1. はい	0. いいえ	0
	22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった			1. はい	0. いいえ	
	23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる			1. はい	0. いいえ	
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない			1. はい	0. いいえ	
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする			1. はい	0. いいえ	
1～25の合計						18	

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする。

[備考]

--	--	--	--	--	--	--

災害時要援護者基本情報

作成日：令和2年4月24日

フリガナ		*ワケニ ヨシ*		女	昭和14年7月29日 生 (80) 歳	
要援護者氏名		* 国 良 *				
住 所		鹿児島県鹿児島市東開町×××番地 1			電話 1	099-XXX-XXXX
					電話 2	090-XXXX-XXXX
障害等認定	身体障害					
	療 育					
	精神障害					
	難 病					
	その他					
住居環境		一戸建て 自室有り 階			世帯状況	
緊急連絡先	氏名・名称		続柄	電 話	住 所	
	* 国 芳 *		長男	099-26X-XXXX 090-1XXX-2XXX	鹿児島県鹿児島市東開町×××番地	
	* 国 二 *		次男	099-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町×××番地	
避難勧告	伝達方法	1. 本人に連絡 2. 自治会長に連絡、不通の場合は家族に連絡			伝達者氏名	※玉 あ※
	留意事項	本人内容理解の確認				
避難時	避難支援者	氏名・名称		続柄	電 話	住 所
		* 国 芳 *		長男	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町××××
	必要支援者数		1 人		避難時の必要物品	杖
	避難所	第1避難所	公民館		避難手段	車
		第2避難所	東開中学校		避難手段	車
	携行する医薬品等		服薬			
留意事項		支援者による車移動				
避難所	避難所での必要物品	ポータブルトイレ				
	生活に必要な医療機器	特になし				
	留意事項					

入院時情報提供書

医療機関名： ●●総合病院
ご担当者名： ●村 陽●
医療機関 ← 居宅介護支援事業所
事業所名： ケアセンター「み●●」
ケアマネジャー氏名： *玉 あや*
TEL： 099-XXX-XXXX FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ) *クニ ヨシ*	年齢	80才	性別	男	☒
	国 良	生年月日	明・大・ ☒	14年	7月	29日生
住所	〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1	電話番号	099-XXX-XXXX			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類 (☒ 戸建て ・ 集合住宅) . 2階建て. 居室 1階. エレベーター (有 ・ ☒) 特記事項 ()					
入院時の要介護度	要介護 2 有効期間 : 令和2年1月1日 ~ 令和2年12月31日 ☐ 申請中 (申請日) ☐ 区分変更 (申請日) ☐ 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	自立					☐ 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	自立					☐ ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	☒ 1割 ☐ 不明		障害など認定	☐ なし ☐ あり (身体 ・ 精神 ・ 知的)		
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☒ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()					

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	☐ 独居 ☒ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他 () * ☐ 日中独居					
主介護者氏名	*国 芳*	(続柄 長男 ・ 51才)	(同居 ・ ☒ 別居)	TEL	099-XXX-XXXX	
キーパーソン	*国 芳*	(続柄 長男 ・ 51才)	連絡先	TEL	090-XXXX-XXXX TEL 099-XXX-XXXX	

3. 本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	茶園の話が好き
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	☒ 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	☒ 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 ☒ 居宅サービス計画書1.2.3表 ☐ その他 ()
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	☒ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 (家族構成員数 名) * ☐ 日中独居 ☐ その他 ()
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☒ 必要 ()
退院後の主介護者	☒ 本シート2に同じ ☐ 左記以外 (氏名 続柄 ・ 年齢)
介護力*	☒ 介護力が見込める (☐ 十分 ・ ☒ 一部) ☐ 介護力は見込めない ☐ 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	☒ なし ☐ あり ()
特記事項	

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	☐ 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	☐ 希望あり	・ 具体的な要望 ()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	☐ 希望あり	

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	■ なし □ あり ()			
A D L	移 動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他			
	移 乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他			
	更 衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整 容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入 浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食 事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事 内容	食事回数	(3)回/日(朝 9時頃・ 昼 13時頃・ 夜 17時頃)				食事制限	■ あり (減塩) □ なし □ 不明			
	食事形態	■ 普通 □ きざみ □ 嚥下障害食 □ ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	□ 経口 □ 経管栄養		水分とろみ ■ なし □ あり		水分制限	□ あり () ■ なし □ 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる		常にむせる	義歯	□ なし ■ あり (部分・総)			
	口腔清潔	良	不良		著しく不良	口臭	□ なし ■ あり			
排泄 *	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	□ なし □ 夜間 □ 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	□ なし ■ 夜間 □ 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()			眠剤の使用	■ なし □ あり			
喫煙		無	有 本くらい/日			飲酒	無	有 合くらい/日あたり		
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり		困難	眼鏡	■ なし □ あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり		困難	補聴器	■ なし □ あり			
	言語	問題なし	やや難あり		困難	コミュニケーションに関する特記事項：				
	意思疎通	問題なし	やや難あり		困難					
精神面における療養上の問題		■ なし □ 幻視・幻聴 □ 興奮 □ 焦燥・不穏 □ 妄想 □ 暴力/攻撃性 □ 介護への抵抗 □ 不眠 □ 昼夜逆転 □ 徘徊 □ 危険行為 □ 不潔行為 □ その他 ()								
疾患歴*		□ なし □ 悪性腫瘍 □ 認知症 □ 急性呼吸器感染症 ■ 脳血管障害 □ 骨折 □ その他 ()								
入院 歴 *	最近半年間での入院	■ なし □ あり (理由： 期間： ~) □ 不明								
	入院頻度	□ 頻度は高い/繰り返している ■ 頻度は低いが、これまでにもある □ 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		■ なし □ 点滴 □ 酸素療法 □ 喀痰吸引 □ 気管切開 □ 胃ろう □ 経鼻栄養 □ 経腸栄養 □ 褥瘡 □ 尿道カテーテル □ 尿路ストーマ □ 消化管ストーマ □ 痛みコントロール □ 排便コントロール □ 自己注射 () □ その他 ()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	□ なし ■ あり ()	居宅療養管理指導	■ なし □ あり (職種：)
薬剤管理	■ 自己管理 □ 他者による管理 (・管理者： ・管理方法：)		
服薬状況	□ 処方通り服用 ■ 時々飲み忘れ □ 飲み忘れが多い、処方が守られていない □ 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名	南●●クリニック	電話番号	099-XXX-XXXX
医師名	(フリガナ) ※村 陽※	診察方法・頻度	■ 通院 □ 訪問診療 ・ 頻度 = (2) 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

実績関係帳票

相談種類別相談件数一覧表(日別)

対象： 令和2年4月 分

印刷日 令和2年4月30日

<相談種類： 費用 >

受付者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計
重 桔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
日別合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

<相談種類： サービス内容 >

受付者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計
玉 あや	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
日別合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

<相談種類： 主治医からの指示 >

受付者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計
玉 あや	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
日別合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

<相談種類： 保険・医療 >

受付者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計
玉 あや	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
日別合計	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2

<相談種類： インフォーマルサービス >

受付者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計
玉 あや	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
日別合計	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

相談手段別相談件数一覧表(日別)

対象： 令和2年4月 分

印刷日 令和2年4月30日

＜相談手段： 訪問 ＞

[illegible]

＜相談手段： 電話 ＞

[illegible]

＜相談手段： 不明 ＞

受付者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計
* 玉 あや *	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
日別合計	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2

受付者別相談件数一覧表(日別)

対象： 令和2年4月 分

印刷日： 令和2年4月30日

<受付者名： * 玉 あや* >

相談種類	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計
サービス内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
主治医からの指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
保険・医療	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
インフォーマルサービス	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
日別合計	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5

<受付者名： * 重 桔* >

相談種類	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計
費用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
日別合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

利用者氏名： * 国 良 *

測定日： 令和3年4月1日

生年月日： 昭和14年7月29日 女 81 歳

測定者： * 玉 あや *

要介護度： 要介護2

バーセルインデックス (Barthel Index：機能的評価)

	点数	質問内容	得点
1 食事	10 (5) 0	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう） 全介助	5
2 椅子と ベッド間の 移乗	(15) 10 5 0	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（非行自立も含む） 軽度の部分介助または監視を要する 座ることは可能であるがほぼ全介助 全介助または不可能	15
3 整容	(5) 0 0	自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り） 部分介助 全介助	5
4 トイレ動作	10 (5) 0	自立（衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む） 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 全介助または不可能	5
5 入浴	5 (0) 0	自立 部分介助 全介助	0
6 平地歩行	(15) 10 5 0	45M 以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わず 45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 歩行不能の場合、車椅子にて45M 以上の操作可能 上記以外	15
7 階段昇降	10 (5) 0	自立、手すりなどの使用の有無は問わない 介助または監視を要する 不能	5
8 更衣	(10) 5 0	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 上記以外	10
9 排便 コントロール	(10) 5 0	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 上記以外	10
10 排尿 コントロール	10 (5) 0	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 上記以外	5

合計得点（ 75 / 100点）

記録関係帳票

業務日誌

ケアセンター「み●●」

--	--	--	--

令和2年4月15日 水曜日

記録
担当者

●玉、三●

本日の行事等		研修会					
プラン作成件数			5 件				
相 談 件 数			来所	0 件	訪問	1 件	電話 3 件
活動報告・ケースに関する連絡事項	担当者	方 法	対 象 者 名	内 容			
	埼玉	電話	* 国 良 *	保険・医療		相談	
	埼玉	家庭訪問	* 国 良 *	家庭訪問		支援経過	
	埼玉	電話	* 国 良 *	電話		支援経過	
	三重	電話	* 国 良 *	他		相談	

相談内容一覧

利用者名		相談対象者の状況		認知症区分	利用日
＊国　良＊					令和2年4月15日
相談者		介護支援専門員からの相談		対応者	利用時間
高齢者本人（含み家族）				＊玉　あや＊	13:20　～
種別	保険・医療				
手段	訪問		状況		
経路			つなぎ先		
相談内容					
家族からの定例訪問 私は自営業の家に嫁ぎました。夫のがんばりで会社が大きくなり、結婚した当時に比べると従業員が2倍になりました。そんな夫が、1年前から様子がおかしくなり、受診したところ認知症と診断されました。 社員が上手にフォローしてくれるので、夫は今でも会社に行って一日過ごしています。 夫は商工会や地区の役員などたくさんの役割をもち、さまざまな会識にも出席しています。これまでは何とかこなしていましたが、先週あるイベントの役員として一日駆り出されたあと、一緒に参加した人から「失敗ばかりして、みんなに迷惑をかけていた。少しおかしいのではないかと電話をもらいました。私はとっさに「仕事が大変で疲れていたからだと思います」と言ってしまいました。その人は「それならいいけれど・・・」とまだ何か言いたそうだったので、「ご迷惑をおかけしてすみませんでした」と私から電話を切ってしまいました。その人と夫は長い付き合いなので、夫の変化に気づき、夫を心配してくれたのだと思います。 以前、夫の認知症について夫の学生時代の友人に話したことがあるのですが、それまで時々誘われていたゴルフや釣りにいっさい誘われなくなりました。そのことがあって、夫のプライドを守り行動範囲をせばめないためには、病名は伝えないほうがよいと思ったのです。しかし、夫の症状が進んでくればそうはいかなくなるでしょう。周囲の人に伝えるべきか悩んでいます。					

相談記録(利用希望を含む)

利用者氏名 * 国 良 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

苦情記録

利用者氏名 * 国 良 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日: 令和2年4月1日

属性	フリガナ	*ワケ ヨシ*		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (☐ 要区分変更)	
	氏名	*国 良*	様	男 ・ ☒	80 歳	要介護 2	☐ 申請中 ☐ なし
入院所概要	入院(所)日	: 令和1年11月12日		退院(所)予定日	: 令和2年4月10日		
	入院原因疾患 (入所目的等)	脳梗塞による麻痺におけるリハビリ診療を実施					
	入院・入所先	施設名	●●●病院		2階棟	101室	
	今後の医学管理	医療機関名	: ●●●病院		方法	☒ 通院 ☐ 訪問診療	
① 疾患と入院所中の状況	現在治療中の疾患	①高血圧			疾患の状況	*番号記入	安定 (①) 不安定 ()
	移動手段	☐ 自立 ☒ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他 ()					
	排泄方法	☒ トイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ カテーテル・パウチ ()					
	入浴方法	☐ 自立 ☒ シャワー浴 ☐ 一般浴 ☐ 機械浴 ☐ 行わず					
	食事形態	☒ 普通 ☐ 経管栄養 ☐ その他 ()					UDF等の食形態区分
	嚥下機能 (むせ)	☐ なし ☒ あり (<u>時々</u> ・ 常に)			義歯	☐ なし ☒ あり (部分 ・ <u>総</u>)	
	口腔清潔	☒ 良 ☐ 不良 ☐ 著しく不良			入院(所)中の使用: ☐ なし ☒ あり		
	口腔ケア	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助					
	睡眠	☒ 良好 ☐ 不良 ()					眠剤使用 ☒ なし ☐ あり
	認知・精神	☐ 認知機能低下 ☐ せん妄 ☐ 徘徊 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 攻撃性 ☐ その他 ()					
② 受け止め / 意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知 : ☒ あり ☐ なし 継続してリハビリを実施したいと希望している。					
	<本人> 退院後の生活に関する意向	家庭でゆっくりと過ごし、週に数回はリハビリに通院・通所を希望されている。					
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人が前向きであることに安堵はしているが、独居が可能か心配でさる。					
	<家族> 退院後の生活に関する意向	週に数回はリハビリと他者との交流で明るくなってほしい。					

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	☒ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射 () ☐ その他 ()	
	看護の視点	☐ なし ☒ 血圧 ☐ 水分制限 ☒ 食事制限 ☐ 食形態 ☐ 嚥下 ☒ 口腔ケア ☐ 清潔ケア ☐ 血糖コントロール ☐ 排泄 ☐ 皮膚状態 ☐ 睡眠 ☐ 認知機能・精神面 ☒ 服薬指導 ☐ 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) ☐ ターミナル ☐ その他 ()	
	リハビリの視点	☐ なし ☒ 本人指導 ☒ 家族指導 ☐ 関節可動域練習 (ストレッチ含む) ☐ 筋力増強練習 ☐ バランス練習 ☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☐ 起居／立位等基本動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 言語訓練 ☐ ADL練習 (歩行／入浴／トイレ動作／移乗等) ☐ IADL練習 (買い物、調理等) ☐ 疼痛管理 (痛みコントロール) ☐ 更生装具・福祉用具等管理 ☐ 運動耐容能練習 ☒ 地域活動支援 ☐ 社会参加支援 ☐ 就労支援 ☐ その他 ()	
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容／留意点)
	☒ なし ☐ あり		
症状・病状の予後・予測	筋力の衰えによる運動機能の低下が予測される。リハビリを継続する様に促す必要がある。		
退院に際しての日常生活の阻害要因 (心身状況・環境等)	例) 医療機関からの見立て・意見 (今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか (合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等) について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。 ①安定しておりリハビリも順調であった。 ②暗影した日常生活への復帰に期待。 ③継続したリハビリと閉じこもり傾向にならない様に見守りは必要。		
在宅復帰のために整えなければならない要件	住居可能な範囲でのバリアフリーとトイレ、風呂などの手すりの準備。		
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種 (氏名)	会議出席
1	令和2年3月25日	介護支援専門員 (*玉 あや*), ホームヘルパー (*京 一*)	無 ・ ☒ 有
2	令和2年4月23日	ケアマネ (*阪 太*), 介護支援専門員 (*取 史*), 介護支援専門員 (*阜 梅*)	無 ・ ☒ 有
3			無 ・ ☒ 有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

提出關係帳票

特定サービス計画件数調査表

対象期間： R02/03～R02/08

印刷日 R02/09/11

サービス種類： 訪問介護（ケアプラン件数：7件）

事業所コード	法人・事業所名	計画件数(件)	計画割合(%)
4699999995	み●●訪問介護S T	6	85. 71
2899991233	訪問介護事業所 ●●	1	14. 29
計		7	

サービス種類： 訪問看護（ケアプラン件数：2件）

事業所コード	法人・事業所名	計画件数(件)	計画割合(%)
4699999888	小規模多機能事業所 い●●	1	50. 00
4699999996	訪問看護 み●●	1	50. 00
計		2	

サービス種類： 訪問リハビリテーション（ケアプラン件数：2件）

事業所コード	法人・事業所名	計画件数(件)	計画割合(%)
4699999988	●●●病院	2	100. 00
計		2	

サービス種類： 通所介護（ケアプラン件数：5件）

事業所コード	法人・事業所名	計画件数(件)	計画割合(%)
4699999991	特別養護老人ホーム ●苑	5	100. 00
計		5	

サービス種類： 通所リハビリテーション（ケアプラン件数：6件）

事業所コード	法人・事業所名	計画件数(件)	計画割合(%)
4699999997	介護老人保健施設 ●苑	5	83. 33
4644444444	老健事業所 ●●	1	16. 67
計		6	

サービス種類： 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（ケアプラン件数：1件）

事業所コード	法人・事業所名	計画件数(件)	計画割合(%)
4699999954	定期・随時巡回 ゆ●●	1	100. 00
計		1	

■対象のサービスが給付管理対象となっているものを対象とし出力しています。

■計画割合欄の小数点以下については、小数第三位を四捨五入しています。

計画利用者一覧表

対象期間： R02/03～R02/08

印刷日 R02/09/11

4 月分 訪問介護		(ケアプラン件数： 7 件		対象利用者： 7 件)	
469999995	訪問介護 み●●	001 1045	* 牟田 良 *	女	昭和14年08月28日
		002 107	* 治 一 *	男	昭和12年01月19日
		003	* 子 三 *	男	昭和14年07月02日
		004	* 谷 良 *	女	昭和14年03月19日
		005 1000	* 国 良 *	女	昭和14年07月29日
		006	* 戸 京 *	女	昭和14年01月11日
2899991233	訪問介護事業所 ●●	001	* 川 花 *	女	昭和14年03月17日
4 月分 訪問看護		(ケアプラン件数： 2 件		対象利用者： 2 件)	
469999988	南●●訪問看護ステーション	001	* 石 サ *	女	昭和21年01月01日
469999996	訪問看護 み●●	001	* 川 恵 *	女	昭和15年01月01日
4 月分 訪問リハビリテーション		(ケアプラン件数： 2 件		対象利用者： 2 件)	
469999988	●●●病院	001 1234	* 石 京 *	女	昭和14年06月16日
		002	* 石 サ *	女	昭和21年01月01日
3 月分 通所介護		(ケアプラン件数： 1 件		対象利用者： 1 件)	
469999991	南●●デイサービスセンター	001	* 石 サ *	女	昭和21年01月01日
4 月分 通所介護		(ケアプラン件数： 4 件		対象利用者： 4 件)	
469999991	南●●デイサービスセンター	001 1045	* 牟田 良 *	女	昭和14年08月28日
		002 107	* 治 一 *	男	昭和12年01月19日
		003	* 下 大 *	男	昭和15年05月17日
		004 1000	* 国 良 *	女	昭和14年07月29日
4 月分 通所リハビリテーション		(ケアプラン件数： 6 件		対象利用者： 6 件)	
469999997	介護老人保健施設 ●苑	001 1234	* 石 京 *	女	昭和14年06月16日
		002	* 子 三 *	男	昭和14年07月02日
		003	* 谷 良 *	女	昭和14年03月19日
		004	* 崎 スナ *	女	昭和03年03月03日
		005	* 戸 京 *	女	昭和14年01月11日
464444444	老健事業所 ●●	001	* 川 花 *	女	昭和14年03月17日
4 月分 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		(ケアプラン件数： 1 件		対象利用者： 1 件)	
469999954	定期・随時巡回 ゆ●●	001 1045	* 牟田 良 *	女	昭和14年08月28日

居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る判定様式(紹介率最高法人算定用・通所介護等を除く)

判定期間	令和 2 年度	前期(3月～8月)・後期(9月～2月)	
事業所の名称	介護老人保健施設 ●苑		

※ 本様式は、訪問介護サービス等に係る各サービスの「紹介率最高法人」を判定するためのものです。

※ 紹介件数が多い 上位3法人 について記入してください。

※ 本様式は、別添①に添付し、判定期間後の算定期間が完結してから5年間保存してください。

〈訪問介護〉

居宅サービス計画に位置付けられた 「訪問介護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)						
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
		9月	10月	11月	12月	1月	2月	
み●●訪問介護 S T	1	0	6	0	0	0	0	6
訪問介護事業所 ●●	1	0	1	0	0	0	0	1

〈訪問入浴介護〉

居宅サービス計画に位置付けられた 「訪問入浴介護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)						
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
		9月	10月	11月	12月	1月	2月	

〈訪問看護〉

居宅サービス計画に位置付けられた 「訪問看護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)						
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
		9月	10月	11月	12月	1月	2月	
小規模多機能事業所 い●●	1	0	1	0	0	0	0	1
訪問看護 み●●	1	0	1	0	0	0	0	1

〈訪問リハビリテーション〉

居宅サービス計画に位置付けられた 「訪問リハビリテーション事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)						
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
		9月	10月	11月	12月	1月	2月	
●●●病院	1	0	2	0	0	0	0	2

〈通所リハビリテーション〉

居宅サービス計画に位置付けられた 「通所リハビリテーション事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)						
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
		9月	10月	11月	12月	1月	2月	
介護老人保健施設 ●苑	1	0	5	0	0	0	0	5
老健事業所 ●●	1	0	1	0	0	0	0	1

〈短期入所生活介護〉

居宅サービス計画に位置付けられた 「短期入所生活介護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)						
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
		9月	10月	11月	12月	1月	2月	

〈短期入所療養介護〉

居宅サービス計画に位置付けられた 「短期入所療養介護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)						
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
		9月	10月	11月	12月	1月	2月	

〈特定施設入居者生活介護〉 ※利用期間を定めて行うものに限る。

居宅サービス計画に位置付けられた 「特定施設入居者生活介護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)							合計
		3月	4月	5月	6月	7月	8月		
		9月	10月	11月	12月	1月	2月		

〈福祉用具貸与〉

居宅サービス計画に位置付けられた 「福祉用具貸与事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)							合計
		3月	4月	5月	6月	7月	8月		
		9月	10月	11月	12月	1月	2月		
福祉用具 み●●	1	0	3	0	0	0	0	0	3

〈定期巡回・随時対応型訪問介護看護〉

居宅サービス計画に位置付けられた 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)							合計
		3月	4月	5月	6月	7月	8月		
		9月	10月	11月	12月	1月	2月		
定期・随時巡回 ゆ●●	1	0	1	0	0	0	0	1	

〈夜間対応型訪問介護〉

居宅サービス計画に位置付けられた 「夜間対応型訪問介護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)							合計
		3月	4月	5月	6月	7月	8月		
		9月	10月	11月	12月	1月	2月		

〈認知症対応型通所介護〉

居宅サービス計画に位置付けられた 「認知症対応型通所介護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)						
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
		9月	10月	11月	12月	1月	2月	

〈小規模多機能型居宅介護〉 ※利用期間を定めて行うものに限る。

居宅サービス計画に位置付けられた 「小規模多機能型居宅介護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)						
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
		9月	10月	11月	12月	1月	2月	

〈認知症対応型共同生活介護〉 ※利用期間を定めて行うものに限る。

居宅サービス計画に位置付けられた 「認知症対応型共同生活介護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)						
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
		9月	10月	11月	12月	1月	2月	

〈地域密着型特定施設入居者生活介護〉 ※利用期間を定めて行うものに限る。

居宅サービス計画に位置付けられた 「地域密着型特定施設入居者生活介護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)						
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
		9月	10月	11月	12月	1月	2月	

〈看護小規模多機能型居宅介護〉 ※利用期間を定めて行うものに限る。

居宅サービス計画に位置付けられた 「看護小規模多機能型居宅介護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)						
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
		9月	10月	11月	12月	1月	2月	

居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る判定様式(紹介率最高法人算定用・通所介護等用)

※選択する方の□にチェックを入れてください。

☐ 〈通所介護等〉:通所介護等を合算して算出する場合

居宅サービス計画に位置付けられた 「通所介護等事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)							合計
		3月	4月	5月	6月	7月	8月		
		9月	10月	11月	12月	1月	2月		

☒ 〈通所介護〉:通所介護等を別々に算出する場合

居宅サービス計画に位置付けられた 「通所介護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)							合計
		3月	4月	5月	6月	7月	8月		
		9月	10月	11月	12月	1月	2月		
特別養護老人ホーム ●苑	1	1	4	0	0	0	0	5	

〈地域密着型通所介護〉

居宅サービス計画に位置付けられた 「地域密着型通所介護事業所」を開設している法人名	事業所数	各法人を位置付けた居宅サービス計画数(件)							合計
		3月	4月	5月	6月	7月	8月		
		9月	10月	11月	12月	1月	2月		

統計資料

年齢別利用者数

ケアセンター ●●●●

令和2年4月

印刷日 令和2年6月1日

年 区	齢 分		事業 対象者	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	左記以外	合計
～ 59	男											
	女											
	計											
60 ～ 64	男											
	女											
	計											
65 ～ 69	男											
	女				1							1
	計				1							1
70 ～ 74	男											
	女					1						1
	計					1						1
75 ～ 79	男							1				1
	女											
	計							1				1
80 ～ 84	男			1				1		1		3
	女			1	2	1	3	2	1			10
	計			2	2	1	3	3	1	1		13
85 ～ 89	男											
	女											
	計											
90 ～ 94	男											
	女							1				1
	計							1				1
95 ～ 99	男											
	女											
	計											
100 ～	男											
	女											
	計											
合 計	男			1				2		1		4
	女			1	3	2	3	3	1			13
	計			2	3	2	3	5	1	1		17

平均介護度： 1.99 男性： 2.84 女性： 1.73 平均年齢： 79.9 男性： 80.5 女性： 79.7

- 年齢は対象年月の月初日の年齢（5歳刻み）で分類されています。
- 介護度は対象月内の（最も新しい）介護保険の介護度により振り分けられています。
- 平均介護度は要支援以下を0.375として計算しています。

年齢別利用者数

ケアセンター ●●●●

令和2年5月

印刷日 令和2年6月1日

年 区	齢 分		事業 対象者	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	左記以外	合計
～ 59	男											
	女											
	計											
60 ～ 64	男											
	女											
	計											
65 ～ 69	男											
	女											
	計											
70 ～ 74	男											
	女											
	計											
75 ～ 79	男							1				1
	女											
	計							1				1
80 ～ 84	男							1				1
	女			1	2	1	1	1	1			7
	計			1	2	1	1	2	1			8
85 ～ 89	男											
	女											
	計											
90 ～ 94	男											
	女											
	計											
95 ～ 99	男											
	女											
	計											
100 ～	男											
	女											
	計											
合 計	男							2				2
	女			1	2	1	1	1	1			7
	計			1	2	1	1	3	1			9

平均介護度： 1.9	男性： 3	女性： 1.59	平均年齢： 80.6	男性： 81	女性： 80.4
------------	-------	----------	------------	--------	----------

- 年齢は対象年月の月初日の年齢（5歳刻み）で分類されています。
- 介護度は対象月内の（最も新しい）介護保険の介護度により振り分けられています。
- 平均介護度は要支援以下を0.375として計算しています。

年齢別利用者数

ケアセンター ●●●●

令和2年4月 ～ 令和2年5月

印刷日 令和2年6月1日

年 区	齢 分	事業 対象者	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	左記以外	合計
～ 59	男										
	女										
	計										
60 ～ 64	男										
	女										
	計										
65 ～ 69	男										
	女			1							1
	計			1							1
70 ～ 74	男										
	女				1						1
	計				1						1
75 ～ 79	男						2				2
	女										
	計						2				2
80 ～ 84	男		1				2		1		4
	女		2	4	2	4	3	2			17
	計		3	4	2	4	5	2	1		21
85 ～ 89	男										
	女										
	計										
90 ～ 94	男										
	女						1				1
	計						1				1
95 ～ 99	男										
	女										
	計										
100 ～	男										
	女										
	計										
合 計	男		1				4		1		6
	女		2	5	3	4	4	2			20
	計		3	5	3	4	8	2	1		26

平均介護度： 1.96 男性： 2.9 女性： 1.68 平均年齢： 80.1 男性： 80.7 女性： 80

- 年齢は対象年月の月初日の年齢（5歳刻み）で分類されています。
- 介護度は対象月内の（最も新しい）介護保険の介護度により振り分けられています。
- 平均介護度は要支援以下を0.375として計算しています。

相談実績集計表

全事業所合計

対象期間： H31/4～R2/3

作成日： R2/4/30

① 来所

区分	高齢者本人（含み家族）								不明（匿名）		民生委員		介護支援専門員		サービス提供事業所		医師		合計	
	一般		特定高齢者		要支援者		要介護者													
	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続
介護保険	5	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	12
介護予防	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
高齢者福祉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
特定高齢者施策	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
保険・医療	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
権利擁護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
権利擁護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
虐待対応	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
インフォーマルサービス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
サービス内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2	1
アクシデント	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
主治医からの指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	8	12	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	13	14

② 訪問

区分	高齢者本人（含み家族）								不明（匿名）		民生委員		介護支援専門員		サービス提供事業所		医師		合計	
	一般		特定高齢者		要支援者		要介護者													
	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続
介護保険	6	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	10
介護予防	0	0	0	0	6	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	5
高齢者福祉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
特定高齢者施策	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
保険・医療	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
権利擁護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
権利擁護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
虐待対応	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
インフォーマルサービス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
サービス内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	5	5
アクシデント	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
主治医からの指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	6	10	0	0	6	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	18	20

③ 電話

[illegible]

サービス内容	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	1
アクシデント	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
主治医からの指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
計	18	14	0	0	3	5	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	1	1	25	21

④ 合計 (①+②+③)

区分	高齢者本人（含み家族）								不明（匿名）		民生委員		介護支援専門員		サービス提供事業所		医師		合計	
	一般		特定高齢者		要支援者		要介護者													
	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続
介護保険	24	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	36
介護予防	0	0	0	0	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	11
高齢者福祉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
特定高齢者施策	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
保険・医療	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0
権利擁護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
権利擁護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
虐待対応	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
インフォーマルサービス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
サービス内容	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	10	6	0	0	10	7
アクシデント	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
主治医からの指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
計	33	36	0	0	12	11	0	1	0	0	0	0	0	0	10	6	1	1	56	55

介護支援記録集計表

ケアセンター「み●●」

対象期間：R2/4～R2/4

作成日：R2/5/25

① 検診

区分	民生委員		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所		医療機関		インフォーマルサービス		利用者宅		その他				合計	
	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続
ケース記録	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			1	1
看護記録	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
介護記録	0	0	2	1	2	3	5	2	0	0	0	0	0	0			9	6
処置	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0			2	1
処置 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
モニタリング	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
電話	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			2	1
家庭訪問	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
サービス担当者会議	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			3	1
スタッフ間連絡等	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0			4	0
面会	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
HDノート	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
ヒヤリハットメモ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
帰宅願望	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
検診	1	1	9	3	4	3	7	3	0	0	0	0	0	0			21	10
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0

② 電話

区分	民生委員		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所		医療機関		インフォーマルサービス		利用者宅		その他				合計	
	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続
ケース記録	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
看護記録	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
介護記録	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
処置	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
処置 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
モニタリング	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
電話	1	0	5	6	5	3	1	1	0	0	0	0	0	0			12	10
家庭訪問	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
サービス担当者会議	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
スタッフ間連絡等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
面会	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
HDノート	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
ヒヤリハットメモ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
帰宅願望	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
検診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
計	1	0	5	6	5	3	1	1	0	0	0	0	0	0			12	10

③ 家庭訪問

区分	民生委員		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所		医療機関		インフォーマルサービス		利用者宅		その他				合計	
	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続
ケース記録	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
看護記録	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
介護記録	0	0	12	5	0	0	0	0	3	1	2	1	0	0			17	7
処置	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
処置 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0

モニタリング	0	0	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3
電話	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
家庭訪問	0	1	3	2	0	0	0	0	0	0	6	2	0	0	0	0	9	5
サービス担当者会議	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
スタッフ間連絡等	1	0	2	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0
面会	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ＨＤノート	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ヒヤリハットメモ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
帰宅願望	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	1	1	25	11	2	0	1	0	3	1	8	2	0	0	0	0	40	16

④ スタッフ間連絡協議

区分	民生委員		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所		医療機関		インフォーマルサービス		利用者宅		その他				合計	
	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続
ケース記録	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			1	1
看護記録	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
介護記録	0	0	8	6	6	5	1	1	0	0	0	0	0	0			15	12
処置	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
処置 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
モニタリング	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
電話	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
家庭訪問	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
サービス担当者会議	0	0	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			3	5
スタッフ間連絡等	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			2	3
面会	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
ＨＤノート	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
ヒヤリハットメモ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
帰宅願望	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
検診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
計	1	1	13	14	6	5	1	1	0	0	0	0	0	0			21	21

⑤ 観察

区分	民生委員		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所		医療機関		インフォーマルサービス		利用者宅		その他				合計	
	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続
ケース記録	0	0	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			5	2
看護記録	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
介護記録	0	0	16	21	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0			19	24
処置	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0			2	2
処置 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
モニタリング	0	0	12	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			12	15
電話	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0			3	3
家庭訪問	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0			2	3
サービス担当者会議	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
スタッフ間連絡等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
面会	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
ＨＤノート	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
ヒヤリハットメモ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
帰宅願望	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
検診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
計	1	1	33	38	1	1	6	6	0	0	2	3	0	0			43	49

⑥ その他

区分	民生委員		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所		医療機関		インフォーマルサービス		利用者宅		その他				合計	
	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続
ケース記録	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
看護記録	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
介護記録	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			2	1
処置	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
処置2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
モニタリング	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
電話	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
家庭訪問	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			1	1
サービス担当者会議	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
スタッフ間連絡等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
面会	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
HDノート	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
ヒヤリハットメモ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
帰宅願望	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
検診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
計	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			3	2

⑦ 合計(①+②+③+④+⑤+⑥)

区分	民生委員		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所		医療機関		インフォーマルサービス		利用者宅		その他				合計	
	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続	新規	継続
ケース記録	1	1	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			6	3
看護記録	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
介護記録	0	0	40	34	9	9	8	5	3	1	2	1	0	0			62	50
処置	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	0	0			4	3
処置2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
モニタリング	0	0	17	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			17	18
電話	2	1	7	7	5	3	3	3	0	0	0	0	0	0			17	14
家庭訪問	0	1	4	3	0	0	0	0	0	0	8	5	0	0			12	9
サービス担当者会議	0	0	9	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			9	7
スタッフ間連絡等	1	0	6	3	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0			12	3
面会	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
HDノート	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
ヒヤリハットメモ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
帰宅願望	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
検診	1	1	9	3	4	3	7	3	0	0	0	0	0	0			21	10
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
計	5	4	97	77	22	15	23	14	3	1	10	6	0	0			160	117

レセプト統計関係

										令和	0	2	年	0	4	月分	
公費負担者番号										保険者番号		0	1	1	0	0	7
居宅介護 支援事業者	事業所 番号	4	6	9	9	9	9	9	7	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5						
	事業所 名称	ケアセンター ●●●									鹿児島県 X X 市 X X 町 X X X 番地						
											連絡先	電話番号 099-XXX-XXXX					
											単位数 単価	1	0	0	0	(円/単位)	

項番	被保険者	被保険者番号										(フリガナ)		*ワケニ ヨシ*										性別	1. 男 ② 女					
		公費受給者番号										氏名		* 国 良 *																
		生年月日	1. 明治 2. 大正 ③ 昭和										要介護 状態区分	要介護					認定 有効期間	令和	0	2	年	0	1	月	0	1	日	から
			1	4	年	0	7	月	2	9	日	1・②・3・4・5					令和	0		2	年	1	2	月	3	1	日	まで		
		担当介護支援 専門員番号		4	6	7	7	7	7	7	7	サービス計画 作成依頼 届出年月日		平成	2	5	年	0	1	月	0	1	日							
1	給付費明細書欄	サービス内容					サービスコード					単位数	回数	サービス単位数					摘要					サービス単位数合計						
		居宅支援Ⅰ1					4	3	2	1	1	1	1	0	5	7	1	1	0	5	7						1	0	5	7
																								請求額合計						
																								1	0	5	7	0		
		項番	被保険者	被保険者番号										(フリガナ)												性別	1. 男 2. 女			
公費受給者番号										氏名																				
	被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 状態区分	要介護					認定 有効期間			年			月			日	から	
					年			月			日	1・2・3・4・5								年			月			日	まで			
		担当介護支援 専門員番号										サービス計画 作成依頼 届出年月日					年			月			日							
		給付費明細書欄	サービス内容					サービスコード					単位数	回数	サービス単位数					摘要					サービス単位数合計					
																						請求額合計								

給付管理票総括票

令和 2 年 5 月提出分

作成区分	① 居宅介護支援事業所作成 2. 自己作成(保険者番号:) 3. 介護予防支援事業所・地域包括支援センター作成									
居宅介護支援事業所	事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	7
	事業所名	ケアセンター ●●●								
	所在地連絡先	鹿児島県XX市XX町XXXX番地 099-XXX-XXXX								

他 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	3 枚	3 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件
	短期入所サービス給付管理票	新規分	枚	件
		修正分	枚	件
		取消分	枚	件

自 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	9 枚	9 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件
	短期入所サービス給付管理票	新規分	枚	件
		修正分	枚	件
		取消分	枚	件

様式第一

介護給付費請求書

令和	0	2	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

保 険 者

(別記) 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	7
請求事業所	名称		ケアセンター ●●●							
	所在地		〒 8 9 1 - 0 1 1 5 鹿児島県 X X 市 X X 町 X X X X 番地							
	連絡先		099-XXX-XXXX							

保険請求

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	10	70,181	701,810	627,502	8,254	66,054					
居宅介護支援・ 介護予防支援	12	19,796	197,960	197,960							
合計	22	89,977	899,770	825,462	8,254	66,054					

公費請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件数	単位数・点数	費用合計	公費請求額	件数	費用合計	公費請求額
12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	1	4,127	41,270	8,254			
生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・ 緊急措置							
88 水俣病総合対 策メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置 (全額免除)							
25 中国残留邦人等							
合計				8,254			

様式第一

介護給付費請求書

令和	0	2	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

保 険 者 (462010)

鹿児島市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	7
請求事業所	名称	ケアセンター ●●●								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5								
		鹿児島県 X X 市 X X 町 X X X X 番地								
	連絡先	099-XXX-XXXX								

保険請求

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数 ・点数	費用合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	8	62,778	627,780	565,002		62,778					
居宅介護支援・ 介護予防支援	6	10,822	108,220	108,220							
合計	14	73,600	736,000	673,222		62,778					

公費請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件数	単位数 ・点数	費用合計	公費 請求額	件数	費用合計	公費 請求額
12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・ 緊急措置							
88 水俣病総合対 策メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置 (全額免除)							
25 中国残留邦人等							
合計							

様式第一

介護給付費請求書

年

月分

令和2年5月請求分合計

保 険 者 (462010)

鹿児島市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	7
請求事業所	名称	ケアセンター ●●●								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5								
		鹿児島県 X X 市 X X 町 X X X X 番地								
	連絡先	099-XXX-XXXX								

保険請求

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数 ・点数	費用合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	8	62, 778	627, 780	565, 002		62, 778					
居宅介護支援・ 介護予防支援	6	10, 822	108, 220	108, 220							
合計	14	73, 600	736, 000	673, 222		62, 778					

公費請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件数	単位数 ・点数	費用合計	公費 請求額	件数	費用合計	公費 請求額
12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・ 緊急措置							
88 水俣病総合対 策メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置 (全額免除)							
25 中国残留邦人等							
合計							

サービス提供年月：令和2年4月分

												令和		0	2	年		0	4	月分	
公費負担者番号																					
												保険者番号		0	1	1	0	0	7		

居宅介護 支援事業者	事業所 番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	7	所在地	〒	8	9	1	－	0	1	1	5					
	事業所 名称	ケアセンター ●●●											鹿児島県X X市X X町X X X番地													
	連絡先											電話番号 099-XXX-XXXX														
	単位数 単価											1	0	0	0	(円/単位)										

項番	被保険者番号 0 0 1 2 0 0 0 0 0 0												(フリガナ)		*ワケニ ヨシ*										性別		1. 男 ②. 女	
	公費受給者番号						氏名		* 国 良 *																			
	被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③ 昭和									要介護 状態区分	要介護			認定 有効期間	令和	0	2	年	0	1	月	0	1	日	から	
			1	4	年	0	7	月	2	9	日		1・②・3・4・5				令和	0	2	年	1	2	月	3	1	日	まで	
	担当介護支援 専門員番号	4	6	7	7	7	7	7	7	サービス計画 作成依頼 届出年月日	平成	2	5	年	0	1	月	0	1	日								
1	サービス内容				サービスコード				単位数	回数	サービス単位数				摘要				サービス単位数合計									
	居宅支援Ⅰ 1				4 3 2 1 1 1				1 0 5 7	1	1 0 5 7								1 0 5 7									
																			請求額合計									
																			1 0 5 7 0									
項番	被保険者番号												(フリガナ)												性別		1. 男 2. 女	
	公費受給者番号						氏名																					
	被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和									要介護 状態区分	要介護			認定 有効期間	平成		年		月		日	から				
					年		月		日	1・2・3・4・5			平成		年			月		日	まで							
	担当介護支援 専門員番号									サービス計画 作成依頼 届出年月日	平成			年			月		日									
給付費明細書欄	サービス内容				サービスコード				単位数	回数	サービス単位数				摘要				サービス単位数合計									
																			請求額合計									

介護度別サービスコード別請求額一覧

提供年月: R02/04 ~ R02/04

作成日: R02/04/30

サービス種類	介護度	サービスコード	サービス内容名称	合成単位	延回数(日数)	合計単位	合計金額	人数
通所リハビリテーション	要介護1	163726	通所リハⅠ261	670	8	5,360	53,600	1
通所リハビリテーション	要介護1	163946	通所リハⅠ271	716	5	3,580	35,800	1
通所リハビリテーション	要介護1	165301	通所リハ入浴介助加算		13	650	6,500	2
通所リハビリテーション	要介護1	165601	通所リハマネジメント加算Ⅰ		2	660	6,600	2
通所リハビリテーション	要介護1	166103	通所リハ処遇改善加算Ⅲ		1	0	0	1
通所リハビリテーション	要介護1	166104	通所リハ処遇改善加算Ⅳ		1	0	0	1
通所リハビリテーション	要介護2	162152	通所リハⅡ132	515	5	2,575	25,750	1
通所リハビリテーション	要介護2	163727	通所リハⅠ262	801	13	10,413	104,130	1
通所リハビリテーション	要介護2	165301	通所リハ入浴介助加算		18	900	9,000	2
通所リハビリテーション	要介護2	165601	通所リハマネジメント加算Ⅰ		2	660	6,600	2
通所リハビリテーション	要介護2	166101	通所リハサービス提供体制加算Ⅰ2		5	60	600	1
通所リハビリテーション	要介護2	166103	通所リハ処遇改善加算Ⅲ		2	61	610	2
通所リハビリテーション	要介護4	161199	通所リハⅠ154	935	4	3,740	37,400	1
通所リハビリテーション	要介護4	163729	通所リハⅠ264	1081	26	28,106	281,060	3
通所リハビリテーション	要介護4	165301	通所リハ入浴介助加算		30	1,500	15,000	4
通所リハビリテーション	要介護4	165601	通所リハマネジメント加算Ⅰ		4	1,320	13,200	4
通所リハビリテーション	要介護4	165611	通所リハ同一建物減算		8	-752	-7,520	2
通所リハビリテーション	要介護4	166101	通所リハサービス提供体制加算Ⅰ2		17	204	2,040	2
通所リハビリテーション	要介護4	166103	通所リハ処遇改善加算Ⅲ		2	289	2,890	2
通所リハビリテーション	要介護4	166107	通所リハ処遇改善加算Ⅰ		2	185	1,850	2
小計		16****	通所リハビリテーション	-	-	59,511	595,110	37
介護予防通所リハビリテーション	要支援1	661111	予防通所リハビリ11	1721	1	1,721	17,210	1
介護予防通所リハビリテーション	要支援1	665002	予防通所リハ運動器機能向上加算		1	225	2,250	1
介護予防通所リハビリテーション	要支援1	666101	予通リハサービス提供体制加算Ⅰ21		1	48	480	1
介護予防通所リハビリテーション	要支援2	661121	予防通所リハビリ12	3634	1	3,634	36,340	1
介護予防通所リハビリテーション	要支援2	665002	予防通所リハ運動器機能向上加算		1	225	2,250	1
介護予防通所リハビリテーション	要支援2	666102	予通リハサービス提供体制加算Ⅰ22		1	96	960	1
介護予防通所リハビリテーション	要支援2	666111	予防通所リハ処遇改善加算Ⅲ		1	75	750	1
小計		66****	介護予防通所リハビリテーション	-	-	6,024	60,240	7
居宅介護支援	要介護1	432111	居宅支援Ⅰ1	1057	1	1,057	10,570	1
居宅介護支援	要介護1	434003	居宅支援特定事業所加算Ⅱ		1	400	4,000	1
居宅介護支援	要介護2	432111	居宅支援Ⅰ1	1057	3	3,171	31,710	3
居宅介護支援	要介護2	434003	居宅支援特定事業所加算Ⅱ		2	800	8,000	2
居宅介護支援	要介護3	432211	居宅支援Ⅰ2	1373	5	6,865	68,650	5

介護度別サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ～ R02/04

作成日： R02/04/30

サービス種類	介護度	サービスコード	サービス内容名称	合成単位	延回数(日数)	合計単位	合計金額	人数
居宅介護支援	要介護3	434002	居宅支援特定事業所加算Ⅰ		1	500	5,000	1
居宅介護支援	要介護3	434003	居宅支援特定事業所加算Ⅱ		5	2,000	20,000	5
居宅介護支援	要介護4	432211	居宅支援Ⅰ 2	1373	1	1,373	13,730	1
居宅介護支援	要介護4	434003	居宅支援特定事業所加算Ⅱ		1	400	4,000	1
居宅介護支援	要介護5	432211	居宅支援Ⅰ 2	1373	1	1,373	13,730	1
居宅介護支援	要介護5	434003	居宅支援特定事業所加算Ⅱ		1	400	4,000	1
小計		43****	居宅介護支援	-	-	18,339	183,390	22
合計		-	-	-	-	83,874	838,740	66

サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ～ R02/04

作成日： R02/04/30

サービス種類	サービスコード	サービス内容名称	合成単位	延回数(日数)	合計単位	合計金額	人数
通所リハビリテーション	161199	通所リハⅠ 1 5 4	935	4	3,740	37,400	1
通所リハビリテーション	162152	通所リハⅡ 1 3 2	515	5	2,575	25,750	1
通所リハビリテーション	163726	通所リハⅠ 2 6 1	670	8	5,360	53,600	1
通所リハビリテーション	163727	通所リハⅠ 2 6 2	801	13	10,413	104,130	1
通所リハビリテーション	163729	通所リハⅠ 2 6 4	1081	26	28,106	281,060	3
通所リハビリテーション	163946	通所リハⅠ 2 7 1	716	5	3,580	35,800	1
通所リハビリテーション	165301	通所リハ入浴介助加算		61	3,050	30,500	8
通所リハビリテーション	165601	通所リハマネジメント加算Ⅰ		8	2,640	26,400	8
通所リハビリテーション	165611	通所リハ同一建物減算		8	-752	-7,520	2
通所リハビリテーション	166101	通所リハサービス提供体制加算Ⅰ 2		22	264	2,640	3
通所リハビリテーション	166103	通所リハ処遇改善加算Ⅲ		5	350	3,500	5
通所リハビリテーション	166104	通所リハ処遇改善加算Ⅳ		1	0	0	1
通所リハビリテーション	166107	通所リハ処遇改善加算Ⅰ		2	185	1,850	2
小計	16****	通所リハビリテーション	-	-	59,511	595,110	37
介護予防通所リハビリテーション	661111	予防通所リハビリ 1 1	1721	1	1,721	17,210	1
介護予防通所リハビリテーション	661121	予防通所リハビリ 1 2	3634	1	3,634	36,340	1
介護予防通所リハビリテーション	665002	予防通所リハ運動器機能向上加算		2	450	4,500	2
介護予防通所リハビリテーション	666101	予通リハサービス提供体制加算Ⅰ 2 1		1	48	480	1
介護予防通所リハビリテーション	666102	予通リハサービス提供体制加算Ⅰ 2 2		1	96	960	1
介護予防通所リハビリテーション	666111	予防通所リハ処遇改善加算Ⅲ		1	75	750	1
小計	66****	介護予防通所リハビリテーション	-	-	6,024	60,240	7
居宅介護支援	432111	居宅支援Ⅰ 1	1057	4	4,228	42,280	4
居宅介護支援	432211	居宅支援Ⅰ 2	1373	7	9,611	96,110	7
居宅介護支援	434002	居宅支援特定事業所加算Ⅰ		1	500	5,000	1
居宅介護支援	434003	居宅支援特定事業所加算Ⅱ		10	4,000	40,000	10
小計	43****	居宅介護支援	-	-	18,339	183,390	22
合計	-	-	-	-	83,874	838,740	66

稼動額集計表

印刷日 : R2/5/11

[illegible]

要介護２				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
2899999992	* 養短期 川崎 *	R2/4	43	14, 570	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14, 570	
9900000030	* 谷 良 *	R2/4	43	14, 570	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14, 570	
0012000000	* 国 良 *	R2/4	43	10, 570	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10, 570	
	合計	(件数計)	3	39, 710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39, 710	

[illegible]

要介護４				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
0024939400	* 石京 *	R2/4	43	17,730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,730	
	合計	(件数計)	1	17,730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,730	

[illegible][illegible]

令和2年4月分

4699999997 ケアセンター ●●●●

印刷日 令和2年5月11日

番 号	利用者番号	利用者氏名	性 別	年 齢	要介護度	区分支給 限度基準 内単位	費用総額
1	1234	* 石 京 *	女	80	要介護 4	4,334	43,340
2		* 子 三 *	男	80	要介護 5	5,901	59,010
3		* 谷 良 *	女	81	要介護 2	3,155	31,550
4		* 崎 スナ *	女	92	要介護 3	8,162	81,620
5		* 戸 京 *	女	81	要介護 3	13,728	137,280

合 計	35,280	352,800
-----	--------	---------

■年齢は対象月の月初日の年齢を表示しています。
■介護度は対象月内の（最も新しい）介護保険の介護度を表示しています。

保険者別請求額一覧

提供年月 R02/04

区分	件数	日数	費用額	保険負担額	公費負担額	本人負担額
011007 ●●市						
支援事業所	1		10,570	10,570	0	0
計	1		10,570	10,570	0	0
011023 ●●市						
支援事業所	1		17,730	17,730	0	0
居宅系	1	4	33,016	33,016	0	0
計	2	4	50,746	50,746	0	0
1252522 ●●市						
居宅系	1	18	8,254	0	8,254	0
計	1	18	8,254	0	8,254	0
141309 ●●市						
支援事業所	1		14,570	14,570	0	0
計	1		14,570	14,570	0	0
462010 ●●市						
支援事業所	5		93,650	93,650	0	0
居宅系	7	57	195,080	175,572	0	19,508
計	12	57	288,730	269,222	0	19,508
462036 ●●市						
支援事業所	3		46,870	46,870	0	0
居宅系	1	5	32,760	29,484	0	3,276
計	4	5	79,630	76,354	0	3,276
465054 ●●市						
居宅系	1	9	19,940	17,946	0	1,994
計	1	9	19,940	17,946	0	1,994
合計						
支援事業所	11		183,390	183,390	0	0
居宅系	11	93	289,050	256,018	8,254	24,778
計	22	93	472,440	439,408	8,254	24,778

居宅介護(介護予防)支援事業者別請求額一覧

提供年月 R02/04

区分	件数	日数	費用額	保険負担額	公費負担額	本人負担額
468888888	東●●●地域包括支援センター					
	1	5	40,300	36,270	0	4,030
469999888	小規模多機能事業所 い●●					
	3	26	19,940	17,946	0	1,994
469999996	訪問看護 み●●					
	1	13	154,780	139,302	0	15,478
469999997	介護老人保健施設 ●苑					
	5	31	74,030	62,500	8,254	3,276
合計	10	75	289,050	256,018	8,254	24,778

介護給付費請求額一覧

請求年月：令和02年04月

居宅療養 ●●病院

印刷日：R02/04/30

サービス種類		サービス費用			特定入所者介護サービス費等						
		件数	単位合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担額	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
31	居宅療養管理指導	1	509	4,072	0	1,018	0	0	0	0	0
事業所計											
		1	509	4,072	0	1,018	0	0	0	0	0

介護給付費請求額一覧

請求年月：令和02年04月

み●●訪問介護ステーション

印刷日：R02/04/30

サービス種類		サービス費用				特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担額	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
A2	訪問型サービス（独自）									
	1	976	8,784	0	976	0	0	0	0	0
事業所計										
	1	976	8,784	0	976	0	0	0	0	0
全体計										
	2	1,485	12,856	0	1,994	0	0	0	0	0

サービス集計一覧

提供年月： 令和02年04月 ～ 令和02年04月

サービス種類名： 居宅介護支援

印刷日：R02/05/11

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	居宅支援Ⅰ 1 居宅支援Ⅰ 2	居宅支援Ⅲ 1 居宅支援Ⅲ 2 初回加算 特定事業所加算	入院時情報連携加算Ⅰ 入院時情報連携加算Ⅱ 退院退所加算(Ⅰ) 退院退所加算(Ⅱ)	退院退所加算(Ⅲ) 小規模多機能連携加算 看護小規模連携加算 カンファレンス加算	ターミナルケアマネジメント加算	【保険単位数】	種別	保険請求額	保険利用者負担額	公費請求額	公費本人負担額
要介護 1											
* 石 サ *	1,057	0	0	0	0	0	保険	14,570	0	0	0
2899990001	0	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	400	0	0	1,457	0	特定治療・療養	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
* 川 花 *	1,057	0	0	0	0	0	保険	14,570	0	0	0
0155594218	0	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	400	0	0	1,457	0	特定治療・療養	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
要介護 1 小計	2,114	0	0	0	0	0	保険	29,140	0	0	0
(2 人)	0	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	800	0	0	2,914	0	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 2											
* 養短期 川崎 *	1,057	0	0	0	0	0	保険	14,570	0	0	0
2899999992	0	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	400	0	0	1,457	0	特定治療・療養	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
* 谷 良 *	1,057	0	0	0	0	0	保険	14,570	0	0	0
9900000030	0	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	400	0	0	1,457	0	特定治療・療養	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
* 国 良 *	1,057	0	0	0	0	0	保険	10,570	0	0	0
1000 0012000000	0	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	1,057	0	特定治療・療養	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
要介護 2 小計	3,171	0	0	0	0	0	保険	39,710	0	0	0
(3 人)	0	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	800	0	0	3,971	0	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 3											

サービス集計一覧

提供年月： 令和02年04月 ～ 令和02年04月

サービス種類名： 居宅介護支援

印刷日： R02/05/11

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	居宅支援Ⅰ 1 居宅支援Ⅰ 2 居宅支援Ⅱ 1 居宅支援Ⅱ 2	居宅支援Ⅲ 1 居宅支援Ⅲ 2 初回加算 特定事業所加算	入院時情報連携加算Ⅰ 入院時情報連携加算Ⅱ 退院退所加算(Ⅰ) 退院退所加算(Ⅱ)	退院退所加算(Ⅲ) 小規模多機能連携加算 看護小規模連携加算 カンファレンス加算	ターミナルケアマネジメント加算 【保険単位数】	種別	保険請求額	保険利用者負担額	公費請求額	公費本人負担額
* 牟田 良 *	0	0	0	0	0	保険	17,730	0	0	0
1045	1,373	0	0	0		食費	0	0	0	0
4600000828	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	400	0	0	1,773	特定治療・療養	0	0	0	0
* 治 一 *	0	0	0	0	0	保険	22,730	0	0	0
107	1,373	0	0	0		食費	0	0	0	0
4600000001	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	900	0	0	2,273	特定治療・療養	0	0	0	0
* 下 大 *	0	0	0	0	0	保険	17,730	0	0	0
	1,373	0	0	0		食費	0	0	0	0
4699996666	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	400	0	0	1,773	特定治療・療養	0	0	0	0
* 崎 スナ *	0	0	0	0	0	保険	17,730	0	0	0
	1,373	0	0	0		食費	0	0	0	0
0000121121	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	400	0	0	1,773	特定治療・療養	0	0	0	0
* 戸 京 *	0	0	0	0	0	保険	17,730	0	0	0
	1,373	0	0	0		食費	0	0	0	0
0100101277	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	400	0	0	1,773	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護3 小計	0	0	0	0	0	保険	93,650	0	0	0
	6,865	0	0	0		食費	0	0	0	0
(5人)	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	2,500	0	0	9,365	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護4										
* 石 京 *	0	0	0	0	0	保険	17,730	0	0	0
1234	1,373	0	0	0		食費	0	0	0	0
0024939400	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	400	0	0	1,773	特定治療・療養	0	0	0	0

サービス集計一覧

提供年月： 令和02年04月 ～ 令和02年04月
サービス種類名： 居宅介護支援

印刷日： R02/05/11

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	居宅支援Ⅰ 1 居宅支援Ⅰ 2 居宅支援Ⅱ 1 居宅支援Ⅱ 2	居宅支援Ⅲ 1 居宅支援Ⅲ 2 初回加算 特定事業所加算	入院時情報連携加算Ⅰ 入院時情報連携加算Ⅱ 退院退所加算(Ⅰ) 退院退所加算(Ⅱ)	退院退所加算(Ⅲ) 小規模多機能連携加算 看護小規模連携加算 カンファレンス加算	ターミナルケアマネジメント加算 【保険単位数】	種別	保険請求額	保険利用者負担額	公費請求額	公費本人負担額
要介護 4 小計	0	0	0	0	0	保険	17,730	0	0	0
(1 人)	1,373	0	0	0		食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	400	0	0	1,773	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 5										
子 三	0	0	0	0	0	保険	17,730	0	0	0
4633333328	1,373	0	0	0		食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	400	0	0	1,773	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 5 小計	0	0	0	0	0	保険	17,730	0	0	0
(1 人)	1,373	0	0	0		食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	400	0	0	1,773	特定治療・療養	0	0	0	0
総合計	5,285	0	0	0	0	保険	197,960	0	0	0
(12 人)	9,611	0	0	0		食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	4,900	0	0	19,796	特定治療・療養	0	0	0	0

アセスメント

[* 国 良 *

様]

簡易アセスメント

女性 昭和14年7月29日 生

作成日 [令和 2年4月1日]

項目	評価	備考
麻痺拘縮	麻痺の有無：ない 関節の動く範囲の制限：膝関節	
移動	寝返り：何かにつかまればできる 起き上がり：何かにつかまればできる 座位保持：自分の手で支えればできる 両足での立位保持：支えなしでできる 歩行：何かにつかまればできる 移乗：一部介助 移動：一部介助	
複雑動作	立ち上がり：何かにつかまればできる 片足での立位：何か支えがあればできる 洗身：一部介助	
身の回り	褥瘡の有無：ない 皮膚疾患の有無：ない 嚥下：見守り等 食事摂取：見守り等 飲水：見守り等 排尿：見守り等 排便：見守り等	
衛生・自己管理	清潔 口腔衛生：一部介助 清潔 洗顔：自立 清潔 整髪：自立 清潔 つめきり：一部介助 衣服脱着 上着の脱着：見守り等 衣服脱着 スポーツ・パンツ等の脱着：見守り等 薬の管理：一部介助 金銭の管理：自立 電話の利用：一部介助 日常の意思決定：自立	
意思疎通	視力：普通（日常生活に支障がない） 聴力：普通の声がやっと聞きとれる 意思の伝達：ときどき伝達できる 指示への反応：介護者の指示が通じる 毎日の日課の理解：できる 生年月日、年齢を答えることができる：できる 面接調査直前に何をしていたか思い出す事が：できる 自分の名前を答えることができる 今の季節を理解することができる	

[* 国 良 * 様]

簡易アセスメント

女性 昭和14年7月29日 生

作成日 [令和 2年4月1日]

項目	評価	備考
問題行動	物を盗まれたなどと被害的にあることが：ない 作話をし周囲に言いふらすことが：ない 実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることが：ない 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが：ない 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が：ない 暴言や暴行が：ない しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが：ときどきある 大声を出すことが：ない	
特別医療（過去14日間に受けた医療）		
その他	日中の生活：座っている事が多い 外出頻度：週1回以上 家族・居住環境・社会参加等の状況における生活の不活性化の原因になるような変化：ない	

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回アセスメント日：	R02年10月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	------------	------------

I. 基本情報

1. 氏名
* 国 良 *
* 国 良 *
2. 性別
1. 男 2. 女
3. 生年月日
S14年07月29日
4. 現住所
5. 入院日・入所日
R02年04月01日
6. 入院・入所前の状況
1. 自宅またはアパート
2. 療養型以外の病院・有床診療所
3. 療養型の病院・有床診療所（介護療養型医療施設）
4. 老人保健施設（介護老人保健施設）
5. 特別養護老人ホーム（介護福祉施設）
6. 精神病院
7. ケア付き住宅・有料老人ホーム・グループホーム
8. 1～7以外
7. 世帯類型
1. 一人暮らし
2. 高齢者夫婦のみ
3. その他
8. 過去5年間の90日以上継続した入院・入所歴
a. 当該施設への入院・入所歴
b. 療養型以外の病院・有床診療所
c. 療養型の病院・有床診療所（介護療養型医療施設）
d. 老人保健施設（介護老人保健施設）
e. 特別養護老人ホーム（介護福祉施設）
f. 精神病院
g. 上記に該当なし
9. 職業歴
主なものを2つまで具体的に記入

10. 教育歴

最終学歴
1. 未就学 4. 旧制中学・新制高校卒
2. 小学校卒 5. 旧制高校・短大卒
3. 高等小学校・新制中学卒 6. 大学卒

2

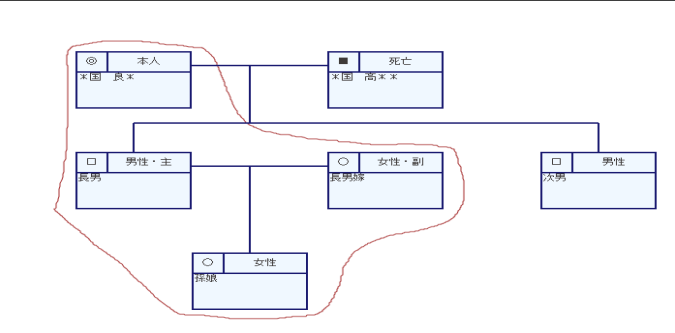
1

1

a	●
b	
c	
d	
e	
f	
g	

3

11. 家族図



女性=○ 男性=□
本人=◎ 回
死亡=● 同居=□で囲む

12. IとIIの記入日

R02年04月02日

II. 入院・入所前の生活

1. 入院・入所前の生活

1日の日課
a. 夜遅くまで起きていた（例：夜9時以降）
b. 日中、定期的に昼寝をしていた（1時間以上）
c. 1週間に1日以上は外出していた
d. 趣味・読書、きめられた日々の日課で忙しくしていた
e. ほとんどの時間を1人、あるいはテレビを見て過ごしていた
f. 屋内は自立して移動していた（補助具の使用を含む）
g. 少なくとも1日1回は喫煙していた
h. 上記に該当なし
食事の習慣
i. 特別な食生活
j. ほぼ毎日、間食していた
k. 少なくとも1週間に1度は飲酒していた
l. 上記に該当なし
日常生活の行動様式
m. ほとんど1日中、寝間着のままでいた
n. ほとんど毎晩、トイレに起きていた
o. 便の排泄が不規則であった
p. 入浴は、シャワーを好んだ
q. 晩に入浴することを好んだ
r. 上記に該当なし
関わり合い方
s. 親族や親しい友人と毎日接触があった
t. よくお寺や神社に参拝、あるいは教会の礼拝に行っていた
u. 信仰をよりどころにしていた
v. 毎日動物を相手にしていた、一緒にいた
w. グループ活動をしていた
x. 上記に該当なし
y. 患者・入所者、家族はいずれの情報も提供できない

a	
b	●
c	●
d	●
e	●
f	●
g	
h	

i	
j	●
k	
l	

m	
n	
o	●
p	●
q	
r	

s	
t	
u	●
v	
w	
x	
y	

アセスメント結果表A

作成日：R02年10月05日

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

A. 患者・入所者の基本的情報

2. 部屋番号（名）

今回 202

前回 202

前々回 202

3. アセスメント基準日

今回 R02年04月01日

前回 R02年04月01日

前々回 R02年04月01日

4. 配偶者の有無

- 未婚
- 既婚
- 死別
- 離婚
- その他

今回 前回 前々回

3 3 3

5. 施設におけるID番号

今回

前回

前々回

6. 保険の種類

該当するものすべてにチェック

- 医療保険
- 介護保険
- 生活保護

今回 前回 前々回

a ● ● ●
b ● ● ●
c

7. 自己負担額

1ヶ月の自己負担額を千円未満は四捨五入して記入

新入院・新入所の場合は、予測額を記入。

1ヶ月以内の入院・入所の場合は1ヶ月に換算

- 毎月の保険内自己負担額（ ）千円
- 毎月の保険外自己負担額（ ）千円

今回 前回 前々回

a 20 千円 20 千円 20 千円

b 70 千円 70 千円 70 千円

8. アセスメントの理由

- 新入院・新入所
- 転院・転所
- 定時
- 状態の著変

今回 前回 前々回

3 3 3

9. 意思決定権

- 本人
- 家族
- 法定代理人・後見人
- 上記に該当なし

a ● ● ●
b
c
d

10. 終末期に対する希望

- 尊厳死の意志を登録
- 蘇生術をしない
- 一般病院へ転院・転床しない
- 臓器移植（角膜等）登録
- 栄養制限（経管栄養の利用をしない等）
- 投薬制限
- その他の制限
- 上記に該当なし

a
b ● ● ●
c ● ● ●
d ● ● ●
e ● ● ●
f
g
h

11. 面会

- ほぼ毎日
- 週に1～2回
- 月に1～2回
- 年に数回
- ほとんどない

2 2 2

アセスメント結果表B

作成日：R02年10月05日

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

B. 認知

1. 昏睡状態

植物状態が続いている、あるいは痛みを識別できるような意識がない

0. 昏睡状態ではない

1. 昏睡状態である（1. の場合Gの項目にとぶ）

2. 記憶

a. 短期記憶： 5分前のことが思い出せる、あるいはそのように見える

0. はい

1. いいえ

b. 長期記憶： 昔のことを思い出すことができる、あるいはそのように見える

0. はい

1. いいえ

3. 記憶を想起する能力

過去3日間通常思い出せた項目をすべてチェックする

a. 今の季節

b. 自分の部屋の場所

c. スタッフの名前／顔

d. 施設ににいるということ

e. 上記のものはすべて思い出せない

4. 日常の意思決定を行うための認知能力

毎日の日課における意思決定

0. 自立： 首尾一貫して理にかなった判断ができる

1. 限定的な自立： 新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある

2. 軽度の障害： 特別な状況において、判断力が弱く、合図や見守りが必要である

3. 中等度の障害： 常に判断力が弱く、合図や見守りが必要である

4. 重度の障害： 判断できないか、まれにしか判断できない

今回 前回 前々回

0 0 0

1 1 0

1 1 0

a ● ● ●
b ● ● ●
c ● ● ●
d ● ● ●
e □ □ □

1 0 0

今回 前回 前々回

a 1 1 1
b 1 1 1
c 0 0 0
d 0 0 0
e 0 0 0
f 1 1 1

5. せん妄の兆候、混乱した思考・意識

過去7日間の行動を記入

【正確にアセスメントするためには、この間の患者・入所者の行動を直接知っているスタッフや家族との話し合いが必要である】

0. このようなことはなかった

1. 最近始まったのではない

2. この7日間は通常の状態と異なる

（たとえば、新たに始まったり、悪化した）

a. 注意がそらされやすい（たとえば、集中力がない、話がそれる）

b. 周囲の環境に対する認識が変化する（たとえば、その場にいらない人に話をしたり唇を動かす、自分をどこか別の場所にいると思いこむ、昼夜の混乱）

c. 支離滅裂な会話が時々ある（たとえば、話していることが一貫しない、無意味である、見当違い、話題がとぶ、思考が散漫）

d. 落ち着きがない（たとえば、皮膚や服、ナプキンなどをいじったり、ひっぱる、居場所をよく変える、身体を動かし続ける、叫び続ける）

e. 無気力（たとえば、動作が鈍い、宙を見ている、なかなか奮起しない、身体の動きが少ない）

f. 認知能力が1日の中で変動する（たとえば、時々良かったり、悪かったり、行動があったり、なかったりする）

6. 認知状態の変化

過去90日間における認知状態、技能、能力の変化（前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて）

0. 変化なし

1. 改善

2. 悪化

0 0 0

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

C. コミュニケーション・聴覚

1. 聴覚

もし使用していれば、聴覚補助具等用いて

0. 十分に聞こえる：通常の会話、テレビ、電話
1. 静かな場所でない時にはわずかながら障害がある
2. 特別な状況でないとはっきりと話し
かたをする必要がある
3. 重度に障害：実質的に聞こえない

2. コミュニケーションの補助具／方法

過去3日間に使われたすべてにチェック

- a. 聴覚補助具をもっていて使用した
- b. 聴覚補助具はもっているが、定期的には使用していない
- c. 他のコミュニケーション手段を使用（読唇など）
- d. 上記に該当しない

3. 表現方法

患者・入所者が自分の意思を知らせるために使ったすべてに
チェック

- a. 話をする
- b. 筆談により表現（意思をはっきりするために用いる場合
も含む）
- c. 手話もしくは点字
- d. 合図、身振り、音
- e. コミュニケーション・ボード
- f. その他
- g. 上記に該当なし

4. 自分を理解させることができる

どんな方法で表現してもよい

0. 理解させることができる：容易に考えを表現できる
1. 通常は理解させることができる：十分に時間が与えられ
ていないと、言葉を思い出したり、考えをまとめるのが
困難、意図を引き出す必要はない
2. しばしば理解させることができる：言葉を思い出した
り、考えをまとめるのが困難、通常は意図を引き出す
必要がある
3. 時々理解させることができる：その能力は具体的な要求
に限られる
4. ほとんどまたは全く理解させることができない

5. 言葉の明瞭性

過去3日間の話し方

0. はっきりとした話し方：明瞭で了解できる言葉
1. はっきりしない話し方：不明瞭で、もごもごとした言葉
2. 話さない：話した言葉はない

6. 他者を理解できる

どんな方法で話した内容を理解してもよい

0. 理解できる：明解な理解力
1. 通常は理解できる：伝えようとする内容や目的の一部を
理解できないことがあるが、会話の大部分は理解してい
る。ほとんど、あるいは全く言い直すことはない
2. しばしば理解できる：伝えようとする内容や目的の一部
を理解できないことがあるが、言い直すことで、しばし
ば会話を理解できる
3. 時々理解できる：単純で直接的なコミュニケーション
には適切に反応する
4. ほとんどまたは全く理解できない

今回 前回 前々回

1 1 1

a ☒

b ☒

c ☐

d ☐

a ☒

b ☐

c ☐

d ☐

e ☐

f ☐

g ☐

1 1 1

1 1 1

1 1 1

7. 聴覚・コミュニケーションの変化

過去90日間における表現、理解、あるいは情報を聞く能力の
変化（前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセス
メント時と比べて）

0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

D. 視覚

1. 視力

適切な明るさのもとでの視力、もし使用をしていれば、眼鏡等を
用いて

0. 十 分： 新聞・本の細字も含めて細かい部分まで
見える
1. 障 害： 大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字
は見えない
2. 中 度 障害： 視力が限られている、新聞の見出しは見え
ないが、物を識別できる
3. 重 度 障害： 物を識別することは難しいが、目で動体を
追っているようである
4. 最重度障害： 見えない、あるいは明暗、色、形を識別
できるだけ、目は動体を追わない

2. 視覚・視野障害

- a. 視野の問題：視野が狭くなっている
たとえば、お盆の片側の食べ物を残す、移動する際に
人や物にぶつかる、座ろうとした場合にいすの位置を間違
えるなど
- b. 次のような経験がある：光のまわりにかさや輪が見えたり、
目にかすみがかかったように見えたり、閃光が見えたり
- c. 上記に該当なし

3. 視覚補助具

眼鏡、コンタクトレンズ、拡大鏡など

0. 使用していない 1. 使用している

今回 前回 前々回

1 1 1

1 1 1

a ☒

b ☒

c ☐

0 0 0

アセスメント結果表E

作成日：R02年10月05日

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

E. 気分と行動

1. うつ状態、不安、悲しみの気分の兆候

過去3日間に観察された兆候（理由のいかんを問わない）

- 0. 過去3日間観察されていない
- 1. 1、2日観察された
- 2. 毎日観察された

苦悩の言語的表現

- a. 否定的な言葉を言った（たとえば、どうでもよい、死んだ方がまし、長生きしたことを後悔している、死なせて）
- b. 質問を繰り返した（たとえば、私はどこにいくの？何をすればいいの？）
- c. 同じことを繰り返し言った（たとえば、助けて）
- d. 自分や他者に対する継続した怒り（たとえば、入院・入所したことに怒っている、受けているケアに怒る）
- e. 自己否定（たとえば、自分は役立たず）
- f. 現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した（たとえば、捨てられる、とに残される）
- g. 恐ろしいことが起きようとしている、と繰り返し言った（たとえば、死期が近いまたは心臓発作が起きると信じている）
- h. 健康上の不満を繰り返した（たとえば、常に医療的な関心をひきたがる、からだのことばかり心配している）
- i. たびたび不安、心配ごとを訴えた（健康問題以外で）（たとえば、日課、食事、洗濯、衣服、対人関係などで人の注意や気をひいて、そのことに「だいじょうぶ」といってもらいたい）

睡眠周期の問題

- j. 午前中不機嫌であった
- k. 不眠症または睡眠パターンが変化した

悲しみ、無関心、不安の表れ

- l. 悲しみ、苦悩、心配した表情（たとえば、しかめっ面）
- m. 何回も泣いたり涙もろい
- n. 身体的な動きを繰り返した（たとえば、歩き回る、手もみをする、落ち着かない、そわそわする、皮膚をひっぱるなど）

興味の喪失

- o. 興味をもっていた活動をしなくなった（たとえば、かつて楽しんできた活動や、家族・友人と一緒に過ごすことに興味がなくなる）
- p. 社会的交流の減少

今回 前回 前々回

a	1	1	0
b	1	1	1
c	2	1	0
d	0	0	0
e	2	0	0
f	0	0	0
g	0	0	0
h	1	1	1
i	1	1	1

j	0	0	0
k	0	0	0

l	0	0	0
m	0	0	0
n	0	0	0

o	0	0	0
p	1	1	1

2. 気分の持続性

うつ状態、悲しみや不安な気分の1つ以上の兆候が、過去3日間に励ましたり、慰めたり、安心させたりする試みでは、容易に気分が変えられなかった

- 0. 兆候はない
- 1. 兆候はあったが、容易に変えることができた
- 2. 兆候があり、変えることは困難であった

1	1	1
---	---	---

3. 気分の変化

過去90日間における気分の変化（前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて）

- 0. 変化なし
- 1. 改善
- 2. 悪化

1	1	1
---	---	---

4. 問題行動

(A) 過去3日間の問題行動の頻度

- 0. このような行動はなかった
- 1. 1日みられた
- 2. 2日みられた
- 3. 毎日みられた

(B) 過去3日間の問題行動の変容性

- 0. この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた
- 1. 行動を容易に変えられなかった

- a. 徘徊：危険性などに気づかないように、目的なく歩き回る
- b. 暴言：他者をおびやかす、どなる、ののしる
- c. 暴行：他者を打つ、押す、引っかく、性的に虐待する
- d. 社会的に不適当な、または混乱させる行動：邪魔になる音をたてる、騒々しい、叫ぶ、自傷行為、人前で性的行動、あるいは衣類を脱ぐ、食物や糞便を塗りたくる、放り投げる、貯め込む、他者の物をかきまわす
- e. ケアに対する抵抗：服薬、注射、ADL介助、食事を拒否

(A)			
a	0	0	0
b	0	0	0
c	0	0	0
d	0	0	0
e	0	0	0
(B)			
a	0	0	0
b			
c	0	0	0
d	0	0	0
e	0	0	0

5. 問題行動の変化

過去90日間における問題行動の変化（前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて）

- 0. 変化なし
- 1. 改善
- 2. 悪化

1	1	1
---	---	---

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

F. 心理面と対人関係

今回 前回 前々回

1. 自発性・参加意識

- 他者と付き合う際に落ち着いている
- 計画された、あるいは組織立った活動に落ち着いて参加する
- 自分から始めた活動を落ち着いてする
- 自分の目標を決める
- 施設内の生活に積極的に参加する（友人をつくる、維持する、グループ活動や新しい活動に積極的に参加する、宗教活動を手助けする）
- 大部分のグループ活動への誘いを受ける
- 上記に該当なし

a	☐	☐	☐
b	☒	☒	☒
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☐	☐	☐

2. 対人関係の不安定

- スタッフと潜在的または明確な葛藤、批判を繰り返す
- 同室者とうまくいかない
- 同室者以外の他の患者・入所者とうまくいかない
- 家族や友人に対する葛藤、怒りを明確に表す
- 家族と友人とのふれあいが少ない
- 家族や友人を最近失う
- 日常の変化についていけない
- 上記に該当なし

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☐	☐	☐
h	☒	☒	☒

3. 過去の役割

- 過去の役割や地位が忘れ難く、誇りをもっている
- 失われた役割や地位に対して悲しみ、怒り、空虚感を表す
- 患者・入所者は、施設内での日課（習慣、活動）が、これまで在宅で行ってきたものと随分違うと感じている
- 上記に該当なし

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☒	☒	☒

アセスメント結果表G

作成日：R02年10月05日

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

G. 身体機能と機能問題

1. ADLの自立度

0. 自立： 手助け、準備、観察は不要。または1～2回のみ
 1. 準備のみ： 物や用具を患者・入所者の手の届く範囲に置くことが3回以上
 2. 観察： 見守り、励まし、誘導が3回以上。あるいは、1回以上の観察と身体援助
 1～2回との組み合わせ（観察と身体援助合わせて3回以上）
 3. 部分的な援助： 動作の大部分（50%以上）は自分でできる
 ・四肢の動きを助けるなどの体重（身体）を支えない援助を3回以上
 ・それ以上の援助1～2回との組み合わせ（身体援助が3回以上）
 4. 広範な援助： 動作の大部分（50%以上）は自分でできるが、以下の援助を3回以上
 ・体重を支える援助（たとえば、四肢や体幹の重みを支える）
 ・ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助
 5. 最大の援助： 動作の一部（50%未満）しか自分でできず、以下の援助を3回以上
 ・体重を支える援助（たとえば、四肢や体幹の重みを支える）
 ・ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助
 6. 全面依存： まる3日間すべての面でスタッフが全面援助した
 8. 本動作は3日間の間に1回もなかった

今回 前回 前々回

a. ベッド上の可動性
横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する

2 2 2

b. 移乗
ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか（浴槽や便座への移乗は除く）

1 1 1

c. 室内歩行
自分の部屋の中をどのように歩くか

2 2 2

d. 廊下の歩行
自分の棟の廊下をどのように歩くか

2 2 2

e. 病棟（ユニット）の中での移動
どのように自室から廊下に移乗するか（車いすなら、車いすに移乗したあと）

2 2 2

f. 病棟（ユニット）の外への移動
別の病棟（ユニット）へどのように移動するのか（たとえば、娛樂室、処置室）
施設が平屋の場合、同じ階の離れたところへの移動（車いすなら、車いすに移乗したあと）

1 1 1

g. 更衣
(A) 上半身：どのように上半身の衣類（普段着や下着）を着たり、脱いだりするか。装具・矯正具やファスナーセーターなどを含む
(B) 下半身：どのように下半身の衣類（普段着や下着）を履いたり、脱いだりするか。装具・矯正具やベルト、ズボン、スカート、靴やファスナーを含む

(A) 1 1 1

(B) 0 0 0

h. 食事
どのように食べたり、飲んだりするか。（上手、下手に関係なく）経管や経静脈栄養を含む

□ □ □

i. トイレの使用
(A) トイレの使用：どのようにトイレ（ポータブルトイレ、便器、尿器を含む）を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣類を整える（移乗は除く）
(B) トイレへの移乗：どのようにトイレ（ポータブルトイレ）に移乗するか

(A) 1 1 1

(B) 1 1 1

j. 個人衛生
どのように個人衛生を保つか（髪をとく、歯をみがく、ひげをそる、化粧をする、洗顔する、手や陰部を洗う、ただし、入浴、シャワーを除く）

1 1 1

2. 入浴

入浴の自立度についてG 1のコードを用いて評価する
(A) 入浴： どのように入浴やシャワーや清拭をするか（背中を洗うことと洗髪と移乗は含まない）。身体それぞれの部分（腕、太股、膝下、胸部、腹部、陰部）をどう洗うかは含まれる。最も依存的な状態を記入する（移乗は除く）
(B) 浴槽への移乗： どのように浴槽（シャワー室）に入ったりするか

(A) 1 1 1

(B) 1 1 1

3. バランス検査

0. 検査で要求される姿勢を維持できる
 1. 不安定ではあるが、身体的な援助なしにバランスを取り直すことが可能
 2. 部分的に身体的な援助を必要とした。あるいは、立位（座位）はできたが、その後の検査の指示に従えなかった
 3. 身体的な援助なしに、検査を実施できなかった

(a) 1 1 1

(b) 1 1 1

- a. 立位バランス
b. 座位バランス：姿勢、体幹のコントロール

4. 可動域の制限

過去3日間にみられた日常生活障害をもたらす、または傷害の危険性にさらすような可動域の制限

- (A) 可動域
0. 制限なし
1. 片側のみ制限されている
2. 両側とも制限されている

(A) 1 1 1
a 1 1 1
b 1 1 1
c 1 1 1
d 0 0 0
e 1 1 1
f 1 1 1

- (B) 随意（自発的）運動
0. 失われていない
1. 部分的に失われている
2. 完全に失われている

(B) 1 1 1
a 1 1 1
b 2 2 2
c 0 0 0
d 0 0 0
e 1 1 1
f 1 1 1

- a. 首
b. 腕（肩やひじも含む）
c. 手（手首や指も含む）
d. 脚（股関節やひざも含む）
e. 足（足首やつま先も含む）
f. その他の可動域制限や自発的な動きの喪失

5. 移動の方法

過去3日間に使用したものをすべてをチェック

- a. 杖、歩行器、松葉杖
b. 車いすを自分で操作
c. 車いすを他者に押してもらう
d. 移動の主な手段は車いす
e. 上記に該当なし

a ● ● ●
b ● ● ●
c □ □ □
d □ □ □
e □ □ □

6. 移乗の方法

過去3日間に使用したものをすべてをチェック

- a. ほとんどまたは全くの寝たきり
b. 寝返りや移乗時にベッド柵を使用
c. 人力で持ち上げる
d. 機械で持ち上げる
e. 移乗用の補助具を使用（たとえば、スライドボード、ぶらさがる用具、杖、歩行器、装具など）
f. 上記に該当なし

a □ □ □
b □ □ □
c □ □ □
d □ □ □
e □ □ □
f ● ● ●

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

G. 身体機能と機能問題

7. 動作分割

過去3日間に、いくつか、またはすべてのADL動作を、より小さい動作の単位に分けて行うことで、自分で行うことができた

0. いいえ 1. はい

8. リハビリテーションによる潜在能力

- a. 患者・入所者は少なくともいくつかのADLにおいて、より自立できると信じている
b. スタッフは、患者・入所者が少なくともいくつかのADLにおいて、より自立できると信じている
c. 患者・入所者は日課や活動をこなせるが、非常に遅い
d. ADLや支援の状況が朝夕で大きく異なる
e. 上記に該当なし

9. ADLの変化

過去90日間におけるADL自立度の変化（前回のアセスメントが90日間以内であれば前回のアセスメント時と比べて）

0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

今回 前回 前々回

0 0 0

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☒	☒	☒

1 1 1

H. 失禁

1. 失禁

- a. 尿失禁：尿がもれていても、下着の外までもれるほどの量でなければ、コントロールとする
0. 完全にコントロールできる：カテーテルや採尿する用具を使用していない
1. 完全にコントロール・カテーテル使用：カテーテルや採尿する用具を使用して尿がもれていない
2. 通常は失禁しない：週1回以下
3. 時々失禁する：週に2回以上だが毎日ではない
4. しばしば失禁する：毎日失禁の傾向だが、いくらかコントロールが保たれている（たとえば日勤帯だけなど）
5. 失禁状態：膀胱のコントロール不十分、毎日頻回に失禁
8. 膀胱から尿の排泄がなかった

(a) 0 0 0

b. 便失禁

0. 完全にコントロールできる：人工肛門や瘻を使用していない
1. 自立・瘻使用：瘻が増設され便がもれていない
2. 通常は失禁しない：週1回未満
3. 時々失禁する：週に1回
4. しばしば失禁する：週に2、3回
5. 失禁状態：ほとんど、常に毎日頻回に失禁
8. 排便がなかった

(b) 0 0 0

2. 排便のパターン

- a. 定期的な排便が少なくとも3日に1度ある
b. 便秘
c. 下痢
d. 便が詰まる
e. 上記に該当なし

a	☒	☒	☒
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐

3. 用具やプログラム

- a. 定時排泄誘導（種類を問わず）
b. 膀胱訓練
c. コンドームカテーテル
d. 留置カテーテル
e. 間欠的カテーテル
f. トイレやポータブル、尿器を使用していない
g. オムツ
h. 浣腸・摘便
i. 瘻（消化管、性尿路系を問わず）
j. 上記に該当なし

a	☒	☒	☒
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☐	☐	☐
h	☐	☐	☐
i	☐	☐	☐
j	☐	☐	☐

4. 尿のコントロールの変化

過去90日間における尿コントロールの変化（前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて）

0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

0 0 0

アセスメント結果表 I

作成日：R02年10月05日

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

I. 疾患

1. 疾患

内分泌／代謝／栄養

- a. 糖尿病
- b. 甲状腺機能亢進症
- c. 甲状腺機能低下症

心臓／循環器

- d. 動脈硬化性心疾患
- e. 不整脈
- f. うっ血性心不全
- g. 深部静脈血栓症
- h. 高血圧症
- i. 低血圧症
- j. 末梢循環障害
- k. 他の心血管疾患

筋骨格

- l. 関節炎
- m. 大腿骨骨折
- n. 四肢いずれかの欠損・切断
- o. 骨粗鬆症
- p. 病的骨折

神経

- q. アルツハイマー病
- r. 失語症
- s. 脳性麻痺
- t. 脳血管障害（脳卒中）
- u. アルツハイマー病以外の認知症
- v. 片側不全麻痺／片麻痺
- w. 多発性硬化症
- x. 対麻痺
- y. パーキンソン症候群
- z. 四肢麻痺
- aa. ダウン症候群
- bb. ダウン症以外の精神遅滞や発達遅滞
- cc. てんかん発作
- dd. 一過性脳虚血発作（TIA）
- ee. 頭部外傷

精神

- ff. 不安障害
- gg. うつ病
- hh. そううつ病
- ii. 分裂病

呼吸器

- jj. 喘息
- kk. 肺気腫／慢性閉塞性肺疾患（COPD）

感覚器

- ll. 白内障
- mm. 糖尿病性網膜症
- nn. 緑内障
- oo. 黄斑変性

その他

- pp. アレルギー
- qq. 貧血
- rr. がん
- ss. 腎不全
- tt. 脱水の診断
- uu. 上記に該当なし

今回 前回 前々回

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☐	☐	☐
h	☒	☒	☒
i	☐	☐	☐
j	☐	☐	☐
k	☐	☐	☐
l	☐	☐	☐
m	☐	☐	☐
n	☐	☐	☐
o	☐	☐	☐
p	☐	☐	☐
q	☐	☐	☐
r	☒	☒	☒
s	☐	☐	☐
t	☐	☐	☐
u	☐	☐	☐
v	☐	☐	☐
w	☐	☐	☐
x	☐	☐	☐
y	☐	☐	☐
z	☐	☐	☐
aa	☐	☐	☐
bb	☐	☐	☐
cc	☐	☐	☐
dd	☐	☐	☐
ee	☐	☐	☐

2. 感染症

いずれも該当しなければ、「上記に該当なし」をチェック

- a. 抗生物質耐性菌感染（たとえばMRSA）
- b. クロストリジウムディフィシル菌（c.diff）
- c. 結膜炎
- d. HIV感染
- e. 肺炎
- f. 呼吸器感染
- g. 敗血症
- h. 性感染症
- i. 結核
- j. 尿路感染症（過去30日間）
- k. ウイルス性肝炎
- l. 創感染
- m. 上記に該当なし

今回 前回 前々回

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☐	☐	☐
h	☐	☐	☐
i	☐	☐	☐
j	☐	☐	☐
k	☐	☐	☐
l	☐	☐	☐
m	☒	☒	☒

3. その他の疾患または詳細な疾患名とICD-10コード

今回

前回

前々回

アセスメント結果表 J

作成日：R02年10月05日

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

J. 健康状態

1. 問題状況

水分状態の指標

- a. 1.0kg以上の体重増減（本項目は過去7日間）
- b. 呼吸困難のため臥床できない
- c. 脱水（水分の排出が摂取よりも多い）
- d. 水分の不足（与えられた水分をほとんどまたは全部摂取しない）

その他

- e. 妄想
- f. めまい
- g. 浮腫
- h. 発熱
- i. 幻覚
- j. 体内出血
- k. 吸引を繰り返す（本項目は過去90日間）
- l. 呼吸困難
- m. 意識喪失（失神）
- n. 不安定な歩行
- o. 嘔吐
- p. 上記に該当なし

2. 痛み

a. 頻度（痛みの訴えや痛みがあることを示した）

- 0. 痛みはない（J4にとぶ）
- 1. 痛みはあるが毎日ではない
- 2. 痛みは毎日ある

b. 程度

- 1. 軽い痛み
- 2. 中等度の痛み
- 3. 激しい、あるいは我慢できない痛み

今回 前回 前々回

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐

e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☐	☐	☐
h	☐	☐	☐
i	☐	☐	☐
j	☐	☐	☐
k	☐	☐	☐
l	☐	☐	☐
m	☐	☐	☐
n	☐	☐	☐
o	☐	☐	☐
p	☒	☒	☒

(a)	1	1	1
-----	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

(b)	1	1	1
-----	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

3. 痛みの場所

過去3日間の痛みのあった箇所をすべてチェック

- a. 背部痛・腰痛
- b. 骨の痛み
- c. 通常の活動中の胸痛
- d. 頭痛
- e. 股関節痛
- f. 手術創の痛み
- g. 関節痛（股関節以外）
- h. 軟部組織の痛み（たとえば創傷や筋肉）
- i. 胃痛
- j. その他

今回 前回 前々回

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☒	☒	☒
h	☐	☐	☐
i	☐	☐	☐
j	☐	☐	☐

4. 転倒

該当するものをすべてチェック

- a. 過去30日間の転倒
- b. 過去31～180日間の転倒
- c. 過去180日間の大腿骨骨折
- d. 過去180日間のその他の骨折
- e. 上記に該当なし

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☒	☒	☒
e	☒	☒	☒

5. 状態の安定性

- a. 状態や疾患によって患者・入所者の思考、ADL、気分や行動状態が不安定、変動、悪化している
- b. 急性症状が発生したり再発性や慢性の問題が再燃した
- c. 末期の疾患であり、余命が6ヶ月以下である
- d. 上記に該当なし

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☒	☒	☒

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

K. 口腔衛生、栄養状態

1. 口腔の状態

a. 咀嚼問題

0. いいえ 1. はい

今回 前回 前々回

(a) 0 0 0

b. 嚥下問題

0. 正常：すべての食べ物を安全で効率的に飲み込める
1. 固形物を飲み込むための食事変更が必要である（粥、刻み食など）
2. 固形物と液体を飲み込むための食事変更が必要である（ピューレ、流動食など）
3. 経口摂取と経管栄養を併用
4. 全く経口摂取をしていない

(b) 1 1 1

c. 口腔が痛む

0. いいえ 1. はい

(c) 0 0 0

2. 身長と体重

- a. 身長（cm）
- b. 体重（kg）

過去30日間の直近の値を記入

施設の標準的な測定状況（たとえば、午前中の排泄後、食前、靴を履かない、寝間着）での値とする

	今回	前回	前々回
(a)	150.0 cm	150.0 cm	150.0 cm
(b)	42.0 kg	42.0 kg	42.0 kg

3. 体重の変化

- a. 体重減少：過去30日間に5%以上の減少、または過去180日間で10%以上の減少

0. いいえ 1. はい

今回 前回 前々回

(a) 0 0 0

- b. 体重増加：過去30日間に5%以上の増加、または過去180日間で10%以上の増加

0. いいえ 1. はい

(b) 0 0 0

4. 栄養問題

- a. 多くの食べ物の味について文句を言う
- b. 空腹を常に訴える
- c. 食事の25%以上を残すことが多い
- d. 上記に該当なし

a			
b			
c			
d	●	●	●

5. 栄養摂取の方法

過去3日間に使用されたすべてにチェック

- a. 経静脈栄養
- b. 経管栄養
- c. ミキサー食（粥、刻み食を含む）
- d. シリンジをつかった経口摂取
- e. 治療食
- f. 食間の特別捕食
- g. プレートガード、固定された食器など
- h. 減量、または体重増加のプログラムの実施中
- i. 上記に該当なし

今回 前回 前々回

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h			
i	●	●	●

6. 経静脈・経管栄養による摂取

(K5 a または K5 b にチェックがなければとばす)

- a. 過去3日間の経静脈・経管栄養による摂取カロリーの割合

0. なし 3. 51%～75%
1. 1%～25% 4. 76%～100%
2. 26%～50%

(a) ☐ ☐ ☐

- b. 過去3日間の経静脈・経管栄養により摂取した水分量（1日平均）

0. なし 3. 1,001～1,500cc/日
1. 1～500cc/日 4. 1,501～2,000cc/日
2. 501～1,000cc/日 5. 2,001cc/日以上

(b) ☐ ☐ ☐

L. 口腔、歯の状態

1. 口腔状態および病氣予防

- a. 残渣（柔らかく、容易に動かせるもの）が就寝前に口腔に存在する
- b. 義歯または取り外しができるブリッジがある
- c. 自分の歯の一部または全部がなく、義歯や部分的なプレートを持っていないか使用していない
- d. 歯が折れている、ゆるい、虫歯である
- e. 歯肉炎、歯肉の腫脹、出血、口腔の潰瘍、発疹
- f. 本人またはスタッフが歯や義歯を毎日洗う、または毎日口腔ケアをしている
- g. 上記に該当なし

a			
b	●	●	●
c			
d			
e			
f			
g			

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

M. 皮膚の状態

1. 褥瘡・潰瘍

それぞれのステージに該当する潰瘍の数（原因は問わない）
そのステージの潰瘍がなければ0記入、9ヶ所以上は9を記入
【全身の検査が必要】

- a. 第Ⅰ度：皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）
b. 第Ⅱ度：皮膚層の部分的喪失：びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
c. 第Ⅲ度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
d. 第Ⅳ度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

2. 褥瘡・潰瘍の種類

それぞれの潰瘍について、過去3日間の最もひどい状態をM1のコードを用いて記入（なければ0、あれば、1、2、3、4を記入）

- a. 褥瘡：圧迫により起こったもので、下部の組織の損傷をもたらす
b. うっ血性潰瘍：末梢循環不全による下肢末端の開放創

3. 褥瘡・潰瘍の既往

過去90日間に治療し、または治療した潰瘍がある
0. いいえ 1. はい

4. 皮膚のその他の問題

過去3日間における皮膚の問題をチェック

- a. すり傷、内出血
b. Ⅱ度以上の火傷
c. 潰瘍、発疹、切り傷以外の開放創（たとえばがん病巣）
d. 発疹（たとえばかぶれ、湿疹、薬疹、あせも、帯状疱疹）
e. 痛みや圧迫に対して皮膚が鈍感になっている
f. 裂傷または切り傷（手術創以外）
g. 手術創
h. 上記に該当なし

今回 前回 前々回

a	0	0	0
b	0	0	0
c	0	0	0
d	0	0	0

a	0	0	0
b	0	0	0

0	0	0
---	---	---

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h	●	●	●

5. 皮膚のケア

過去3日間における皮膚のケアをチェック

- a. 座位時の圧迫を取り除く用具
b. 臥位時の圧迫を取り除く用具
c. 体位変換
d. 皮膚の治療を目的とした栄養や水分の補給
e. 潰瘍のケア
f. 手術創のケア
g. 足以外の創傷ケア（外用薬の使用の有無にかかわらず）
h. 軟膏や薬剤の使用（足以外）
i. その他の予防的・保護的皮膚のケア（足以外）
j. 上記に該当なし

今回 前回 前々回

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h			
i			
j	●	●	●

6. 足の問題とケア

過去3日間に行われたものすべてにチェック

- a. うおのめ、たこ、まめ、つち指、指が折り重なっている、痛み、変形
b. 感染症（たとえば、蜂巣炎、膿）
c. 開放創
d. 過去90日間に爪、たこが削られている
e. 予防的または保護的な足のケアを受けている（たとえば特殊な靴の使用、パッドの挿入、指の間を広げる用具）
f. 足の創傷ケア（外用薬の使用の有無にかかわらず）
g. 上記に該当なし

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g	●	●	●

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

N. 活動のパターン

1. 覚醒時間

過去3日間に於いて、患者・入所者は、次の時間帯で1時間以上睡眠していることなく、ほとんど覚醒している

- a. 午前
b. 午後
c. 夕方
d. 上記に該当なし

入所者が昏睡状態の場合、○へとぶ

2. 活動への平均参加時間

治療やA D Lのケアを受けていない覚醒時間の中で、活動に参加している時間

0. ほとんど（2／3以上の時間）
1. だいたい（1／3～2／3の時間）
2. いくらか（1／3以下の時間）
3. 全くない

3. 好きな活動場所

好きな場所すべてにチェック

- a. 自分の部屋
b. デイルーム、娯楽室
c. 施設内で生活する棟の外
d. 施設外
e. 上記に該当なし

4. 一般的に好む活動

現在施設として用意しているかどうかにかかわらず、好む活動のすべてをチェック

- a. カード、他のゲーム
b. 美術、工芸
c. 運動、スポーツ
d. 音楽
e. 読書、執筆（俳句、短歌などを含む）
f. 精神的、宗教的活動
g. 旅行、買い物
h. 外の散歩（車いすでも）
i. テレビを観る
j. 園芸／盆栽
k. おしゃべり・議論
l. 他者の手助け
m. 上記に該当なし

5. 活動の希望

患者・入所者は、活動の内容や関わりかたを変えたいと思っている

0. このままでよい 2. 大きく変えたい
1. 少し変えたい

- a. 現在参加している活動の内容について
b. 活動への関わりかたの程度について

今回 前回 前々回

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☒	☒	☒

1	1	1
---	---	---

a	☒	☒	☒
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☐	☐	☐
h	☒	☒	☒
i	☐	☐	☐
j	☐	☐	☐
k	☐	☐	☐
l	☐	☐	☐
m	☐	☐	☐

(a)	0	0	0
-----	---	---	---

(b)	1	1	1
-----	---	---	---

O. 与薬（過去7日間）

1. 薬剤の種類

過去7日間に使用した異なる薬剤の数（なければ「0」）

2. 新しい処方

患者・入所者は過去90日間に新しい処方を受けている

0. いいえ 1. はい

3. 注射

過去7日間に注射を受けた日数（種類は問わない）を記入、もし注射を受けていなければ「0」を記入

4. 薬剤の使用日数

過去7日間に投与した日数を記入、もし投与されていなければ「0」を記入、ただし、次に投与するまでの間隔が1週間以上の長期に作用する薬剤については「1」を記入

- a. 抗精神病薬
b. 抗不安薬
c. 抗うつ薬
d. 催眠薬
e. 利尿薬

今回 前回 前々回

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

1	1	1
---	---	---

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

a	0	0	0
b	0	0	0
c	0	0	0
d	0	0	0
e	0	0	0

アセスメント結果表 P

作成日： R02年10月05日

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

P. 特別なケアと治療（過去7日間）

1. 特別なケア・治療

a. 特別なケア

過去7日間に受けた治療・プログラムにチェックをする

- 治療
- a. 抗ガン剤療法
 - b. 透析
 - c. 静脈注射による与薬
 - d. インアウトチェック（水分の摂取量と排泄量の管理）
 - e. 急性期の監視
 - f. 胃瘻、腎瘻、人工肛門など瘻のケア
 - g. 酸素療法
 - h. 放射線治療
 - i. 吸引
 - j. 気管切開口のケア
 - k. 輸血
 - l. レスピレーター
- プログラム
- m. アルコール／薬物依存の治療
 - n. アルツハイマー／認知症ケアの専門棟
 - o. 緩和ケア
 - p. 感染隔離病室
 - q. ショートステイ
 - r. 退院・退所のための生活訓練（例：服薬、家事、買い物、交通機関の利用、ADLなど）
 - s. 上記に該当なし

	今回	前回	前々回
a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h			
i			
j			
k			
l			
m			
n			
o			
p			
q			
r			
s	●	●	●

2. 気分、行動、認知機能の低下への介入

過去7日間に行われたすべてにチェック（どこで行われてもよい）

- a. 問題行動の評価プログラム
- b. 専門医による精神機能の評価（過去90日間）
- c. グループ療法（レクは含まず）
- d. 患者・入所者の個別性に配慮した気分や行動パターンに対応した環境の調整
- e. リオリエンテーション（たとえば声かけ）
- f. 上記に該当なし

	今回	前回	前々回
a			
b			
c			
d	●	●	●
e			
f			

3. ケアスタッフによるリハビリテーション

過去7日間に、下記にあげたリハビリや生活訓練をケアスタッフが1日15分以上行った日数、もし行っていないか、行ったとしても1日15分未満であれば、0を記入

- a. 他動可動域訓練
- b. 自動可動域訓練
- c. 装具装着の援助

	今回	前回	前々回
a	1 日	1 日	1 日
b	2 日	2 日	2 日
c	0 日	0 日	0 日

生活訓練

- d. ベッド上の動き
- e. 移乗
- f. 歩行
- g. 更衣、整容
- h. 摂食、嚥下
- i. 切断後のケア
- j. コミュニケーション法
- k. その他

	今回	前回	前々回
d	0 日	0 日	0 日
e	2 日	2 日	2 日
f	2 日	2 日	2 日
g	2 日	2 日	2 日
h	1 日	1 日	1 日
i	0 日	0 日	0 日
j	0 日	0 日	0 日
k	0 日	0 日	0 日

b. リハビリテーション

休日を除いた過去7日間に1日15分以上実施した日数と、その実施時間の合計を記入、1日15分に満たなければ0を記入【入院・入所後の実施に限る】

- (A) 15分以上行われた日数
- (B) 7日間の実施時間の合計数

- a. 言語療法：言語聴覚士（ST）のサービス
- b. 作業療法：作業療法士（OT）のサービス
- c. 理学療法：理学療法士（PT）のサービス
- d. 呼吸療法
- e. 精神療法

	今回	前回	前々回
(A)			
a	1 日	1 日	1 日
b	2 日	2 日	2 日
c	1 日	1 日	1 日
d	0 日	0 日	0 日
e	0 日	0 日	0 日
(B)			
a	20 分	20 分	20 分
b	30 分	30 分	30 分
c	20 分	20 分	20 分
d	0 分	0 分	0 分
e	0 分	0 分	0 分

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

P. 特別なケアと治療（過去7日間）

4. 身体抑制

過去7日間の使用状況

0. 使用しなかった
1. 毎日使用しなかった
2. 毎日使用した

- a. すべてにベッド柵
b. 半分、あるいは片方の側のみのベッド柵
c. 体幹部の抑制
d. 四肢の抑制
e. 起き上がれないようになっている

5. 入院

過去90日間（前回のアセスメントが90日以内であれば、前回のアセスメントから）の1日以上入院をした回数（もし入院していなければ「0」を記入）

6. 救急外来

過去90日間（前回のアセスメントが90日以内であれば、前回のアセスメントから）の入院には至らないが救急外来を受診した回数（もしなければ「0」を記入）

7. 医師の診察

過去7日間（入院・入所が7日以内であれば、入院・入所日から）に医師が診察した回数（もしなければ「0」を記入）

8. 医師の治療方針の変更

過去7日間（入院・入所が7日以内であれば、入院・入所日から）に医師が治療方針を変更した回数（もしなければ「0」を記入し、内容の変更がなければ書き直しがあっても「0」とする）

9. 異常な検査結果

過去90日間（または入院・入所日から）異常な検査結果があった

0. いいえ 1. はい

今回 前回 前々回

a	1	1	1
b	0	0	0
c	0	0	0
d	0	0	0
e	0	0	0

0	0	0
---	---	---

0	0	0
---	---	---

1	1	1
---	---	---

0	0	0
---	---	---

0	0	0
---	---	---

Q. 退所の可能性、全体の状況

1. 退院・退所の可能性

- a. 患者・入所者は家に帰りたと言ったり、ほのめかす
0. いいえ 1. はい

- b. 退院・退所に積極的な介護者がいる
0. いいえ 1. はい

- c. 短期の入院・入所予定である：90日以内の退院・退所が予定されている（死亡退院・退所は含まない）
0. いいえ
1. 30日以内
2. 31～90日
3. 退院・退所ははっきりしていない

2. ケアニーズの変化

90日前（前回アセスメントが90日以内であれば、前回のアセスメント時）と比べて、患者・入所者の全体的な自立状況は著しく変化している

0. 不変
1. 改善：援助が減る、ケアによる制限レベルが少なくなる
2. 悪化：援助が増える

3. 社会的支援の存在

退院・退所後の状態について、下記のコードより1つ選ぶ。

0. ない
1. 可能性として存在
2. 確実に存在
8. 退院・退所の可能性はない

- a. 精神的な支援
b. 毎日ではないが、ADL・IADLの支援
c. 毎日だが、常時ではないADL・IADLの支援
d. （必要ならば）常時のADL・IADLの支援
e. （必要ならば）搬送の全部または大部分

今回 前回 前々回

(a)	1	1	1
-----	---	---	---

(b)	1	1	1
-----	---	---	---

(c)	1	1	1
-----	---	---	---

1	1	1
---	---	---

a	1	1	1
b	0	0	0
c	0	0	0
d	0	0	0
e	0	0	0

アセスメント結果表R

作成日： R02年10月05日

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

R. アセスメントへの参加

1. アセスメントへの参加者

a. 患者・入所者

0. いいえ1. はい

(a)111

b. 家族

0. いいえ1. はい2. 家族はいない

(b)111

c. その他の親しい人

0. いいえ1. はい2. いない

(c)000

2. アセスメントに加わった人の署名（フリガナ）

今回

a.全体をコーディネートした看護師等	b.アセスメント開始日	c.アセスメント完了日

	他のアセスメントに加わった者の署名	職 名	記入したセクション	記 入 完 了 日
d	*イタ*	介護支援専門員		R02年04月03日
	分			
e	*ガナデ*	管理栄養士		R02年04月02日
	賀撫			
f	*ヒメゴロ*	介護福祉士		R02年04月03日
	媛悟			
g				
h				

2. アセスメントに加わった人の署名（フリガナ）

前回

a.全体をコーディネートした看護師等	b.アセスメント開始日	c.アセスメント完了日

	他のアセスメントに加わった者の署名	職 名	記入したセクション	記 入 完 了 日
d	*イタ*	介護支援専門員		R02年04月03日
	分			
e	*ガナデ*	管理栄養士		R02年04月02日
	賀撫			
f	*ヒメゴロ*	介護福祉士		R02年04月03日
	媛悟			
g				
h				

前々回

a.全体をコーディネートした看護師等	b.アセスメント開始日	c.アセスメント完了日

	他のアセスメントに加わった者の署名	職 名	記入したセクション	記 入 完 了 日
d	*イタ*	介護支援専門員		R02年04月03日
	分			
e	*ガナデ*	管理栄養士		R02年04月02日
	賀撫			
f	*ヒメゴロ*	介護福祉士		R02年04月03日
	媛悟			
g				
h				

アセスメント結果表 T

作成日： R02年10月05日

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

T. 薬物治療調査票

A. 経口薬

A-1. 定時・臨時薬

A-2. 頓用薬

B. 注射・点滴（デポ剤も含む）

B-1. 定時・臨時薬

B-2. 頓用薬

C. その他（外用薬、坐薬、吸入薬など）

C-1. 定時・臨時薬

C-2. 頓用薬

今回

A-1	薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／1日
	レキップ錠0.25mg			

A-2	薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／7日

B-1	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1日量	経路

B-2	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1回量	回数／7日	経路

C-1	薬剤名（商品名）	回数／1日	経路

C-2	薬剤名（商品名）	回数／7日	経路

前回

A-1	薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／1日
	レキップ錠0.25mg			

A-2	薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／7日

B-1	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1日量	経路

B-2	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1回量	回数／7日	経路

C-1	薬剤名（商品名）	回数／1日	経路

C-2	薬剤名（商品名）	回数／7日	経路

アセスメント結果表 T

作成日： R02年10月05日

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年10月05日	前回 アセスメント日：	R02年07月05日	前々回 アセスメント日：	R02年04月05日
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	----------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

前々回

A－1

薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／1日
レキップ錠0. 2 5 m g			

A－2

薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／7日

B－1

薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1日量	経路

B－2

薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1回量	回数／7日	経路

C－1

薬剤名（商品名）	回数／1日	経路

C－2

薬剤名（商品名）	回数／7日	経路

MDS 2.1 領域選定表

記入日	R02/10/05	利用者番号	1000	* 国 良 *															
-----	-----------	-------	------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

○ : 1つでも該当すればトリガー ② : 2つ該当すればトリガー ☆ : 3つのうち1つに該当しさらにその他 1つ該当すればトリガー ADLリハ(A)と維持(B)が両方トリガーされたら維持の方を優先させる				1	②	③	④	⑤	5	6	7	⑧	⑨	⑩	10	11	12	13	14	⑮	16	17	18	⑲	20	
				せん 妄	認知障 害／痴 呆	視 覚 機 能	コ ミ ュ ニ ケー ション	A D L ／ リ ハ ビ リ (A)	A D L ／ 維 持 (B)	尿 失 禁 と 留 置 カ テ ー テル	心 理 面 と 対 人 関 係	気 分 の 状 態	問 題 行 動	ア ク テ ィ ビ ティ (A)	ア ク テ ィ ビ ティ (B)	転 倒	栄 養 状 態	経 管 栄 養	脱 水 ／ 水 分 維 持	口 腔 ケ ア	褥 瘡	向 精 神 薬	身 体 抑 制	痛 み	排 便 の 管 理	
																								☆		
項目				コード																						
B. 認知	短期記憶，長期記憶	B2a, b	1																							
	意思決定能力	B4	1, 2, 3, 4																							
	意思決定能力	B4	4																							
	せん妄の兆候，混乱した思考	B5a～f	2	○																						
	認知状態の変化	B6	2	○																						
C. コミュニケーション・聴覚	聴覚	C1	1, 2, 3																							
	自分を理解させることができる	C4	1, 2, 3, 4																							
	他者を理解できる	C6	1, 2, 3, 4																							
	聴覚コミュニケーションの変化	C7	2																							
D. 視覚	視力	D1	1, 2, 3																							
	視覚・視野障害	D2a	レ																							
E. 気分と行動	うつ，不安，悲しみの兆候	E1a～p	1, 2																							
	身体的な動き	E1n	1, 2																							
	活動をしなくなる	E1o	1, 2																							
	気分の持続性	E2	1, 2																							
	気分の変化	E3	2	○																						
	徘徊	E4a (A)	1, 2, 3																							
	問題行動	E4a (A)～e (A)	1, 2, 3																							
	問題行動の変化(改善)	E5	1																							
	問題行動の変化(悪化)	E5	2	○																						
F. 心理面と対人関係	目標を決める	F1d	レ																							
	対人関係の不安定	F2a～d	レ																							
	過去への執着	F3a	レ																							
	失われた役割	F3b	レ																							
	日課が違うと感じる	F3c	レ																							
G. 身体機能と機能問題	ADLの自立度	G1a～j	2, 3, 4, 5, 6																							
	ベッド上の可動性	G1a	3, 4, 5, 6, 8																							
	入浴	G2 (A) (B)	2, 3, 4, 5, 6																							
	座位バランス	G3b	1, 2, 3																							
	寝たきり	G6a	レ																							
	ADLの向上を信じる	G8a, b	レ																							
H. 失禁	尿失禁	H1a	3, 4, 5																							
	便失禁	H1b	2, 3, 4, 5, 6																							
	便秘	H2b	レ																							
	下痢	H2c	レ																							
	便が詰まる	H2d	レ																							
	カテーテル，オムツの使用	H3c, d, e, g	レ																							
				1	2	3	4	5	5	6	7	8	9	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

				1	2	3	4	5	5	6	7	8	9	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
I. 疾患	低血圧症	I1i	レ																			○			
	末梢循環障害	I1j	レ																		○				
	うつ病	I1gg	レ																			○			
	白内障，緑内障	I1ll, nn	レ			○																			
	脱水の診断	I1tt	レ																○						
	尿路感染症	I2j	レ																	○					
J. 健康状態	体重増減，脱水，水分不足	J1a, c, d	レ																○						
	めまい	J1f	レ														○					○			
	発熱	J1h	レ																○						
	幻覚	J1i	レ																			○			
	体内出血	J1j	レ																○						
	肺吸引，意識喪失	J1k, m	レ																			○			
	不安定な歩行	J1n	レ																			○			
	痛みの頻度	J2a	レ																					⧻	
	転倒	J4a, b	レ														○					○			
	大腿骨骨折	J4c	レ																			○			
K. 口腔衛生， 栄養状態	嚥下の問題	K1b	1, 2, 3, 4																			○			
	口腔が痛む	K1c	1																	○					
	体重減少	K3a	1															○							
	味への不平，25%以上食事を残す	K4a, c	レ															○							
	経静脈栄養	K5a	レ															○		○					
	経管栄養	K5b	レ																○	○					
	ミキ食，シリンジを使った経口食，治療食	K5c, d, e	レ															○							
L. 口腔，歯の 状態	口腔内の状態	L1a, c, d, e	レ																	○					
	毎日口腔ケア	L1f	レなし																	⧻					
M. 皮膚の状態	褥瘡	M2a	2, 3, 4															○							
	褥瘡	M2a	1, 2, 3, 4																		○				
	褥瘡・潰瘍の既往	M3	1																		○				
	痛みや圧迫に鈍感	M4e	レ																		○				
N. 活動のパ ターン	午前中覚醒	N1a	レ													②									
	活動への参加時間	N2	0													②									
	活動への参加時間	N2	2, 3												○										
	活動の希望	N5a, b	1, 2												⧻										
O. 与薬	抗精神病薬	O4a	1～7																			☆			
	抗不安剤	O4b	1～7														○					☆			
	抗うつ薬	O4c	1～7														○					☆			
	利尿薬	O4e	1～7																○						
P. 特別なケア と治療	体幹部の抑制	P4c	1, 2														○						○		
	体幹部の抑制	P4c	2																		○				
	四肢の抑制，座位固定	P4d, e	1, 2																				○		
				1	2	3	4	5	5	6	7	8	9	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

領域2 認知障害/痴呆

トリガー

以下の1つに該当したら、認知機能の問題を検討する

短期記憶の障害[B2a=1]

B2a=1 いいえ[短期記憶:5分前のことが思い出せる、あるいはそのように見える]

長期記憶の障害[B2b=1]

B2b=1 いいえ[長期記憶:昔のことを思い出すことができる、あるいはそのように見える]

日常の意思決定を行うための認知能力の障害[B4=1,2,3,4]

B4=1 限定的な自立:新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある

他者を理解できない[C6=1,2,3,4]

C6=1 通常は理解できる:伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいは全く言い直すことはない

ガイドライン

認知能力の低下との関係を確認する

神経疾患

発達遅滞, 神経遅滞[I1aa、I1bb]

せん妄[B5]

B5a=1 最近始まったのではない[注意がそらされやすい(たとえば、集中力がない、話がそれる)]

B5b=1 最近始まったのではない[周囲の環境に対する認識が変化する(たとえば、その場にいらない人に話をしたり唇を動かす、自分をどこか別の場所にいると思い込む、昼夜の混乱)]

B5c=0 このようなことはなかった[支離滅裂な会話が時々ある(たとえば、話していることが一貫しない、無意味である、見当違い、話題がとぶ、思考が散漫)]

B5d=0 このようなことはなかった[落ち着きがない(たとえば、皮膚や服、ナプキンなどをいじったり、ひっぱる、居場所をよく変える、身体を動かし続ける、叫び続ける)]

B5e=0 このようなことはなかった[無気力(たとえば、動作が鈍い、宙を見ている、なかなか奮起しない、身体の動きが少ない)]

B5f=1 最近始まったのではない[認知能力が1日の中で変動する(たとえば、時々良かったり、悪かったり、行動があったり、なかったりする)]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

認知状態の悪化[B6]

B6=0 変化なし[過去90日間における認知状態、技能、能力の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

アルツハイマー病あるいはその他の痴呆症[l1q,l1u]

改善の必要がある、あるいは可能性がある問題	
気分, 行動	
	うつ, 不安, 悲しみの気分があるいは気分の悪化[E1, E2, E3],

E1a=1 1、2日観察された[否定的な言葉を言った]

E1b=1 1、2日観察された[質問を繰り返した]

E1c=2 毎日観察された[同じことを繰り返し言った]

E1d=0 過去3日間観察されていない[自分や他者に対する継続した怒り]

E1e=2 毎日観察された[自己否定]

E1f=0 過去3日間観察されていない[現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した]

E1g=0 過去3日間観察されていない[恐ろしいことが起きようとしている、と繰り返し言った]

E1h=1 1、2日観察された[健康上の不満を繰り返した]

E1i=1 1、2日観察された[たびたび不安、心配ごとを訴えた]

E1j=0 過去3日間観察されていない[午前中不機嫌であった]

E1k=0 過去3日間観察されていない[不眠症または睡眠パターンが変化した]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

E1l=0	過去3日間観察されていない[悲しみ、苦悩、心配した表情]
E1m=0	過去3日間観察されていない[何回も泣いたり涙もろい]
E1n=0	過去3日間観察されていない[身体的な動きを繰り返した]
E1o=0	過去3日間観察されていない[興味をもっていた活動をしなくなった]
E1p=1	1、2日観察された[社会的交流の減少]
E2=1	兆候はあったが、容易に変えることができた
E3=1	改善[過去90日間における気分の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

問題行動あるいは問題行動の悪化[E4, E5]

E4aA=0	このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:徘徊]
E4aB=0	この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:徘徊]
E4bA=0	このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:暴言]
E4bB=-1	アセスメント未入力項目です！
E4cA=0	このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:暴行]
E4cB=0	この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:暴行]
E4dA=0	このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:社会的に不適当な、または混乱される行動]
E4dB=0	この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:社会的に不適当な、または混乱させる行動]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

- E4eA=0 このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:ケアに対する抵抗]
- E4eB=0 この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の
可変性:ケアに対する抵抗]
- E5=1 改善[過去90日間における問題行動の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回の
アセスメント時と比べて)]

不安障害[I1ff]

うつ病[I1gg]

そううつ病[I1hh]

その他の精神疾患, 精神症状[I1ii,J1e,j1i]

併発する医学的な問題

便秘[H2b]

下痢[H2c]

便の詰まり[H2d]

糖尿病[I1a]

甲状腺機能低下症[I1c]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

うっ血性心不全[I1f]

その他の心血管疾患[I1k]

喘息[I1j]

肺気腫, 慢性閉塞性肺疾患[I1kk]

がん[I1rr]

尿路感染症[I2j]

痛み[J2]

J2a=1 痛みはあるが毎日ではない[頻度]

J2b=1 軽い痛み[程度]

一般状態の低下	
末期[J5c]	

低体重[K2a, b]

K2a 身長 (cm)

150.00Cm

K2b 体重 (kg)

42.00Kg

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

体重減少[K3a]

K3a=0 いいえ[体重減少:過去30日間に5%以上の減少、または過去180日間で10%以上の減少]

前回のアセスメントからの状態悪化[Q2]

Q2=1 改善:援助が減る、ケアによる制限レベルが少なくなる

身体機能の障害

ADL障害[G1]

G1a=2 観察[横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体
の位置を調整する]

G1b=1 準備のみ[ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移
乗は除く)]

G1c=2 観察[自分の部屋の中をどのように歩くか]

G1d=2 観察[自分の棟の廊下をどのように歩くか]

G1e=2 観察[どのように自室から廊下に移動するか(車いすなら、車いすに移乗したあと)]

G1f=1 準備のみ[別の病棟(ユニット)へどのように移動するのか]

G1gA=1 準備のみ[(A) 上半身:どのように上半身の衣類(普段着や下着)を着たり、脱いだりするか]

G1gB=0 自立[(B) 下半身:どのように下半身の衣類(普段着や下着)を履いたり、脱いだりするか]

G1h=-1 アセスメント未入力項目です！

G1iA=1 準備のみ[(A)トイレの使用:どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用する
か]

G1iB=1 準備のみ[(B)トイレへの移乗:どのようにトイレ(ポータブルトイレ)に移乗するか]

G1j=1 準備のみ[どのように個人衛生を保つか(髪をとかず、歯をみがく、ひげをそる、化粧をする、洗
顔する、手や陰部を洗う、ただし、入浴、シャワーを除く)]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

動作分割[G7]

G7=0

いいえ[過去3日間に、いくつか、またはすべてのADL動作を、より小さい動作の単位に分けて行うことで、自分で行うことができた]

ADLの悪化[G9]

G9=1

改善[過去90日間におけるADL自立度の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

尿コントロールの悪化[H4]

H4=0

変化なし[過去90日間における尿コントロールの変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

感覚障害

聴覚の問題[C1]

C1=1

静かな場所でない時はわずかながら障害がある

はっきりしない話し方[C5]

C5=1

はっきりしない話し方:不明瞭で、もごもごした言葉

ほとんどあるいは全く理解できない[C6]

C6=1

通常は理解できる:伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいは全く言い直すことはない

視力[D1]

D1=1

障害:大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない

痛みや圧迫に対して皮膚が鈍感[M4e]

薬剤

抗精神病薬[O4a]

O4a

抗精神病薬

0 日

抗不安薬[O4b]

O4b

抗不安薬

0 日

抗うつ病[O4c]

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

04c

0 日

利尿薬[O4e]

04e

0 日

関わり方の要因
新規の入院・入所[I-5]

I 5

令和2年4月1日

興味をもっていた活動をしなくなった[E1o]

E1o=0 過去3日間観察されていない[興味をもっていた活動をしなくなった]

小グループでの活動への参加[F1f,N3b.記録から]

スタッフや患者・入所者は,患者・入所者がより改善されると信じている[G8a,b]

体幹, 四肢の抑制, 起き上がれないようになっているいす[P4c,d,e]

P4c=0 使用しなかった[体幹部の抑制]

P4d=0 使用しなかった[四肢の抑制]

P4e=0 使用しなかった[起き上がれないようになっているいす]

領域3 視覚機能

トリガー

以下の1つ以上に該当したら、回復可能な急性の視覚問題や、改善の可能性を検討する

視野の問題(回復可能)[D2a=レ]

D2a 視野の問題[視野が狭くなっている。たとえば、お盆の片側の食べ物を残す、移動する際に人や物にぶつかる、座ろうとした場合にいすの位置を間違えるなど]

視野障害(改善)[D1=1,2,3]

D1=1 障害:大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

ガイドライン

ケアの必要性を示す問題

眼科用薬剤[記録から]

糖尿病[I1a]

白内障[I1l]

緑内障[I1nn]

黄斑変性[I1oo]

問題がおこってからの眼科医の診察[記録]

神経疾患, あるいは痴呆症[I1q～I1ee]

I1s 脳性麻痺[神経]

うつや不安, 悲しみの気分の兆候[E1]

E1a=1 1、2日 観察された[否定的な言葉を言った]

E1b=1 1、2日 観察された[質問を繰り返した]

E1c=2 毎日 観察された[同じことを繰り返し言った]

E1d=0 過去3日間観察されていない[自分や他者に対する継続した怒り]

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

- E1e=2

毎日観察された[自己否定]
- E1f=0

過去3日間観察されていない[現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した]
- E1g=0

過去3日間観察されていない[恐ろしいことが起きようとしている、と繰り返し言った]
- E1h=1

1、2日観察された[健康上の不満を繰り返した]
- E1i=1

1、2日観察された[たびたび不安、心配ごとを訴えた]
- E1j=0

過去3日間観察されていない[午前中不機嫌であった]
- E1k=0

過去3日間観察されていない[不眠症または睡眠パターンが変化した]
- E1l=0

過去3日間観察されていない[悲しみ、苦悩、心配した表情]
- E1m=0

過去3日間観察されていない[何回も泣いたり涙もろい]
- E1n=0

過去3日間観察されていない[身体的な動きを繰り返した]
- E1o=0

過去3日間観察されていない[興味をもっていた活動をしなくなった]
- E1p=1

1、2日観察された[社会的交流の減少]

視覚補助具の適切な使用[D3;記録, 視察]

- D3=0

使用していない[眼鏡、コンタクトレンズ、拡大鏡など]

眼科の検査や新しい眼鏡の必要性[観察から]

環境調整[記録, 観察から]

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

その他の急性の問題
眼痛,視力のかすみ, 複視, 突然の失明[記録, 観察から]

領域4 コミュニケーション

トリガー
以下の1つ以上に該当したら、コミュニケーションの改善を検討する
聴覚の障害[C1=1,2,3]

C1=1 静かな場所でない時はわずかながら障害がある

自分を理解させることができない[C4=1,2,3,4]

C4=1 通常は理解させることができる:十分に時間が与えられていないと、言葉を思い出したり、考えをまとめるのが困難、意図を引き出す必要はない

他者を理解できない[C6=1,2,3,4]

C6=1 通常は理解できる:伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいは全く言い直すことはない

ガイドライン
改善が必要な問題
認知状態の悪化[B6]

B6=0 変化なし[過去90日間における認知状態、技能、能力の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

気分の問題の増加[E3]

E3=1 改善[過去90日間における気分の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

ADL状態の悪化[G9]

G9=1 改善[過去90日間におけるADL自立度の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

コミュニケーションの構成要素の検討
聴覚[C1]

C1=1 静かな場所でない時はわずかながら障害がある

コミュニケーション補助具, 表現方法[C2,C3]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

- C2a聴覚補助具をもっていて使用した
- C2b聴覚補助具はもっているが、定期的には使用していない
- C3a話をする

コミュニケーション，聴力の悪化[C7]

- C7=1改善[過去90日間における表現、理解、あるいは情報を聞く能力の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

耳の医学的な状態-浸出物，耳垢の蓄積，聴力の変化[記録か検査から]

視力[D1]

- D1=1障害:大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない

コミュニケーション問題との関係を確認する問題

慢性的な状態

アルツハイマー病かその他の痴呆症[I1q,I1u]

失語症[I1r]

脳血管障害 (CVA)[I1t]

パーキンソン症候群[I1y]

精神疾患[I1ff～I1ii]

喘息[I1jj]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

肺気腫, 慢性閉塞性肺疾患[I1kk]

がん[I1rr]

一過性の状態
せん妄[B5]

- B5a=1

最近始まったのではない[注意がそらされやすい(たとえば、集中力がない、話がそれる)]
- B5b=1

最近始まったのではない[周囲の環境に対する認識が変化する(たとえば、その場にはいない人に話をしたり唇を動かす、自分をどこか別の場所にいると思い込む、昼夜の混乱)]
- B5c=0

このようなことはなかった[支離滅裂な会話が時々ある(たとえば、話していることが一貫しない、無意味である、見当違い、話題がとぶ、思考が散漫)]
- B5d=0

このようなことはなかった[落ち着きがない(たとえば、皮膚や服、ナプキンなどをいじったり、ひっぱる、居場所をよく変える、身体を動かし続ける、叫び続ける)]
- B5e=0

このようなことはなかった[無気力(たとえば、動作が鈍い、宙を見ている、なかなか奮起しない、身体の動きが少ない)]
- B5f=1

最近始まったのではない[認知能力が1日の中で変動する(たとえば、時々良かったり、悪かったり、行動があったり、なかったりする)]

感染症[I2]

- I2m

上記に該当なし

急性症状[J5b]

薬剤
向精神薬[O4a,b]

- O4a

抗精神病薬
- 0 日

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

O4b 抗不安薬

0 日

麻薬, パーキンソン病薬, ゲンタマイシン, トブラマイシン, アスピリン中毒[記録から]

コミュニケーションの機会
患者・入所者の能力に合ったコミュニケーションの機会があるか(たとえば, 相手がいないので話せないなど).[スタッフの判断]

その他明らかにすること
記憶, 記憶を想起する能力[B2,B3]

B2a=1 いいえ[短期記憶:5分前のことが思い出せる、あるいはそのように見える]

B2b=1 いいえ[長期記憶:昔のことを思い出すことができる、あるいはそのように見える]

B3a 今の季節(過去3日間通常思い出せた項目)

B3b 自分の部屋の場所(過去3日間通常思い出せた項目)

B3c スタッフの名前/顔(過去3日間通常思い出せた項目)

B3d 施設にいるということ(過去3日間通常思い出せた項目)

言語聴覚士の評価[P1b.a;記録から]

P1aA (A)15分以上行われた日数[言語療法:言語聴覚士(ST)のサービス]

1 日

P1aB (B)7日間の実施時間の合計分数[言語療法:言語聴覚士(ST)のサービス]

20 分

前回のアセスメントからの状態悪化[Q2]

Q2=1 改善:援助が減る、ケアによる制限レベルが少なくなる

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

トリガー

”トリガーA(リハビリテーション)
以下の1つ以上に該当したら、リハビリテーションの可能性を検討する。”

ベッド上の可動性(自立していない)[G1a=2,3,4,5,6]

G1a=2 観察[横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体
の位置を調整する]

室内歩行(自立していない)[G1c=2,3,4,5,6]

G1c=2 観察[自分の部屋の中をどのように歩くか]

廊下の歩行(自立していない)[G1d=2,3,4,5,6]

G1d=2 観察[自分の棟の廊下をどのように歩くか]

病棟(ユニット)内での移動(自立していない)[G1e=2,3,4,5,6]

G1e=2 観察[どのように自室から廊下に移動するか(車いすなら、車いすに移乗したあと)]

ガイドライン

解決が必要な関連する問題

せん妄[B5]

B5a=1 最近始まったのではない[注意がそらされやすい(たとえば、集中力が無い、話がそれる)]

B5b=1 最近始まったのではない[周囲の環境に対する認識が変化する(たとえば、その場にはいない人
に話をしたり唇を動かす、自分をどこか別の場所にいると思い込む、昼夜の混乱)]

B5c=0 このようなことはなかった[支離滅裂な会話が時々ある(たとえば、話していることが一貫しない
、無意味である、見当違い、話題がとぶ、思考が散漫)]

B5d=0 このようなことはなかった[落ち着きがない(たとえば、皮膚や服、ナプキンなどをいじったり、ひ
っぱる、居場所をよく変える、身体を動かし続ける、叫び続ける)]

B5e=0 このようなことはなかった[無気力(たとえば、動作が鈍い、宙を見ている、なかなか奮起しない
、身体の動きが少ない)]

B5f=1 最近始まったのではない[認知能力が1日の中で変動する(たとえば、時々良かったり、悪かっ
たり、行動があったり、なかったりする)]

気分の持続性[E2]

E2=1 兆候はあったが、容易に変えることができた

気分の悪化[E3]

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

E3=1

改善[過去90日間における気分の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

毎日の問題行動[E4]

E4aA=0

このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:徘徊]

E4aB=0

この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:徘徊]

E4bA=0

このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:暴言]

E4bB=-1

アセスメント未入力項目です！

E4cA=0

このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:暴行]

E4cB=0

この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:暴行]

E4dA=0

このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:社会的に不適當な、または混乱される行動]

E4dB=0

この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:社会的に不適當な、または混乱させる行動]

E4eA=0

このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:ケアに対する抵抗]

E4eB=0

この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:ケアに対する抵抗]

問題行動の悪化[E5]

E5=1

改善[過去90日間における問題行動の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

不安定, 急性の状態[J5a,b]

向精神薬の使用[O4a,b,c,d]

O4a

抗精神病薬

0 日

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

- O4b

抗不安薬

0 日
- O4c

抗うつ薬

0 日
- O4d

催眠薬

0 日

前回のアセスメントからの状態悪化[Q2]

- Q2=1

改善:援助が減る、ケアによる制限レベルが少なくなる

明らかにすること

意思決定をする能力[B4]

- B4=1

限定的な自立:新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある

認知・気分・行動, ADLの改善[B6,E3,E5,G9]

- B6=0

変化なし[過去90日間における認知状態、技能、能力の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]
- E3=1

改善[過去90日間における気分の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]
- E5=1

改善[過去90日間における問題行動の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]
- G9=1

改善[過去90日間におけるADL自立度の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

コミュニケーション[C]

- C1=1

静かな場所でない時はわずかながら障害がある
- C2a

聴覚補助具をもっていて使用した
- C2b

聴覚補助具はもっているが、定期的には使用していない
- C3a

話をする
- C4=1

通常は理解させることができる:十分に時間が与えられていないと、言葉を思い出したり、考えをまとめるのが困難、意図を引き出す必要はない

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

C5=1	はっきりしない話し方:不明瞭で、もごもごした言葉
C6=1	通常は理解できる:伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいは全く言い直すことはない
C7=1	改善[過去90日間における表現、理解、あるいは情報を聞く能力の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

視覚[D]

D1=1	障害:大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない
D2a	視野の問題[視野が狭くなっている。たとえば、お盆の片側の食べ物を残す、移動する際に人や物にぶつかる、座ろうとした場合にイスの位置を間違えるなど]
D3=0	使用していない[眼鏡、コンタクトレンズ、拡大鏡など]

バランス検査, 可動域制限[G3,G4]

G3a=1	不安定ではあるが、身体的な援助なしにバランスを取り直すことが可能[立位バランス]
G3b=1	不安定ではあるが、身体的な援助なしにバランスを取り直すことが可能[座位バランス:姿勢、体幹のコントロール]
G4aA=1	(A)可動域 片側のみ制限されている[首]
G4aB=1	(B)随意(自発的)運動 部分的に失われている[首]
G4bA=1	(A)可動域 片側のみ制限されている[腕(肩やひじも含む)]
G4bB=1	(B)随意(自発的)運動 部分的に失われている[腕(肩やひじも含む)]
G4cA=1	(A)可動域 片側のみ制限されている[手(手首や指も含む)]
G4cB=2	(B)随意(自発的)運動 完全に失われている[手(手首や指も含む)]
G4dA=0	(A)可動域 制限なし[脚(股関節やひざも含む)]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

- G4dB=0

(B)随意(自発的)運動 失われている[脚(股関節やひざも含む)]
- G4eA=1

(A)可動域 片側のみ制限されている[足(足首やつま先も含む)]
- G4eB=0

(B)随意(自発的)運動 失われている[足(足首やつま先も含む)]
- G4fA=1

(A)可動域 片側のみ制限されている[その他の可動域制限や自発的な動きの喪失]
- G4fB=1

(B)随意(自発的)運動 部分的に失われている[その他の可動域制限や自発的な動きの喪失]

スタッフあるいは患者・入所者は、より自立できていると信じている[G8a,b]

領域8

気分の状態

トリガー

以下の1つ以上に該当したら、気分の問題を検討する

否定的な言葉を言った[E1a=1,2]

E1a=11、2日観察された[否定的な言葉を言った]

質問を繰り返した[E1b=1,2]

E1b=11、2日観察された[質問を繰り返した]

同じ事を繰り返し言った[E1c=1,2]

E1c=2毎日観察された[同じことを繰り返し言った]

自己否定[E1e=1,2]

E1e=2毎日観察された[自己否定]

健康上の不満を繰り返した[E1h=1,2]

E1h=11、2日観察された[健康上の不満を繰り返した]

たびたび不安、心配事を訴えた[E1i=1,2]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

E1i=1 1、2日観察された[たびたび不安、心配ごとを訴えた]

社会的交流の減少[E1p=1,2]

E1p=1 1、2日観察された[社会的交流の減少]

気分の持続性[E2=1,2]

E2=1 兆候はあったが、容易に変えることができた

ガイドライン

新たなケアの方法あるいは変更を検討する必要

気分の悪化[E3]

気分の悪化[E3]

E3=1 改善[過去90日間における気分の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

気分は改善されないが[E3], 回復可能な原因がある

新規の入院, 転棟[I-5, 記録から]

I 5

令和2年4月1日

せん妄[B5]

B5a=1 最近始まったのではない[注意がそらされやすい(たとえば、集中力がいない、話がそれる)]

B5b=1 最近始まったのではない[周囲の環境に対する認識が変化する(たとえば、その場にはいない人に話をしたり唇を動かす、自分をどこか別の場所にいると思い込む、昼夜の混乱)]

B5c=0 このようなことはなかった[支離滅裂な会話が時々ある(たとえば、話していることが一貫しない、無意味である、見当違い、話題がとぶ、思考が散漫)]

B5d=0 このようなことはなかった[落ち着きがない(たとえば、皮膚や服、ナプキンなどをいじったり、ひっぱる、居場所をよく変える、身体を動かし続ける、叫び続ける)]

B5e=0 このようなことはなかった[無気力(たとえば、動作が鈍い、宙を見ている、なかなか奮起しない、身体の動きが少ない)]

B5f=1 最近始まったのではない[認知能力が1日の中で変動する(たとえば、時々良かったり、悪かったり、行動があったり、なかったりする)]

認知状態の悪化[B6]

B6=0 変化なし[過去90日間における認知状態、技能、能力の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

妄想[J1e]

幻覚[j1i]

コミュニケーションの悪化[C7]

C7=1改善[過去90日間における表現、理解、あるいは情報を聞く能力の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

喪失への悲嘆[F2f]

ADLの悪化[G9]

G9=1改善[過去90日間におけるADL自立度の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

気分の変化を生じる薬物の使用(たとえば、降圧剤、シメチジン、クロニジン、抗がん剤、ジギタリス、グアネチジン、免疫抑制剤、メチルドパ、プルブラノロール、レセルピン、ステロイド、興奮剤など)[記録から]

気分が改善されず[E3], 記憶, 意思決定能力, 理解力に問題があり[B2,B4,C6], かつ以下のいずれかに当てはまる

自分から活動を, 全くあるいはほとんどしない[F1]

F1b計画された、あるいは組織立った活動に落ち着いて参加する

日課活動に, 全くあるいはほとんど参加しない[N2]

N2=1だいたい(1/3～2/3の時間)(治療やADLのケアを受けていない覚醒時間の中で、活動に参加している時間)

向精神薬を使用していない[O4a,b,c]

O4a抗精神病薬
0 日

O4b抗不安薬
0 日

O4c抗うつ薬
0 日

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

心理療法が行われていない[P1be]

P1eA (A)15分以上行われた日数[精神療法]
0 日

P1eB (B)7日間の実施時間の合計分数[精神療法]
0 分

行動と対人関係の問題がある[E4;F2]

行動と対人関係の問題がある[E4;F2]

E4aA=0 このような行動はなかった[(A) 過去3日間の問題行動の頻度:徘徊]

E4aB=0 この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の
可変性:徘徊]

E4bA=0 このような行動はなかった[(A) 過去3日間の問題行動の頻度:暴言]

E4bB=-1 アセスメント未入力項目です！

E4cA=0 このような行動はなかった[(A) 過去3日間の問題行動の頻度:暴行]

E4cB=0 この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の
可変性:暴行]

E4dA=0 このような行動はなかった[(A) 過去3日間の問題行動の頻度:社会的に不適當な、または混
乱される行動]

E4dB=0 この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の
可変性:社会的に不適當な、または混乱させる行動]

E4eA=0 このような行動はなかった[(A) 過去3日間の問題行動の頻度:ケアに対する抵抗]

E4eB=0 この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の
可変性:ケアに対する抵抗]

F2h 上記に該当なし

関連する問題

コミュニケーションの方法[C4,C5,C6]

コミュニケーションの方法[C4,C5,C6]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

C4=1	通常は理解させることができる:十分に時間が与えられていないと、言葉を思い出したり、考えをまとめるのが困難、意図を引き出す必要はない
C5=1	はっきりしない話し方:不明瞭で、もごもごした言葉
C6=1	通常は理解できる:伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいは全く言い直すことはない

疾患
甲状腺疾患[I1b,c]

心臓, 循環器疾患[I1d～I1k]

I1h	高血圧症[心臓/循環器]
-----	--------------

神経疾患[I1q～I1ee]

I1s	脳性麻痺[神経]
-----	----------

不安障害[I1ff]

うつ病[I1gg]

そううつ病[I1hh]

分裂病[I1ii]

がん[I1rr]

その他の精神病[I3]

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

高カルシウム血症,クッシング病, アジソン病, 低血糖, 低カリウム血症, ポルフィン症[I3]

I3

領域9 問題行動

トリガー

以下の1つ以上に該当したら, 問題行動を検討する

問題行動の改善[E5=1]

E5

ガイドライン

重症度を評価する

問題行動の重症度と規則性を評価する

程度, 持続時間, 頻度, もしあるなら行動の規則性, 経時的な発症状況, 本人と周囲への影響を確認する.
[E4b(B),E4b(B),E4c(B),E4d(B),E4e(B),記録から]

E4aB=0 この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の
可変性:徘徊]

E4bB=-1 アセスメント未入力項目です！

E4cB=0 この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の
可変性:暴行]

E4dB=0 この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の
可変性:社会的に不適当な、または混乱させる行動]

E4eB=0 この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の
可変性:ケアに対する抵抗]

潜在的な原因を確認する

認知障害

せん妄[B5]

B5a=1 最近始まったのではない[注意がそらされやすい(たとえば、集中力がない、話がそれる)]

B5b=1 最近始まったのではない[周囲の環境に対する認識が変化する(たとえば、その場にはいない人
に話をしたり唇を動かす、自分をどこか別の場所にいると思い込む、昼夜の混乱)]

B5c=0 このようなことはなかった[支離滅裂な会話が時々ある(たとえば、話していることが一貫しない
、無意味である、見間違い、話題がとぶ、思考が散漫)]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

B5d=0	このようなことはなかった[落ち着きがない(たとえば、皮膚や服、ナプキンなどをいじったり、ひっぱる、居場所をよく変える、身体を動かし続ける、叫び続ける)]
B5e=0	このようなことはなかった[無気力(たとえば、動作が鈍い、宙を見ている、なかなか奮起しない、身体の動きが少ない)]
B5f=1	最近始まったのではない[認知能力が1日の中で変動する(たとえば、時々良かったり、悪かったり、行動があったり、なかったりする)]

アルツハイマー病[I1q]

その他の痴呆症[I1u]

脳卒中の後遺症[C4,C5,G5,G6;I1r,I1t]

C4=1	通常は理解させることができる:十分に時間が与えられていないと、言葉を思い出したり、考えをまとめるのが困難、意図を引き出す必要はない
C5=1	はっきりしない話し方:不明瞭で、もごもごした言葉
C6=1	通常は理解できる:伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいは全く言い直すことはない
G5a	杖、歩行器、松葉杖
G5b	車いすを自分で操作
G6f	上記に該当なし

気分あるいは対人関係の問題

悲しみや不安な気分[E1]

E1a=1	1、2日観察された[否定的な言葉を言った]
E1b=1	1、2日観察された[質問を繰り返した]
E1c=2	毎日観察された[同じことを繰り返し言った]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

- E1d=0過去3日間観察されていない[自分や他者に対する継続した怒り]
- E1e=2毎日観察された[自己否定]
- E1f=0過去3日間観察されていない[現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した]
- E1g=0過去3日間観察されていない[恐ろしいことが起きようとしている、と繰り返し言った]
- E1h=11、2日観察された[健康上の不満を繰り返した]
- E1i=11、2日観察された[たびたび不安、心配ごとを訴えた]
- E1j=0過去3日間観察されていない[午前中不機嫌であった]
- E1k=0過去3日間観察されていない[不眠症または睡眠パターンが変化した]
- E1l=0過去3日間観察されていない[悲しみ、苦悩、心配した表情]
- E1m=0過去3日間観察されていない[何回も泣いたり涙もろい]
- E1n=0過去3日間観察されていない[身体的な動きを繰り返した]
- E1o=0過去3日間観察されていない[興味をもっていた活動をしなくなった]
- E1p=11、2日観察された[社会的交流の減少]

不安定な関係[F2]

F2h上記に該当なし

精神疾患[I1ff,I1gg,I1hh,I1ii]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

環境の問題
入院・入所前の生活からの変化[F3c]

スタッフの反応, 攻撃的な行動に対するストレス[記録, スタッフと患者・入所者との面接から]
--

疾患と症状
急性疾患の発症, 慢性疾患の増悪[J5a,b]

その他の関連する状態-便秘[H2b]

糖尿病[I1a]

うつ血性心不全[I1f]

肺炎[I2e]

敗血症[I2g]

尿路感染症[I2j], あるいは他の感染症[I2,I3]

I2m 上記に該当なし

I3

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

発熱[J1h]

妄想[J1e]

幻覚[J1i]

痛み[J2]

J2a=1 痛みはあるが毎日ではない[頻度]

J2b=1 軽い痛み[程度]

頭部外傷のある転倒[J4a,b;11ee]

コミュニケーション障害

自分を理解させることが困難[C4]

C4=1 通常は理解させることができる:十分に時間が与えられていないと、言葉を思い出したり、考えをまとめるのが困難、意図を引き出す必要はない

他者を理解することが困難[C6]

C6=1 通常は理解できる:伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいは全く言い直すことはない

感覚障害

聴覚障害[C1]

C1=1 静かな場所でない時はわずかながら障害がある

視覚障害[D1]

D1=1 障害:大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない

視覚・視野障害[D2]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

D2a

視野の問題[視野が狭くなっている。たとえば、お盆の片側の食べ物を残す、移動する際に人や物にぶつかる、座ろうとした場合にいすの位置を間違えるなど]

治療・ケアの内容
抗精神病薬, 抗不安薬, 抗うつ薬, 催眠薬[O4a,b,c,d]

O4a

抗精神病薬

0 日

O4b

抗不安薬

0 日

O4c

抗うつ薬

0 日

O4d

催眠薬

0 日

問題行動に対応するケア・治療[P2]

P2d

患者・入所者の個別性に配慮した気分や行動パターンに対応した環境の調整

体幹、四肢の抑制、起き上がれないようになっているいすの使用[P4c,d,e]
--

P4c=0

使用しなかった[体幹部の抑制]

P4d=0

使用しなかった[四肢の抑制]

P4e=0

使用しなかった[起き上がれないようになっているいす]

領域10

アクティビティー

トリガー

”目標活動A(プラン改善) 以下のいずれかに該当したら、日課活動プランの改善を検討する”
日課を変えたいと思っている[N5a=1,2][N5b=1,2]

N5b=1

少し変えたい[活動への関わりかたの程度について]

ガイドライン

日課活動のプラン作成時に検討すること
入院・入所日[I-5]

I 5

令和2年4月1日

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

記憶, 認知能力[B2,B4]

B2a=1 いいえ[短期記憶:5分前のことが思い出せる、あるいはそのように見える]

B2b=1 いいえ[長期記憶:昔のことを思い出すことができる、あるいはそのように見える]

B4=1 限定的な自立:新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある

歩行, 移動[G1c,d,e,f]

G1c=2 観察[自分の部屋の中をどのように歩くか]

G1d=2 観察[自分の棟の廊下をどのように歩くか]

G1e=2 観察[どのように自室から廊下に移動するか(車いすなら、車いすに移乗したあと)]

G1f=1 準備のみ[別の病棟(ユニット)へどのように移動するのか]

急性または慢性の状態の安定性[J5a,b]

受けている治療[P1]

P1aA (A)15分以上行われた日数[言語療法:言語聴覚士(ST)のサービス]
1 日

P1aB (B)7日間の実施時間の合計分数[言語療法:言語聴覚士(ST)のサービス]
20 分

P1bA (A)15分以上行われた日数[作業療法:作業療法士(OT)のサービス]
2 日

P1bB (B)7日間の実施時間の合計分数[作業療法:作業療法士(OT)のサービス]
30 分

P1cA (A)15分以上行われた日数[理学療法:理学療法士(PT)のサービス]
1 日

P1cB (B)7日間の実施時間の合計分数[理学療法:理学療法士(PT)のサービス]
20 分

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

P1dA	(A)15分以上行われた日数[呼吸療法]
	0 日
P1dB	(B)7日間の実施時間の合計分数[呼吸療法]
	0 分
P1eA	(A)15分以上行われた日数[精神療法]
	0 日
P1eB	(B)7日間の実施時間の合計分数[精神療法]
	0 分
P1s	上記に該当なし

向精神薬の使用[O4a,b,c,d]

O4a	抗精神病薬
	0 日
O4b	抗不安薬
	0 日
O4c	抗うつ薬
	0 日
O4d	催眠薬
	0 日

関連すること

行動が遅かったり、1日のなかでレベルが異なる(スタミナが少ない)[G8c,d]

心不整脈[I1e]

高血圧[I1h]

I1h	高血圧症[心臓/循環器]
-----	--------------

脳血管障害[I1t]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

呼吸器疾患[I1jj,I1kk]

痛み[J2]

J2a=1 痛みはあるが毎日ではない[頻度]

J2b=1 軽い痛み[程度]

その他

入院・入所前の日課[II]

II1b

II1c

II1d

II1e

II1f

II1j

II1o

II1p

II1u

気分[E1,E2]と問題行動[E4]

E1a=1 1、2日観察された[否定的な言葉を言った]

E1b=1 1、2日観察された[質問を繰り返した]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

E1c=2	毎日観察された[同じことを繰り返し言った]
E1d=0	過去3日間観察されていない[自分や他者に対する継続した怒り]
E1e=2	毎日観察された[自己否定]
E1f=0	過去3日間観察されていない[現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した]
E1g=0	過去3日間観察されていない[恐ろしいことが起きようとしている、と繰り返し言った]
E1h=1	1、2日観察された[健康上の不満を繰り返した]
E1i=1	1、2日観察された[たびたび不安、心配ごとを訴えた]
E1j=0	過去3日間観察されていない[午前中不機嫌であった]
E1k=0	過去3日間観察されていない[不眠症または睡眠パターンが変化した]
E1l=0	過去3日間観察されていない[悲しみ、苦悩、心配した表情]
E1m=0	過去3日間観察されていない[何回も泣いたり涙もろい]
E1n=0	過去3日間観察されていない[身体的な動きを繰り返した]
E1o=0	過去3日間観察されていない[興味をもっていた活動をしなくなった]
E1p=1	1、2日観察された[社会的交流の減少]
E2=1	兆候はあったが、容易に変えることができた

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

- E4aA=0

このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:徘徊]
- E4aB=0

この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:徘徊]
- E4bA=0

このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:暴言]
- E4bB=-1

アセスメント未入力項目です！
- E4cA=0

このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:暴行]
- E4cB=0

この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:暴行]
- E4dA=0

このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:社会的に不適當な、または混乱される行動]
- E4dB=0

この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:社会的に不適當な、または混乱させる行動]
- E4eA=0

このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:ケアに対する抵抗]
- E4eB=0

この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:ケアに対する抵抗]

最近の親しい人の喪失[F2f;記録から]

自宅での生活と施設の生活が大きく違う[F3c]

領域15

口腔ケア

トリガー

以下の1つ以上に該当したら、口腔ケアや口腔の健康を検討する

本人またはスタッフが歯や義歯を毎日洗っていない、または毎日口腔ケアをしていない(口腔ケア)[L1f=なし]

L1f

本人またはスタッフが歯や義歯を毎日洗う、または毎日口腔ケアをしている

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

ガイドライン

口腔ケアの関連要因

昏睡, 認知障害[B1,B4]

B1=0 昏睡状態ではない

B4=1 限定的な自立:新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある

聴覚, 理解する能力の障害[C1,C6]

C1=1 静かな場所でない時はわずかながら障害がある

C6=1 通常は理解できる:伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいは全く言い直すことはない

視力の障害[D1]

D1=1 障害:大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない

ADL援助の拒否[E4e]

E4eA=0 このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:ケアに対する抵抗]

E4eB=0 この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:ケアに対する抵抗]

口腔ケアの関連要因

個人衛生を保持する能力の障害[G1j]

G1j=1 準備のみ[どのように個人衛生を保つか(髪をとかす、歯をみがく、ひげをそる、化粧をする、洗顔する、手や陰部を洗う、ただし、入浴、シャワーを除く)]

動機づけ, 知識[観察から]

口腔ケアの用具[記録から]

脱水[J1c,d], あるいは薬剤[薬剤履歴から]による口腔の乾燥

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

歯科疾患の関連要因

口腔の痛みや過敏な状態[K1c]

K1c=0 いいえ[口腔が痛む]

外傷や潰瘍，炎症，出血，腫脹，発疹[L1e]

歯が折れている，ゆるい，虫歯である[L1d]

自分の歯がない，義歯がない[L1c]

問題が起こってから歯科医や歯科衛生士を受診[記録から]

抗凝固剤の使用[記録から]

心弁膜症や人工弁[I3]

I3

領域19

痛み

トリガー

痛みの訴えや痛みがある様子を示した[J2a=1,2]

J2a=1 痛みはあるが毎日ではない[頻度]

ケアプラン策定評価レポート

作成日：令和2年10月5日
作成者：

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月5日
氏名	*国 良*	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

問 題 領 域	選定 結果	ケアプランの決定		根拠・情報の所在 など
		策 定	策 定 しない	
1. せん妄				
2. 認知障害/痴呆	●	○		
3. 視覚機能	●	○		
4. コミュニケーション障害	●	○		
5. ADL/リハビリテーション(リハビリ)	●	○		
〃 (維持)				
6. 尿失禁と留置カテーテル				
7. 心理面と対人関係				
8. 気分の状態	●	○		
9. 問題行動	●	○		
10. アクティビティー(プラン改善)	●	○		
〃 (プラン再確認)				
11. 転倒				
12. 栄養状態				
13. 経管栄養				
14. 脱水/水分維持				
15. 口腔ケア	●	○		
16. 褥瘡				
17. 向精神薬				
18. 身体抑制				
19. 痛み	●	○		
20. 排便の管理				

【 領域検討用紙 】

氏 名 *国 良*
アセスメント日 令和2年10月05日

作成日 令和2年10月05日
作成者 *玉 あや*

[illegible]

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日						

以下、とくに指示がない限り、過去3日間で評価する。

AA. 基本情報(相談・受付時のみ)

AA-1. 対象者氏名 (フリガナ)	*クニヨシ*	AA-2. 性別	1. 男 2. 女
AA-3. 生年月日(年齢)	明治・大正・昭和 14年 7月 29日 (81 歳)		
AA-4. 最初の相談・受付年月日	令和1年10月15日		
AA-5. 配偶者の有無	1. 未婚 2. 既婚 3. 死別 4. 別居 5. 離婚 6. その他 3		
AA-6. 教育歴 (最終学歴)	1. 未就学 2. 小学校卒 3. 高等小学校・新制中学卒 4. 旧制中学・新制高校卒 5. 旧制高校・短大卒 6. 大学卒 9. 教育歴を把握できない 3		
AA-7. 職 歴	主なものを2つまで具体的に記入 (教員) (専業主婦)		
AA-8. 相談・受付時の 住居	1. 自宅またはアパートで、在宅ケアは受けていなかった 2. 自宅またはアパートで、在宅ケアを受けていた 3. ケアハウス、ケア付住宅、グループホーム 4. 介護療養型医療施設 6. 介護福祉施設 5. 介護老人保健施設 7. その他 () 2		
AA-9. 相談・受付時の 同居者	1. 1人暮らし 2. 配偶者のみ 3. 配偶者と子供など 4. 子供と(配偶者はいない) 5. 他の親族等(子供・配偶者はいない) 6. 親族関係のない集団生活 1		
AA-10. 過去の入院・入 所歴	相談・受付前の 過去5年間で、介護施設への入院・入所、または90日以上 の病院・診療所への入院・入所 0. ない 1. ある 0		
AA-11. 退院後の経過 期間	退院後の経過期間(過去180日間 で直近の入院について) 0. 過去180日間に入院していない 3. 15日～30日以内 1. 1週間以内 4. 30日以上前 2. 8日～14日以内 0		
AA-12. 転 居 歴	過去2年以内 の現在の住居への転居歴 0. いいえ 1. はい 0		
AA-13. 意志決定権／ 終末期に対する希望	0. いいえ 1. はい a. 成年後見人がいる a 1 b. 終末期に対する希望がある(たとえば、病院には入院しないなど) b 0		

☐ 該当する番号を1つ選ぶ ☐ 該当するものをすべてチェック

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

A. アセスメント情報

今回	前回	前々回
A1. アセスメント基準日		
アセスメント基準日 令和2年4月27日	アセスメント基準日 令和2年4月27日	アセスメント基準日 令和2年4月27日
A2. アセスメント理由		
1. 初回アセスメント 5. 状態の著変時のアセスメント 2. 定時アセスメント 6. その他 3. 在宅サービス終了前30日以内のアセスメント 4. 退院・退所時アセスメント		
2	2	2
A3. 保険の種類		
該当するものすべてにチェック		
a. 医療保険		
b. 介護保険		
c. 生活保護		

B. 記 憶

B1. 記憶を想起する能力			
0. 問題なし 1. 問題あり			
a. 短期記憶： 5分前のことが思い出せる、あるいはそのように見える	a. 0	0	0
b. 手続き記憶： 段取りを踏んで行うべきことを合図がなくても初めから手順を踏んでほとんどすべてできる	b. 0	0	0
B2. 日常の意思決定を行うための認知能力			
a. どの程度自分の判断でその日の活動をうまくなしとげるか(たとえば、起床や食事するべき時間がわかる、衣服を選ぶことができるどんな活動をするかがわかる)	a. 1	1	0
0. 自立： 首尾一貫して理にかなった判断ができる			
1. 限定的な自立： 新しい事態に直面した時のみいくらかの困難がある			
2. 軽度の障害： 特別な状況において、判断力が弱く、合図や見守りが必要である			
3. 中程度の障害： 常に判断力が弱く、合図や見守りが必要である			
4. 重度の障害： 判断できないか、まれにしか判断できない			
b. 過去90日間に おいて意思決定能力が悪化している	b. 0	0	0
0. いいえ 1. はい			
B3. せん妄の兆候			
a. 過去7日間において、 1日のうちで注意力や見当識が急に変化したり、一貫性が失われたり、予測できない意識状態の変動がある	a. 0	0	0
0. いいえ 1. はい			
b. 過去90日間に、安全が損なわれる、あるいは他者の保護が必要となるほど興奮したり、見当識を失うことがある	b. 0	0	0
0. いいえ 1. はい			

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

C. コミュニケーション、聴覚

今回 前回 前々回

C1. 聴覚

もし使用していれば、補聴器具を使って

0. 十分に聞こえる：通常会話、テレビ、電話、インターホン
1. 静かな場所でない場合にはわずかながら障害がある
2. 特別な状況でないと聞こえない：はっきりとした話し方をする必要がある
3. 高度に障害、実質的に聞こえない

0

0

0

C2. 自分を理解させることができる(伝達能力)

どんな方法で表現してもよい

0. 理解させることができる：容易に考えを表現できる
1. 通常は理解させることができる：十分に時間が与えられていないと、言葉を思い出したり、考えをまとめるのが困難。本人の考えを引き出す必要はない
2. しばしば理解させることができる：言葉を思い出したり、考えをまとめるのが困難。本人の考えを引き出す必要がある
3. 時々理解させることができる：その能力は具体的な欲求に限られる
4. ほとんどまたはまったく理解させることができない

0

0

0

C3. 他者を理解できる(理解力)

どんな方法で話した内容を理解してもよい

0. 理解できる：明確な理解力
1. 通常は理解できる：伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいはまったく言い直す必要はない
2. しばしば理解できる：伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、言い直すことで、しばしば会話を理解できる
3. 時々は理解できる：単純で直接的なコミュニケーションには適切に反応する
4. ほとんどまたはまったく理解できない

1

1

1

C4. コミュニケーション能力の低下

過去90日間において、コミュニケーション能力(伝達能力や理解力)が低下

0. いいえ 1. はい

0

0

0

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

D. 視 力

今回 前回 前々回

D1. 視 力

適切な明るさのもとでの視力(もし使用していれば、眼鏡等を用いて)

0 0 0

0. 十分:新聞・本の細字も含めて細かい部分まで見える
1. 障害:大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない
2. 中度障害:視力が限られている。新聞の見出しは見えないが、物を識別できる
3. 重度障害:物を識別することは難しいが、目で動体を追っているようである
4. 最重度障害:見えない、あるいは明暗、色、形を識別できるだけ。目は動体を追わない

D2. 視覚の制限・障害

光のまわりにかさや輪が見えたり、目にかすみがかかったように見えたり、閃光が見えた

0 0 0

0. いいえ 1. はい

D3. 視力低下

過去90日前において、視力が低下

0 0 0

0. いいえ 1. はい

E. 気分と行動

E1. うつ状態、不安、悲しみの気分の兆候

過去3日間に 観察された兆候(理由のいかんを問わない)

0. 過去3日間、観察されていない
1. 過去3日間に1~2日観察された
2. 過去3日間毎日観察された

- a. 悲しみやうつ状態(たとえば、生きている価値がない、もうどうなってもよい、自分はだれの役にもたたない、死んだほうがましだ)
b. 自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ(たとえば、怒りっぽい、受けているケアに対して怒る)
c. 現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現する(たとえば捨てられる、とり残される)
d. 繰り返し体の不調を訴える(たとえば、常に医療的な関心をひきたがる、体のことばかり心配している)
e. たびたび不安、心配ごとを訴える(たとえば、日課、食事、洗濯、衣服、対人関係などで人の注意や気をひいて、そのことに「だいじょうぶ」と言ってもらいたい)
f. 悲しみ、苦悩、心配した表情(たとえば、しかめっ面)
g. 何回も泣いたり涙もろい
h. 興味を持っていた活動をしなくなる(たとえば、かつて楽しんできた活動や家族・友人と一緒に過ごすことに興味がなくなる)
i. 社会的交流の減少

a. 0 0 0
b. 1 1 0
c. 0 0 0
d. 1 1 0
e. 0 0 0
f. 1 1 0
g. 0 0 0
h. 1 1 1
i. 0 0 0

E2. 気分の低下

過去90日間において、気分が悪化

0 0 0

0. いいえ 1. はい

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

E3. 問題行動

今回 前回 前々回

問題行動があるか、また、ある場合は対応の難しさ

0. この行動はなかった
1. 行動はあったが、容易に変えることができた
2. 行動があり、変えることは困難であった

- a. 徘徊(危険性などに気づかないように、合理的な目的なく歩き回る)
- b. 暴言(他者をおびやかす、どなる、ののしる)
- c. 暴行(他者を打つ、押す、ひっかく、性的に虐待する)
- d. 社会的に不適当な、または混乱させる行動(邪魔になる音をたてる、騒々しい、さけぶ、自傷行為、人前で性的行動あるいは衣類を脱ぐ、食事や糞便をぬりたくる、放りなげる、所有物をかきまわす、同じ行動を繰り返す、早朝起きて迷惑をかける)
- e. ケアに対する抵抗(服薬・ADL介助・食事・体位変換を拒否)

a.	0	0	0
b.	1	1	1
c.	1	1	1
d.	0	0	0
e.	2	2	2

E4. 問題行動の悪化

過去90日間において、問題行動が悪化、あるいは家族のほうが我慢できなくなってきた

0. いいえ(問題行動のない場合を含む) 1. はい

1	1	1
---	---	---

F. 社会的機能

F1. 関与

- a. 人と気軽に関わっている(たとえば、人と過ごすことが好き)
0. 気軽に関わっている 1. 気軽に関わっていない
- b. 家族や友人に対して葛藤や怒りを明確に表わす
0. いいえ 1. はい

a.	0	0	0
b.	0	0	0

F2. 社会的活動の変化

過去90日間において、社会的、宗教的、あるいは仕事や趣味の活動への参加が減っている。もし減っているなら、それで悩んでいる

0. 減っていない
1. 減っているが、悩んでいない
2. 減っており、悩んでいる

0	0	0
---	---	---

F3. 孤立

- a. 日中、一人でいる時間(夜間を除く)
0. ほとんど、または全くない
1. 1時間程度
2. 長い時間(たとえば、午前中全部)
3. いつも
- b. しばしば寂しい思いをしていると言ったり、そうしたそぶりをする
0. いいえ 1. はい

a.	2	2	2
b.	0	0	0

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

G. インフォーマルな支援の状況

G1. 介護者について

主に介護にあたっているインフォーマルな介護者2名の氏名

a. 主介護者氏名(ア) : _____

b. 副介護者氏名(イ) : _____

c. 同居の有無

0. 同居

1. 別居

2. インフォーマルな介護者はいない(Hへ進む)

d. 利用者との関係

0. 子供または子供の配偶者

1. 配偶者

2. 他の家族・親戚

3. 友人・近所の人

援助している分野

0. はい 1. いいえ

e. 助言や精神的な支援

f. IADL援助

g. ADL援助

必要あれば援助を増やす意思があり、かつ可能である

0. 2時間以上可

1. 1日1～2時間なら可

2. できない

h. 精神的な支援

i. IADL援助

j. ADL援助

今回	a.	*国 太*
	b.	*国 花*
前回	a.	*国 太*
	b.	*国 花*
前々回	a.	*国 太*
	b.	*国 花*

今回	前回	前々回							
主(ア)副(イ)									
c.	<table><tr><td>1</td><td>1</td></tr></table>	1	1	<table><tr><td>1</td><td>1</td></tr></table>	1	1	<table><tr><td>1</td><td>1</td></tr></table>	1	1
1	1								
1	1								
1	1								

d.	<table><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0	<table><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0	<table><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0
0	0								
0	0								
0	0								

e.	<table><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0	<table><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0	<table><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0
0	0								
0	0								
0	0								
f.	<table><tr><td>1</td><td>0</td></tr></table>	1	0	<table><tr><td>1</td><td>0</td></tr></table>	1	0	<table><tr><td>1</td><td>0</td></tr></table>	1	0
1	0								
1	0								
1	0								
g.	<table><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table>	0	1	<table><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table>	0	1	<table><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table>	0	1
0	1								
0	1								
0	1								

h.	<table><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table>	0	1	<table><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table>	0	1	<table><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table>	0	1
0	1								
0	1								
0	1								
i.	<table><tr><td>2</td><td>1</td></tr></table>	2	1	<table><tr><td>2</td><td>1</td></tr></table>	2	1	<table><tr><td>2</td><td>1</td></tr></table>	2	1
2	1								
2	1								
2	1								
j.	<table><tr><td>1</td><td>0</td></tr></table>	1	0	<table><tr><td>1</td><td>0</td></tr></table>	1	0	<table><tr><td>1</td><td>0</td></tr></table>	1	0
1	0								
1	0								
1	0								

G2. 介護者の状況

該当するものをすべてチェック

a. 介護者は介護を続けることができない(たとえば、健康状態が悪くなったために介護を続けられない)

b. 主たる介護者は家族(他の子供など)や友人から得ている支援に満足していない

c. 主たる介護者は介護しなければならないことに対して、ストレスや怒り、憂うつな気分を表している

d. 上記のいずれでもない

a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐
d.	☒	☒	☒

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

H. IADL (過去7日間) とADL (過去3日間)

H1. IADL実施状況: 家や地域における日常の活動レベルについて

ア、IADLの実施状況(過去の7日間)

0. 自立、自分で行った

1. 時に援助 をしてもらって行われた

2. いつも援助 をしてもらって行われた

3. 他者が全部を行った

8. 本活動は一度も行われなかった

イ、IADL困難度

<自分で行う、あるいは行おうとした場合の難しさ>

0. 問題ない

1. いくらか困難 (援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる)

2. 非常に困難 (ほとんど、あるいはまったく活動に参加できない)

		今回	前回	前々回
		ア	イ	
a. 食事の用意	食事の用意 (献立を考える、材料を用意する、料理する、配膳する)	a. 3 0	3 1	3 0
b. 家事一般	食事の後片付け、掃除、ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯	b. 8 1	8 1	8 1
c. 金銭管理	支払い、家計の収支勘定	c. 0 1	0 1	0 1
d. 薬の管理	服用の時間、袋から取り出し、処方どおり服用 (内服薬、外用薬、インシュリンなどの注射薬を含む)	d. 0 2	0 1	0 2
e. 電話の利用	自分で電話をかけたり、受ける (必要に応じて数字を大きくしたり、音の拡大装置を使ってもよい)	e. 8 0	8 0	8 0
f. 買 物	食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う	f. 1 2	1 2	1 2
g. 交通手段の利用	乗り物による移動 (歩行できる範囲外における移動)	g. 3 0	3 0	3 0

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

H2. ADL自立度		今回	前回	前々回
過去3日間にみられた a. ~h. の食事や着衣等の日常動作について、それぞれにおけるすべての状況を考慮して評価する。自立して活動している場合も他者の励ましや観察・誘導の有無にとくに留意 [注: 入浴は過去7日間における最も依存的な状態について記入] 0. 自立 : 手助け、準備、観察は不要。1~2回のみ 1. 準備のみ : 物や用具を利用者の手の届く範囲に置くことが3回以上 2. 観察 : 見守り、励まし、誘導が3回以上、あるいは、1回以上の観察と身体援助1~2回との組み合わせ(観察と身体援助合わせて3回以上) 3. 部分的な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできる ・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上 ・それ以上の援助1~2回との組み合わせ(身体援助が3回以上) 4. 広範な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、以下の援助を3回以上 ・体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える) ・ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助 5. 最大の援助 : 動作の一部(50%未満)しか自分でできず、以下の援助を3回以上 ・体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える) ・ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助 6. 全面依存 : まる3日間すべての面で他者が全面援助した 8. 本動作は3日間の間に1回もなかった (能力にかかわらない)				
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する	a. 5	5	5
b. 移 乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	b. 2	2	2
c. 家の中の移動	どのように家の中(階段を除く)を移動するか(車いすなら、車いすに移乗したあと)	c. 1	1	1
d. 屋外の移動	どのように屋外を移動するか(車いすなら、車いすに移乗したあと)	d. 8	8	8
e. 上半身の更衣	どのように上半身の衣類(普段着や下着)を着たり、脱いだりするか。装具・矯正具やファスナー、セーターなどを含む	e. 2	2	2
f. 下半身の更衣	どのように下半身の衣類(普段着や下着)を履いたり、脱いだりするか。装具・矯正具やベルト、ズボン、スカート、靴、ファスナーなどを含む	f. 4	4	4
g. 食 事	食べたり、飲んだりする(経管栄養を含む)	g. 5	5	5
h. トイレの使用	トイレ(ポータブルトイレ、便器や採尿器を含む)を使用する: 便器への移乗、排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服の整理を含む	h. 3	3	3
i. 個人衛生	髪をとかす、歯をみがく、ひげを剃る、化粧する、顔や手を洗う(入浴、シャワーを除く)	i. 6	6	6
j. 入浴 (過去7日間)	どのように入浴やシャワーや清拭をするか(背中を洗うこと、洗髪、移乗は含まない)身体のそれぞれの部分(腕、太腿、膝下、胸部、腹部、陰部)をどう洗うかは含まれる。過去7日間における最も依存的な状態を記入する	j. 1	1	1

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

H3. ADLの低下		今回	前回	前々回
過去90日間において、ADLが低下		0	0	0
0. いいえ 1. はい				
H4. 主な移動手段				
0. 補助具等は使用していない 3. 電動三輪車(スクーター) 1. 杖 4. 車いす 2. 歩行器、松葉杖 5. 移動しなかった				
a. 屋内		1	1	1
b. 屋外		4	4	4
H5. 階段昇降				
過去3日間において、 階段の上り下りをする方法(1段でも数段でも手すりを使ってもよい)				
0. 他者の援助なしに上り下りする 1. 他者の援助によって上り下りする 2. 上り下りしなかった				
H6. 健康活動				
a. 過去30日間の通常の1週間で、 家や住んでいる建物の外へ出た頻度 (外へ出た時間が短くても良い)		2	2	2
0. 毎日 2. 週に1日 1. 週に2～6日 3. 1日もない				
b. 過去3日間 における体を動かす活動時間の合計(歩く、家の掃除、運動)		0	0	0
0. 2時間以上 1. 2時間未満				
H7. 身体機能の潜在能力				
該当するものすべてチェック				
a. 利用者は身体機能の自立度が向上すると信じている(ADL、IADL、移動など)				
b. 介護者は、利用者の身体機能の自立度が向上すると信じている(ADL、IADL、移動など)		●	●	●
c. 現在の疾患や症状から回復する見込みがある。または、健康状態の向上が期待される		●	●	●
d. 上記のいずれでもない				

I. 排泄(過去7日間)				
I1. 尿失禁				
a. 過去7日間の 尿失禁。尿がもれていても、下着の外までもれるほどの量でなければ、コントロールとする		0	0	0
0. 完全にコントロールできる:カテーテルや採尿する器具を使用していない				
1. 完全にコントロール・カテーテル使用:カテーテルや採尿する器具を使用して尿がもれていない				
2. 通常は失禁しない :週1回以下				
3. 時々失禁する :週2回以上だが、毎日でない				
4. しばしば失禁する :毎日失禁傾向だが、いづらかコントロールが保たれている (たとえば日中だけなど)				
5. 失 禁 状 態 :膀胱のコントロール不十分、毎日頻回に失禁				
8. 膀胱から尿の排泄がなかった				

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

b. 過去90日間において 尿失禁が悪化
0. いいえ 1. はい

今回	前回	前々回
b. 0	0	0

I2. 尿失禁用器材

過去7日間に該当するものをすべてチェック

- a. おむつ(パッド、ブリーフを含む)
b. 留置カテーテル
c. 上記のいずれでもない

a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☒	☒	☒

I3. 便失禁

過去7日間の 便失禁

0. 完全にコントロールできる : 人工肛門や瘻を使用していない
1. 自立・瘻使用 : 瘻が造設され便がもれていない
2. 通常は失禁しない : 週1回未満
3. 時々失禁する : 週に1回
4. しばしば失禁する : 週2、3回
5. 失禁状態 : ほとんど、常に毎日頻回に失禁
6. 排便がなかった

0	0	0
---	---	---

J. 疾 患

J1. 疾患

医師の診断を受けていて利用者の状態に影響している疾患、治療や症状の管理を要する疾患、または 過去90日間において 入院理由となった疾患。在宅ケアスタッフによって観察されているかどうか

該当しない場合は空欄

1. 在宅ケアスタッフによる処置や観察の必要がない
2. 在宅ケアスタッフによる処置や観察を受けている

循 環 器

- a. 脳血管障害(脳卒中)
b. うっ血性心不全
c. 冠状動脈疾患
d. 高血圧症
e. 不整脈
f. 末梢循環障害

神 経

- g. アルツハイマー型認知症
h. アルツハイマー型以外の認知症
i. 頭部外傷
j. 片側不全麻痺／片麻痺
k. 多発性硬化症
l. パーキンソン症候群

a.	1	1	1
b.	1	1	1
c.	1	1	1
d.	2	2	2
e.	1	1	1
f.	1	1	1
g.	1	1	1
h.	1	1	1
i.	1	1	1
j.	1	1	1
k.	1	1	1
l.	1	1	1

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

		今回	前回	前々回
筋 骨 格	m. 関節炎	1	1	1
	n. 大腿骨骨折	1	1	1
	o. その他の骨折(手首、脊椎など)	1	1	1
	p. 骨粗鬆症	1	1	1
感 覚 器	q. 白内障	2	2	2
	r. 緑内障	1	1	1
精 神 科	s. 精神科診断(内容問わない)	1	1	1
感 染 症	t. HIV感染	1	1	1
	u. 肺 炎	1	1	1
	v. 結 核	1	1	1
	w. 尿路感染症 (過去30日間)	1	1	1
そ の 他	x. がん(過去5年間、皮膚がんは含まない)	1	1	1
	y. 糖尿病	1	1	1
	z. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患・喘息	1	1	1
	aa. 腎不全	1	1	1
	ab. 甲状腺疾患(機能亢進症あるいは低下症)	1	1	1
	ac. 上記のいずれでもない			

J2. その他の疾患、あるいはより詳細な診断名とそのICD-10コード

a

b

c

d

K. 健康状態および予防

K1. 予 防(過去2年間)

過去2年間に受けたものをすべてチェック

a. 血圧測定

b. インフルエンザワクチン

c. 便潜血、または大腸内視鏡検査

d. (女性のみ)乳房の触診かマンモグラフィー

e. 上記のいずれでもない

a.

b.

c.

d.

e.

☒

☐

☒

☐

☐

☒

☐

☒

☐

☐

K2. 現 症(2日以上存在)

過去3日間のうち、2日以上に見られた症状をすべてチェック

a. 下痢

b. 排尿困難または夜間に3回以上排尿

c. 発熱

d. 食欲不振

e. 嘔吐

f. 上記のいずれでもない

a.

b.

c.

d.

e.

f.

☒

☐

☐

☒

☐

☐

☒

☐

☐

☒

☐

☐

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

K3. 現 症

過去3日間に見られた症状をすべてチェック

身体症状

- a. 胸痛、安静時や運動時の胸痛・胸部圧迫感
b. 便秘(過去3日間排便がない)
c. めまい、めまい感
d. 浮腫
e. 息切れ

精神症状

- f. 妄想
g. 幻覚

h. 上記のいずれでもない

	今回	前回	前々回
a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☒	☒	☒
d.	☐	☐	☐
e.	☐	☐	☐
f.	☐	☐	☐
g.	☐	☐	☐
h.	☐	☐	☐

K4. 痛 み

a. 痛みの訴えや様子があつた頻度

0. 痛みはない(b～eにも0を記入) 2. 1日1回
1. 毎日ではない 3. 1日数回(朝と晩など)

b. 痛みの強さ

0. 痛みはない 3. 重度
1. 軽度 4. 耐えがたい痛みとなる時もある
2. 中等度

c. 利用者からみて、痛みは通常の活動に支障をきたしている

0. きたしていない 1. きたしている

d. 痛みの箇所

0. 痛みはない 1. 局在するー1カ所 2. 複数カ所

e. 利用者からみて鎮痛薬が適切に効いている

0. 思っている、あるいは痛みはない
1. 適切に効いていない
2. 痛みはあるが、鎮痛薬を使用していない

a.	1	1	1
b.	1	1	1
c.	0	0	0
d.	0	0	0
e.	1	1	1

K5. 転倒頻度

過去90日間に 転倒した回数

(9回以上のときは「9」、1回もないときは「0」を記入)

0	0	0
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

K6. 転倒の危険

0. いいえ

1. はい

a. 不安定な歩行

b. 転倒を恐れて外出を制限(バスに乗るのをやめる、他者と一緒でなければ外出しないなど)

a.	0	0	0
b.	0	0	0

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

K7. 生活習慣(飲酒と喫煙)

今回前回前々回

飲酒と禁煙について

0. いいえ1. はい

- a. 過去90日間に、お酒の量を減らした方がよいと思ったり、他者に減らすように言われたり、あるいは他者が本人の飲酒の心配をしていた
- b. 過去90日間に、自分をおちつかせるために朝一番に飲酒(迎え酒)をしたり、飲酒が原因で問題をおこした
- c. 毎日、喫煙

a.	0	0	0
b.	0	0	0
c.	0	0	0

K8. 健康状態

該当するものをすべてチェック

- a. 健康状態がよくないと感じている(質問した場合に)
- b. 思考、ADL、気分や行動を不安定にするような病態や症状がある(変動や悪化)
- c. 急性症状が発生したり再発性や慢性の問題が再燃した
- d. 過去30日間に、新たな急性症状の発生により治療が変更された
- e. 末期の疾患であり、余命が6ヶ月以下である(医師が本人や家族に末期であることを告げているなど)
- f. 上記のいずれでもない

a.	☒	☒	☒
b.	☐	☐	☐
c.	☒	☒	☒
d.	☐	☐	☐
e.	☐	☐	☐
f.	☐	☐	☐

K9. その他の状況

該当するものをすべてチェック

- a. 家族や現在介護をしてもらっている者に対して恐れをいだいている
- b. 衛生状態が異常に悪い
- c. 説明がつかないけが、骨折、火傷がある
- d. 放置、暴力、虐待を受けている
- e. 身体抑制を受けている(四肢の抑制、ベッド柵の使用、いすに固定)
- f. 上記のいずれでもない

a.	☐	☐	☐
b.	☒	☒	☒
c.	☒	☒	☒
d.	☒	☒	☒
e.	☒	☒	☒
f.	☐	☐	☐

L. 栄養状態

L1. 体重

0. いいえ1. はい

- a. 体重減少が目標でないにもかかわらず、体重の減少が過去30日間に5%以上、あるいは過去180日間に10%以上
- b. 極度の栄養不良(栄養障害)
- c. 病的な肥満

a.	0	0	0
b.	0	0	0
c.	0	0	0

L2. 食事摂取

0. いいえ1. はい

- a. 過去3日間のうちに2日以上、1日に1回以下しか食事をしない
- b. 過去3日間において、通常摂取する食事や水分の量が目立って減少
- c. 水分摂取の不足(過去3日間に、ほとんどまったく水分を摂っていない)
- d. 経管栄養

a.	0	0	0
b.	0	0	0
c.	0	0	0
d.	0	0	0

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

L3. 嚥下問題

0. 正常:すべての食べ物を安全で効率的に飲み込める
1. 固形物を飲み込むための食事変更が必要である(粥、刻み食など)
2. 固形物と液体を飲み込むための食事変更が必要である(ピューレ、流動食など)
3. 経口摂取と経管栄養を併用
4. 全く経口摂取をしていない

今回前回前々回

000

M. 歯および口腔状態

M1. 口腔状態

該当するものをすべてチェック

- a. 咀嚼の問題(咀嚼が不十分、あごが動かない、外科的切除、感覚・運動障害、食べている時の痛みなど)
- b. 食事中に口の中が「かわいている」と感じる
- c. 歯みがきや入れ歯みがきに問題
- d. 上記のいずれでもない

a. ☐☐☐

b. ☐☐☐

c. ☐☐☐

d. ☒☒☒

N. 皮膚の状態

N1. 皮膚の問題

問題となるような皮膚の状態やその変化(火傷、打撲、湿疹、かゆみ、疥癬、しらみなどがある)

0. いいえ1. はい

000

N2. 褥瘡・潰瘍

褥瘡などの潰瘍[もしあれば、その最もひどい状態について記入する]

0. なし
1. 第Ⅰ度: 皮膚が持続して発赤している部位がある
2. 第Ⅱ度: 皮膚層の部分的喪失(びらん、水疱、浅いくぼみなど)
3. 第Ⅲ度: 皮膚に深い潰瘍がある
4. 第Ⅳ度: 筋肉や骨が露出している

- a. 褥瘡 : 圧迫や摩擦によって起こったもので下部の組織の損傷をもたらす
- b. うっ血性潰瘍 : 末梢循環障害による下肢末端の開放創

a. ☐☐☐

b. ☐☐☐

N3. 皮膚のその他の問題

該当するものをすべてチェック

- a. Ⅱ度以上の火傷
- b. 潰瘍、発疹、切り傷以外の開放創(たとえば、がん病巣)
- c. 裂傷または切り傷
- d. 手術創
- e. うおのめ、たこ、感染症、水虫、変形(足の問題)
- f. 上記のいずれでもない

a. ☐☐☐

b. ☐☐☐

c. ☒☒☒

d. ☐☐☐

e. ☐☐☐

f. ☐☐☐

N4. 褥瘡既往

過去に一度でも身体のだこかに褥瘡があった

0. いいえ1. はい

000

利用者番号	1000	氏名	*国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

P. 治療方針の順守

今回前回前々回

P1. 特別な治療・ケア(過去7日間)

過去7日間 に受けた、あるいは受ける予定のあった治療、療法とその順守
(受ける場所は在宅であっても施設であってもよい)

該当しない場合は空欄

1. 予定されており、指示されたとおり完全に守られた
2. 予定されていたが、一部守られなかった
3. 予定されていたが、指示されたとおりには完全には守られなかった

<呼 吸>

- a. 酸素呼吸
- b. 補助呼吸のためのレスピレーター
- c. その他の呼吸療法

<その他の処置>

- d. アルコール／薬物依存の治療
- e. 輸血
- f. 抗がん剤療法
- g. 透析
- h. 中心静脈による輸液・注射
- i. 末梢静脈による輸液・注射
- j. 注射による与薬
- k. 瘻のケア
- l. 放射線治療
- m. 気管切開口のケア

<療 法>

- n. 運動療法
- o. 作業療法
- p. 理学療法

<ケアプログラム>

- q. 通所介護
- r. 通所リハビリテーション
- s. 緩和ケア
- t. 外来通院
- u. 短期入所

<在宅での特別な対応>

- v. 毎日の観察・測定
(血圧、尿量など)
- w. 観察・測定(毎日ではない)
- x. 緊急通報用の器材(ペンダント等)
- y. 皮膚の治療
- z. 特別治療食
- aa. 上記のいずれでもない

a.	2	2	2
b.	1	1	1
c.	1	1	1
d.	1	1	1
e.	2	2	2
f.	1	1	1
g.	1	1	1
h.	2	2	2
i.	1	1	1
j.	2	2	2
k.	1	1	1
l.	1	1	1
m.	3	3	3
n.	2	2	2
o.	1	1	1
p.	1	1	1
q.	1	1	1
r.	2	2	2
s.	2	2	2
t.	1	1	1
u.	2	2	2
v.	1	1	1
w.	3	3	3
x.	2	2	2
y.	1	1	1
z.	2	2	2
aa.			

P2. 医療機器の取り扱い(過去3日間)

0. 使用されていない
1. 自己管理ができる
2. 準備や声かけがあれば自己管理ができる
3. 部分的に手助けが必要
4. 全面的に手助けが必要

- a. 酸素
- b. 末梢あるいは中心静脈の確保
- c. カテーテル
- d. 瘻(胃瘻、膀胱瘻など)

a.	0	0	0
b.	0	0	0
c.	0	0	0
d.	0	0	0

利用者番号	1000	氏名	*国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

P3. 入院・緊急外来		今回	前回	前々回
過去90日間における 回数を記入する。もしなければ「0」を、9回以上ならば「9」をそれぞれ記入する				
a. 入院回数		0	0	0
b. 入院には至らないが救急外来を受診した回数		1	1	1
c. 予定外の訪問・受診(予定していなかった看護婦、医師、療法士の訪問や受診を含む)		0	0	0
P4. 達成されたケア目標の有無				
過去90日間に、 ケア目標のいずれかが達成されている				
0. いいえ	1. はい	0	0	0
P5. ケアニーズの変化				
90日前と比べて、 利用者の全体的な自立状況は著しく変化している				
0. 不変		0	0	0
1. 改善(援助が減る)				
2. 悪化(援助が増える)				
P6. 家計の切り詰め				
前月の家計に困ったため、薬、光熱費、食品、受診、在宅ケアサービスをやりくりした				
0. いいえ	1. はい	0	0	0
Q. 薬 剤(過去7日間)				
Q1. 薬剤の種類				
過去7日間に 使用した異なる薬剤の種類の数[毎日でなくとも、1回でも使用したら数に入れる、軟膏、点眼薬や処方なしで買った薬を含む](なければ「0」、9つ以上ならば「9」を記入)		2	2	2
Q2. 向精神薬の服用				
過去7日間に おける薬剤の服用(下記の薬効に該当する処方薬の有無を確認)				
0. いいえ 1. はい				
a. 抗精神病薬		0	0	0
b. 抗不安薬		0	0	0
c. 抗うつ薬		0	0	0
d. 催眠薬		0	0	0
Q3. 医学的管理				
現在使用しているすべての薬について、 過去180日間に 少なくとも1人の医師が確認した				
0. 少なくとも1人の医師と相談(あるいは全く服用していない)		1	1	1
1. すべてを把握している医師は1人もいない				
Q4. 薬剤のコンプライアンス				
過去7日間に、 医師によって処方された薬をいつも、あるいはほとんどいつも指示通り服用している				
0. 常に従う		0	0	0
1. 80%以上は従っている				
2. 80%未満しか従っていない				
8. 薬剤は処方されていない				

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

R. アセスメントへの参加

R1. アセスメントをコーディネートした者

今回	前回	前々回
* 玉 あや *	* 玉 あや *	* 玉 あや *

R2. 職種

今回	前回	前々回
介護支援専門員	介護支援専門員	介護支援専門員

R3. アセスメント完了日

今回	前回	前々回
令和2年4月30日	令和2年4月30日	令和2年4月30日

R4. 他の評価者の署名(職種、記入年月日)

今回			前回			前々回		
氏名	職種	記入年月日	氏名	職種	記入年月日	氏名	職種	記入年月日

<ケアプランの作成にあたって>

R5. 対象者がサービスを受ける目的の明確化

該当するものをすべてチェック

a. 医療処置

b. 経過観察

c. リハビリテーション

d. 本人・家族への指導

e. 介護者の一時休養

f. 緩和ケア

g. 身体介護

h. 家事援助

i. その他 ()

()

()

今回

前回

前々回

今回 前回 前々回

a.	☐	☐	☐
b.	☒	☒	☒
c.	☐	☐	☐
d.	☐	☐	☐
e.	☐	☐	☐
f.	☐	☐	☐
g.	☐	☐	☐
h.	☐	☐	☐
i.	☐	☐	☐

利用者番号	1000	氏名	* 国 良 *	性別	女	生年月日	昭和14年7月29日
今回アセスメント日	令和2年10月27日	前回アセスメント日	令和2年7月27日	前々回アセスメント日	令和2年4月27日		

S. 薬物治療調査票

今回

A.経口薬(市販薬を含む)

薬剤名称(商品名)	剤形	1日量	回数/1日	日数/7日間
●コンファクトF [1000単位	50.0	3.0	3.0	7.0

B.注射・点滴(デポ剤も含む)

薬剤名称(商品名)	1アンプル	1日量	回数/1日	日数/7日間	経路

C.その他(外用薬、坐薬、吸入薬など)

薬剤名称(商品名)	回数/1日	日数/7日間	経路

前回

A.経口薬(市販薬を含む)

薬剤名称(商品名)	剤形	1日量	回数/1日	日数/7日間
●コンファクトF [1000単位	50.0	3.0	3.0	7.0

B.注射・点滴(デポ剤も含む)

薬剤名称(商品名)	1アンプル	1日量	回数/1日	日数/7日間	経路

C.その他(外用薬、坐薬、吸入薬など)

薬剤名称(商品名)	回数/1日	日数/7日間	経路

前々回

A.経口薬(市販薬を含む)

薬剤名称(商品名)	剤形	1日量	回数/1日	日数/7日間
●コンファクトF [1000単位	50.0	3.0	3.0	7.0

B.注射・点滴(デポ剤も含む)

薬剤名称(商品名)	1アンプル	1日量	回数/1日	日数/7日間	経路

C.その他(外用薬、坐薬、吸入薬など)

薬剤名称(商品名)	回数/1日	日数/7日間	経路

MDS-HC2. 0 領域選定表		機能面				感覚面		精神面				健康問題				ケアの管理				失禁														
		① ADL／リハ	② IADL(改善)(A)	③ IADL(支援)(B)	④ 健康増進	⑤ コミュニケーション	6 視覚	7 アルコール依存	8 認知	⑨ 行動	⑩ うつと不安	⑪ 高齢者の虐待	12 社会的機能	⑬ 心肺の管理	14 脱水	15 転倒	⑬ 栄養	17 口腔衛生	⑬ 痛みの管理	⑬ 褥瘡	20 皮膚と足の問題	⑬ 順守	22 もうい支援(主なし)(A)	22 もうい支援(主あり)(B)	⑬ 薬剤(管理)(A)	23 薬剤(副作用)(B)	24 緩和ケア	⑬ 保健予防	26 向精神薬	27 在宅サービス削減	⑬ 環境評価	⑬ 排便の管理	30 尿失禁	
選定する際の条件		☆	☆		☆																		☆		☆			☆						
○：単独でトリガー																																		
②：2つともに該当していればトリガー(領域22, 27)																																		
④：4つ以上該当した場合にトリガー(領域4)																																		
☆：必須条件. ☆にチェックされていて、さらに○に1つ以上、②に2つ以上該当していればトリガー(領域3, 22, 23, 26)																																		
☆☆：必須条件. ☆が両方にチェックされていて、さらに○に1つ以上該当していればトリガー(領域1, 2)		☆☆	☆☆																					☆☆		☆☆			☆☆					
A A	相談前5年間の入院・入所歴					④																												
B.	記憶を想起する能力								○																									
	日常の意思決定の認知能力				☆																													
									○																									
									○																									
	せん妄の兆候				④				○							○																		
									○																									
C.	聴覚					○																												
	伝達能力または理解力					○																												
	理解力	☆	☆			○																												
	コミュニケーション能力の低下																																	
D.	視力. 視覚の制限・障害						○																											
	視力低下						○																											
E.	うつ状態、不安の兆候										○																							
	問題行動									○																								
	問題行動の悪化																																	
F.	社会的活動の変化												○																					
	孤 立												○											②										
G.	介護者について																						②											
																								②										
H.	IADL実施状況																						②	②										
			○																															
			○																															
				○																														
					④																													
	ADL自立度																																	
		☆																																
						④																												
	ADLの低下	○																																
	階段昇降				○																													
	健康活動				○	④																												
		1	2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	22	23	23	24	25	26	27	28	29	30

			1	2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	22	23	23	24	25	26	27	28	29	30	
		H6b=1				○																														
	身体機能の潜在能力	H7a, b, c=レ	○	☆																																
		H7d=レ																															②			
I.	尿失禁	I1a=3～5				④																									○				○	
	尿失禁用器材	I2a, b=レ																																	○	
	便失禁	I3=2～5																																○		
		I3=3～5																				○									○					
J.	疾 患	J1e=1, 2														○							○									○				
		J1g, h, i, k=1, 2				④																														
		J1g, l=2																	○																	
		J1l=1, 2																										○				○				
		J1aa=1, 2																										○				○				
		J1x=1, 2																		○								○								
K.	予 防	K1a, b, c, d(dは女性のみ)チェックなし																																		
	現 症	K2a=レ, K3b=レ																										○		○					○	
		K2c=レ																○																		
	現 症	K3a, e=レ															○																			
		K3c=レ																										○								
		K3f, g=レ																														○				
	痛 み	K4a=1～3																			○															
	転倒頻度	K5≥1																	○													○				
	転倒の危険	K6a=1																														○				
		K6a=1かつK6b=0																	○																	
	生活習慣	K7a, b=1								○																										
		K7c=1				○																														
	健康状態	K8b, c, d=レ	○																																	
		K8e=レ																														○				
	その他の状況	K9a, c, d, e=レ												○																						
L.	体 重	L1a, b=1																	○																	
	食事摂取	L2b, c=1																○		○																
	嚥下問題	L3=1～4																			○															
M.	口腔状態	M1a, b, c=レ																			○															
		M1b=レ																											○							
N.	皮膚の問題	N1=1																					○						○							
	褥瘡・潰瘍、褥瘡既往	N2a=1～4, N4=1																				○														
	皮膚のその他の問題	N3b, e=レ																					○													
O.	居住環境	O1a～f=レ																																○		
P.	治療・ケア、薬剤の順守	P1a～p, t～z=2, 3, Q4=2																						○												
	特別な治療・ケア	P1s=1, 2, 3																												○						
	達成されたケア目標の有無	P4, P5=1																																②		
	ケアニーズの変化	P5=2, H3=1	○			④																														
Q.	薬剤の種類	Q1≥1かつQ3=1																										○								
		Q1≥5																											☆							
	向精神薬の服用	Q2a, b, c=1																															☆			
			1	2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	22	23	23	24	25	26	27	28	29	30	

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月27日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

領域1

ADL/リハビリテーションの可能性

2つ以上のADL項目で他者からの援助を受けている

H2a=5 ベッド上の可動性:最大の援助

H2b=2 移乗:観察

H2d=8 屋外の移動:本動作は3日間の間に1回もなかった

H2e=2 上半身の更衣:観察

H2f=4 下半身の更衣:広範な援助

H2g=5 食事:最大の援助

H2h=3 トイレの使用:部分的な援助

H2i=6 個人衛生:全面依存

他者をほぼ理解できる

C3=1 通常は理解できる:伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいはまったく言い直すことはない

思考やADLを不安定にするような症状、慢性の問題再燃、あるいは新たな急性症状がある

K8c 急性症状が発生したり再発性や慢性の問題が再燃した

利用者や介護者、評価者は、利用者が改善すると考えている

H7b 介護者またはケアスタッフは、利用者の身体機能の自立度が向上すると信じている(ADL、IADL、移動など)

H7c 現在の疾患や症状から回復する見込みがある。または健康状態の向上が期待される

領域2

手段的日常生活能力

他者をほぼ理解できる

C3=1 通常は理解できる:伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいはまったく言い直すことはない

利用者や介護者、評価者は利用者が改善すると考えている

H7b 介護者またはケアスタッフは、利用者の身体機能の自立度が向上すると信じている(ADL、IADL、移動など)

H7c 現在の疾患や症状から回復する見込みがある。または健康状態の向上が期待される

食事の用意に援助を受けているが、行おうとした場合に”非常に困難”ではない

H1aア=3,H1aイ=0

領域3

健康増進

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月27日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

日常の意志決定能力がほぼ保たれている

B2=1

外出回数が少ない

H6a=2 健康活動: 過去30日間の通常の1週間で、週に1回

領域5 コミュニケーション

理解力の問題

C3=1 通常は理解できる: 伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいはまったく言い直すことはない

領域9 行動

暴言

E3b=1 暴言(行動はあったが、容易に変えることができた)

暴行

E3c=1 暴行(行動はあったが、容易に変えることができた)

ケアに対する抵抗

E3e=2 ケアに対する抵抗(行動があり、変えることは困難であった)

領域10 うつと不安

自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ

E1b=1 過去3日間に1～2日観察された(自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ)

繰り返し体の不調を訴える

E1d=1 過去3日間に1～2日観察された(健康上の不満を繰り返す)

悲しみ、苦悩、心配した表情

E1f=1 過去3日間に1～2日観察された(悲しみ、苦悩、心配した表情)

領域11 高齢者の虐待

説明がつかないけが、骨折、火傷がある

K9c 説明がつかないけが、骨折、火傷がある

放置、暴力、虐待を受けている

K9d 放置、暴力、虐待を受けている

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月27日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

身体抑制を受けている

K9e 身体抑制を受けている(四肢の抑制、ベッド柵の使用、いすに固定)

領域13 心肺の管理

不整脈

J1e=1 不整脈:在宅ケアスタッフによる処置や観察の必要がない

領域16 栄養

がん

J1x=1 がん(過去5年間、皮膚がんは含まない):在宅ケアスタッフによる処置や観察の必要がない

領域18 痛みの管理

痛みの訴えや様子があった

K4a=1 毎日ではない

領域19 褥創

ベッド上の可動に援助を必要とした

H2a=5 ベッド上の可動性:最大の援助

領域21 順守(コンプライアンス)

特別な治療・療法が1つ以上守られなかった

P1a=2 酸素療法:予定されていたが、一部守られなかった

P1e=2 輸血:予定されていたが、一部守られなかった

P1h=2 点滴-中心静脈:予定されていたが、一部守られなかった

P1j=2 注射による与薬:予定されていたが、一部守られなかった

P1m=3 気管切開口のケア:予定されていたが、指示とおりには完全には守られなかった

P1n=2 運動療法:予定されていたが、一部守られなかった

P1u=2 ショートステイ:予定されていたが、一部守られなかった

P1w=3 観察・測定(毎日ではない):予定されていたが、指示とおりには完全には守られなかった

P1x=2 緊急通報用の器材(ペンダント等):予定されていたが、一部守られなかった

P1z=2 特別治療食:予定されていたが、一部守られなかった

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年10月27日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

領域23

薬剤管理

1種類以上の薬剤を服用[Q1=1以上]しているが、すべての薬剤について把握している医師がいない[Q3=1]

Q1≥1,Q3=1 薬剤を使用しているが、現在使用しているすべての薬について、すべてを把握 2種類
している医師は1人もいない

領域25

保健予防サービス

インフルエンザワクチンを受けていない

K1b=False インフルエンザワクチン

(女性の場合)乳房の触診またはマモグラフィーを行っていない

K1d=False (女性のみ)乳房の触診かマモグラフィー

領域28

環境評価

浴室やトイレの環境

O1c 浴室及びトイレの環境(滑りやすい浴槽、必要であるにもかかわらず手すりがない、水もれ、トイレが外にある、故障している)

領域29

排便の管理

下痢

K2a 下痢

ケアプラン策定評価レポート

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年10月27日
氏名	*国 良*	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日
問 題 領 域	選定 結果	ケアプランの決定		根拠・情報の所在 など	
		策 定	策 定 しない		
1. ADL/リハビリの可能性	●	○			
2. 手段的日常生活能力(自立)	●	○			
〃 (支援)					
3. 健康増進	●	○			
4. 施設入所のリスク					
5. コミュニケーション障害	●	○			
6. 視覚					
7. アルコール依存と危険な飲酒					
8. 認知					
9. 行動	●	○			
10. うつと不安	●	○			
11. 高齢者の虐待	●	○			
12. 社会的機能					
13. 心肺の管理	●	○			
14. 脱水					
15. 転倒					
16. 栄養	●	○			
17. 口腔衛生					
18. 痛みの管理	●	○			
19. 褥瘡	●	○			
20. 皮膚と足の状態					
21. 順守(コンプライアンス)	●	○			
22. もろい支援体制(主なし)					
〃 (主あり)					
23. 薬剤管理(管理)	●	○			
〃 (副作用)					
24. 緩和ケア					
25. 保健予防サービス	●	○			
26. 向精神薬					
27. 在宅サービスの削減					
28. 環境評価	●	○			
29. 排便の管理	●	○			
30. 尿失禁と留置カテーテル					

【 領域検討用紙 】

氏 名 *国 良*
アセスメント日 令和2年10月27日

作成日 令和2年10月27日
作成者 *玉 あや*

[illegible]

在宅復帰および在宅支援の検討

包括的自立支援プログラム

1. 介護力

要介護者等の氏名： * 国 良 *

主介護者	☒ あり	☐ なし	副介護者	☐ あり	☒ なし
介護意欲	☐ 積極的	☒ 消極的	介護期間	(2 年 3 月)	
主介護者の健康状態	☒ よい	☐ 悪い	主介護者との家族関係	☒ よい	☐ 悪い
主介護者の就労	☐ なし	☒ あり	主介護者の育児	☐ なし	☒ あり
介護可能時間	(2 時間 / 日)		身体的負担感	☐ なし	☒ あり
精神的負担感	☐ なし	☒ あり	経済的負担感	☐ なし	☒ あり
面会の頻度	(2 回 / (週) ・ 月 ・ 年)		外出 + 外泊の頻度	(1 回 / (週) ・ 月 ・ 年)	

特記事項：

2. 生活環境

福祉用具の利用	☐ あり	☒ なし	福祉用具の充足度	☐ 充足	☒ 不足
住宅改修の必要性	☐ 不要	☒ 必要			
住宅環境	☒ 持ち家	☐ 借家		☒ 一戸建て	☐ 集合住宅
	☒ 自室あり	☐ 自室なし		☒ 1 階	☐ 2 階以上

特記事項：

3. 利用できる社会資源

	居住地域にある	利用する意志あり		居住地域にある	利用する意志あり
訪問介護（ホームヘルプサービス）	☒	☒	福祉用具貸与	☐	☐
訪問入浴介護	☒	☒	特定（介護予防）福祉用具販売	☐	☐
訪問看護	☒	☐	住宅改修	☒	☐
訪問リハビリテーション	☒	☐	夜間対応型訪問介護	☐	☐
居宅療養管理指導	☒	☐	認知症対応型通所介護	☐	☐
通所介護（デイサービス）	☐	☐	小規模多機能型居宅介護	☐	☐
通所リハビリテーション（デイケア）	☐	☐	認知症対応型共同生活介護	☐	☐
短期入所生活介護（特養等）	☐	☐	地域密着型特定施設入居者生活介護	☐	☐
短期入所療養介護（老健・診療所）	☐	☐	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	☐	☐
特定施設入居者生活介護	☐	☐	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	☐	☐
複合型サービス	☐	☐	その他	☐	☐
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	☐	☐			
その他	☐	☐			

特記事項：

4. 社会活動への参加

趣味	☒ あり	☐ なし	老人クラブの参加	☐ あり	☒ なし
散歩	☒ あり	☐ なし	買物	☐ あり	☒ なし
付き合い（近所、友人）	☐ あり	☒ なし	その他の活動	☐ あり	☒ なし

特記事項：

5. 緊急時の対応

主治医	☒ あり	☐ なし	入院受け入れ先	☒ あり	☐ なし
家族間の連絡網	☒ あり	☐ なし			

特記事項：

6. 家族への指導

介護方法の指導	☐ 受けた	☒ 受けていない
社会資源の利用方法	☐ 知っている	☒ 知らない
社会資源の利用費用	☐ 知っている	☒ 知らない

特記事項：

ケアチェック表

包括的自立支援プログラム

R2年4月3日

1, 食事、水分摂取等に関するケア

● 介護老人保健施設

介護老人保健施設 ● 苑

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケ ア の 内 容		現 状		予定	ケア提供の場所／使用用具等		
		提供	家族				
調 理	調理(食事を作る)				食事の場所	食堂・ホール	○
準 備 ・ 後 始 末	食事の準備・配膳等	●		●		居室(ベッド以外)	
	食事の後始末、下膳	●		●		ベッドの上	
	おやつ準備	●		●		布団の上	
	おやつの後始末、下膳	●		●		その他： ()	
	飲み物の準備	●		●			
食事等の	食事中の見守り	●			食事の区分	一般食	
	食事介助(切る、すりつぶす等)	●				糖尿食 (1300)kcal	○
	食事摂食介助	●				高血圧食 (500)g	○
	食事摂取・水分量のチェック	●		●		抗潰瘍食	
	おやつ中に見守り	●				その他：	
	おやつ介助(切る、すりつぶす等)	●		●			
摂取介助	おやつ摂食介助	●			主食	普通食	
	飲み物摂取介助	●				粥食	
						その他：	
経口流動食	経口流動食の準備				副食	普通食	○
	経口流動食の実施					刻み食	
	経口流動食の後始末					ミキサー食	
						その他：	
経管栄養	経管栄養(経鼻、胃瘻)の準備				食事用具	食事用エプロン	
	経管栄養の実施					滑り止めマット・シート	
	経管栄養の後始末					カップ・コップ・湯のみ	
	チューブの交換					吸い飲み・薬のみ	
	チューブの観察					自助具：	
輸 液 ・ 輸 血	点滴・IVH・輸血の準備					その他： 先割れスプーン	
	点滴・IVH・輸血の実施					水指し	
	点滴・IVH・輸血の後始末					特殊箸	
	点滴・IVH・輸血中の観察や調整等						
	輸液・輸血中の固定等						

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
① 本人の訴えや希望			③高血圧・糖尿病がある。 → 治療食を継続する。
② 家族の訴えや希望			
③ 医療面での指示・管理等	○		
④ 代替ケアの可能性			
⑤ 移乗・移動面での問題等			
⑥ 炊事面での問題等			
⑦ 摂取動作面での問題等			
⑧ 咀嚼機能面での問題等			
⑨ 嚥下機能面での問題等			
⑩ 摂取量面での問題等			
⑪ 体重の変化(増減)			
⑫ 食事等の好み(好き嫌い)			
⑬ その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケ ア の 内 容		現 状		予 定	ケア提供の場所／使用用具等		
		提供	家族				
準 備	排尿介助の必要物品準備	●		●	排泄場所	トイレ	
	排便介助の必要物品準備	●		●		ポータブルトイレ	○
	尿収器の後始末	●		●		ベッド・布団	
	さしこみ便器の後始末	●		●		その他:	
後 始 末	排尿後のポータブルトイレの後始末	●		●	排泄用具	ポータブルトイレ	○
	排便後のポータブルトイレの後始末	●		●		差し込み便器	
	尿器・便器・ポータブルトイレの消毒	●		●		採尿器・し瓶	
移 乗 ・ 移 動	トイレ・ポータブルトイレへの誘導	●				自動採尿器	
	車椅子から便座へ移乗					装着尿器	
	便座から車椅子へ移乗					布おむつ	
	ベッドからポータブルトイレへ移乗	●				紙おむつ	
	ポータブルトイレからベッドへ移乗	●				尿とりパッド	○
排 尿	排尿時の見守り	●		●		失禁用パンツ	
	排尿動作援助(衣服の着脱は除く)	●				尿感知器(おむつ)	
	排尿後の後始末	●		●		ストーマ装具	
	膀胱手圧排尿、叩打法					自助具:	
	導尿、留置カテーテル交換					その他: パンツ型おむつ	○
	膀胱洗浄						
	留置カテーテル交換・尿量等のチェック			●			
	排尿頻度・量・間隔のチェック	●		●			
排 便	排便時の見守り	●		●			
	排便動作援助(衣服の着脱は除く)	●					
	排便の後始末	●		●			
	摘便	●					
	浣腸	●					
	人工肛門のケア	●					
お む つ 交 換	おむつ交換の必要物品準備						
	おむつ交換の使用物品後始末						
	おむつ点検・確認						
	おむつ除去・装着						
要 介 護 者 等 の 健 康 上 や 生 活 上 の 問 題 点 及 び 解 決 す べ き 課 題 等							
問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目				
① 本人の訴えや希望	○	○	①②⑤⑥⑧ ポータブルトイレの使用については、失禁および転倒の予防の為に介助しているが、自分で使用できる様になりたい。本人・家族も希望している。 →ポータブルトイレの移乗と排泄が自分で出来る様に声かけし見守る。				
② 家族の訴えや希望	○	○					
③ 医療面での指示・管理等							
④ 代替ケアの可能性							
⑤ 移乗・移動面での問題等	○	○					
⑥ 排泄動作面での問題等	○	○					
⑦ 尿意・便意面での問題等							
⑧ 失禁面での問題等	○	○					
⑨ 排尿量や回数面での問題等							
⑩ 排便量や回数面での問題等							
⑪ その他の問題等							

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケ ア の 内 容		現 状		予 定	ケア提供の場所／使用用具等		
		提供	家族				
準 備 後始末	浴室準備	●		●	浴槽の種類 入浴用具 洗髪場所	一般浴槽	○
	浴室清掃・後始末	●		●		臥床式特殊浴槽	
移 乗	浴槽・リフトへの誘導					座位式特殊浴槽	
	車椅子から浴槽内リフトへ移乗					簡易浴槽	
	車椅子から浴槽ストレッチャーへ移乗					移動入浴車浴槽	
	ストレッチャーから浴槽内リフトへ移乗					その他：	
	ストレッチャーから特殊浴槽へ移乗					シャワーのみ	
	浴槽内リフトからストレッチャーへ移乗					入浴しない	
	浴槽内リフトから車椅子へ移乗					シャンプーハット	○
	特殊浴槽からストレッチャーへ移乗					浴槽用チェアー	○
	浴槽ストレッチャーから車椅子へ移乗					シャワーチェアー	
	抱える、抱き上げる、背負う	●		●		滑り止めマット	
移 動	浴槽外から浴槽内へ移乗					バスボード	
	浴槽内から浴槽外へ移乗					入浴担架	
	浴槽内への移動の介助					入浴用懸吊式リフト	
	リフトの操作					入浴用台座式リフト	
	浴室内の見守り	●		●		自助具：	
						その他：	
洗 髪	洗髪の必要物品準備						
	洗髪の使用物品後始末						
	洗髪一部介助						
	洗髪全介助	●		●			
洗 身	洗身一部介助						
	洗身全介助	●		●			
清 拭 ・ 部 分 浴	身体清潔の必要物品準備					浴室（入浴時）	○
	身体清潔の使用物品後始末					洗面所	
	部分清拭					ベッドの上	
	全身清拭					布団の上	
	手指浴、足浴					その他：	
	陰部洗浄						
	乾布清拭						

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
① 本人の訴えや希望			
② 家族の訴えや希望			
③ 医療面での指示・管理等			
④ 代替ケアの可能性			
⑤ 移乗・移動面での問題等			
⑥ 洗身動作面での問題等			
⑦ 洗髪動作面での問題等			
⑧ 入浴回数面での問題等			
⑨ 身体の清潔面での問題等			
⑩ その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケ ア の 内 容		現 状		予 定	ケア提供の場所／使用用具等		
		提供	家族				
洗 面	洗面所までの誘導	●		●	洗面の場所	洗面所	○
	洗面動作の指示					ホール	
	洗面一部介助					居室	
	洗面全介助					ベッド・布団	
口腔清潔	口腔清潔の必要物品準備				洗面用具	その他：	
	口腔清潔の使用物品後始末					洗面器	
	口腔清潔（歯みがき等）					蒸しタオル	
	うがいの介助					自助具：	
	入れ歯の手入れ					その他：	
	口唇の乾燥を防ぐ						
整 容	結髪、整髪				口腔清潔用具		
	散髪						
	爪切り	●		●		歯ブラシ	○
	髭剃り					綿棒・ガーゼ等	
	耳掃除					義歯洗浄剤	○
更 衣	衣服・靴下・靴の準備	●		●		自助具：	
	更衣動作の見守り、指示					その他： うがい用コップ	○
	更衣動作の一部介助	●		●			
	更衣動作の全介助						
	衣服を整える						

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
① 本人の訴えや希望			⑤洗面所までの誘導は介助が必要。 ⑩⑬ →整容・更衣については、自立に向かっており、声かけ、見守り出来る様になっている。
② 家族の訴えや希望			
③ 医療面での指示・管理等			
④ 代替ケアの可能性			
⑤ 移乗・移動面での問題等	○		
⑥ 洗面動作面での問題等			
⑦ 口腔清潔面での問題等			
⑧ 入れ歯の手入れ面での問題等			
⑨ 整髪動作面での問題等			
⑩ 爪切り動作面での問題等	○		
⑪ 髭剃り動作面での問題等			
⑫ 耳掃除動作面での問題等			
⑬ 更衣動作面での問題等	○		
⑭ その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケアの内容		現 状		予定	ケア提供の場所／使用用具等	
		提供	家族			
体位変換	体位変換一部介助				リハビリの場所	リハビリ室
	体位変換全介助					作業室・活動室
	ビースパット・円座・足底板等の使用					ホール
起 居	身体を起こす、支える					居室(ベッド以外)
	端座位から臥床させる、寝かせる					ベッド
	ギャッチベッドの操作					布団
	ベッドからの昇降介助					その他：
移 乗	車椅子の準備・後始末	●		●	寝具の種類	布団
	ベッド、車椅子間の移乗	●		●		固定式ベッド
	ベッド、ストレッチャー間の移乗					手動式ベッド
	車椅子、床・マット間の移乗					ギャッチベッド ○
	車椅子、椅子間等の移乗					その他のベッド：
移 動	歩行の見守り				除圧・体位変換用具	エアーマット
	歩行の介助					無圧式ウレタンマット
	車椅子での移動の見守り					ビーズマット
	車椅子での移動の介助	●		●		円座
	ストレッチャーによる移動					ムートン
	抱える、抱き上げる、背負っての移動介助					体位変換器
リハビ リテー ション	身体機能の訓練（関節可動域訓練等）					その他：
	基本動作訓練（座位、立位、歩行等）					
	日常生活動作訓練（食事・排泄動作等）					
	物理療法（温熱療法、電気療法等）					
	作業療法					
	言語療法					

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
① 本人の訴えや希望	○	○	①②③ 自宅では次女が帰宅するまで日中は1人となる為、ポータブルトイレが使えないと在宅復帰が難しい。
② 家族の訴えや希望	○	○	
③ 医療面での指示・管理等			④⑦ 下肢の筋力低下と右ひざの関節可動域の制限があるが、現在、移乗動作は安定してきている。しかし、1人では転倒の危険性があり、見守りとリハビリが必要。移乗、つかまり歩行が不安定。
④ 代替ケアの可能性	○	○	
⑤ 体位変換動作面での問題等			→・ベッドと車椅子の移乗動作の見守り。 ・リハビリテーション実施
⑥ 起居動作面での問題等			
⑦ 移乗・移動面での問題等	○	○	⑨ 日中介護力が不足の為、社会資源の利用と住環境の評価を検討。
⑧ 手指・上肢動作面での問題等			
⑨ 生活(住)環境面での問題等	○	○	→ 在宅復帰に向けての準備を行う。
⑩ 在宅生活継続・復帰面での問題等	○	○	
⑪ その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケ ア の 内 容		現 状		予 定	ケア提供の場所／使用用具等		
		提供	家族				
薬剤管理	薬の照合・区分・準備	●		●	受 診 場 所	自宅(往診等)	
	薬を渡す、服薬介助	●		●		診察室(外来通院)	○
薬剤使用	坐薬(緩下剤、解熱剤等)の挿入				受 診 場 所	診察室(入院・入所先)	
	褥瘡等の処置、軟膏塗布、薬浴等					居室(入院・入所中)	○
	眼・耳・鼻の外用药の使用等					その他:	
	温・冷あん法、湿布を貼る等					ノルバスク(5mg)1×朝	○
	自己注射(インシュリン等)の指導等						
	注射の準備・実施・後始末						
処 置 等	吸引の準備・実施・後始末				現 在 処 方 中 の 薬 剤		
	吸入の準備・実施・後始末						
	タッピング、体位排痰法等の実施						
	透析関連のケア						
	ベッド上での牽引						
	酸素吸入の準備・実施・後始末						
	気管内挿管の準備・実施・後始末						
	気管切開口のケア、カニューレの交換						
	人工呼吸器使用中の観察						
	持続吸引、他のカテーテルの管理等						
	在宅酸素・吸引器等の在宅医療器具点検						
測 定 等	巡視(夜間)、容態観察	●		●	現 在 処 方 中 の 薬 剤		
	バイタルサインのチェック	●		●			
	身長・体重・腹囲等の測定	●		●			
受 診 ・ 検 査	通院・入院・受診の援助と付き添い	●		●	現 在 処 方 中 の 薬 剤		
	処置中の固定等						
	検査用物品の準備・後始末						
	検体採取の準備・実施・後始末						
	隔離等に伴うケア						
要 介 護 者 等 の 健 康 上 や 生 活 上 の 問 題 点 及 び 解 決 す べ き 課 題 等							
問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目				
① 本人の訴えや希望	○		①② 新しい義歯を本人も希望している。現在、製作中。 ③⑤ 高血圧・糖尿病がある。 →内服薬と食事療法によりコントロールされており、今後も継続。 ⑩右ひざ関節痛・変形性腰椎症の痛みは軽減している。 →疼痛の訴えがあれば、医師の指示を受ける。				
② 家族の訴えや希望	○						
③ 医療面での指示・管理等	○						
④ 代替ケアの可能性							
⑤ 治療中の疾病	○						
⑥ 処方されている薬剤							
⑦ 薬剤の管理や服薬面での問題等							
⑧ 受診介助面での問題等							
⑨ バイタルサイン面での問題等							
⑩ 疼痛等の自覚症状	○						
⑪ 麻痺・拘縮							
⑫ 創傷・褥瘡等の皮膚疾患							
⑬ 浮腫							
⑭ 終末期の検討の必要性							
⑮ その他の問題等							
医 学 的 管 理 の 内 容 と 留 意 事 項	症状は安定しており、転倒に注意し、ケアをすすめて下さい。						

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケ ア の 内 容		現 状		予 定	ケア提供の場所／使用用具等		
		提供	家族				
相 談 ・ 助 言	本を読む、手紙の代読・代筆				コ ミ ュ ニ ケ ー シ ヨ ン 等 用 具	補聴器	
	日常会話、声かけ	●		●		眼鏡	
	ナースコールの受対応	●		●		拡大鏡(ルーペ)	○
	助言、指導、励まし、カウンセリング	●		●		文字ボード	
	家族への連絡・応対・調整・情報収集	●		●		難聴者用電話	
書類作成	申請書類の記入・提出			●		緊急通報装置(電話)	
問題行動 への対応	徘徊への対応、探索					自助具:	
	不潔行為への対応					その他:	
	暴力行為・暴言への対応						
	その他の問題行動への対応						
余暇活動	散歩の付き添い	●		●			
	クラブ・レク活動中の援助	●		●			
環境整備	寝具整頓、ベッドメイキング等	●		●			
	寝具・リネン交換	●		●			
	布団を干す						
	居室内の掃除、ゴミ捨て	●		●			
	私物:花の手入れ、動物の世話						
	衣服・日用品の整理整頓	●	○	●			
	衣服の修理、繕い	●	○	●			
	補助器具(私物)の管理	●		●			
	洗濯物を集める、運ぶ	●		●			
	洗濯する、干す、たたむ	●		●			
買 物	買い物の付き添い		○	●			
	買物、依頼の物品購入		○	●			
金銭管理	現金管理、支払い等の代行		○	●			
移 送	送迎車の運転						
要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等							
問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目				
① 本人の訴えや希望			⑧⑨ (長谷川式12点)中程度の痴呆あり。 他者との交流が少ない。 →レクリエーション活動を通じて、他者と交流を促すようスタッフが付き添う。				
② 家族の訴えや希望							
③ 医療面での指示・管理等							
④ 代替ケアの可能性							
⑤ 移乗・移動面での問題等							
⑥ 視力・聴力面での問題等							
⑦ 会話能力面での問題等							
⑧ 記憶・認知・理解面での問題等	○						
⑨ 性格・生活習慣面での問題等	○						
⑩ 精神症状・問題行動面での問題等							
⑪ 生活(住)環境面での問題等							
⑫ 介護者・家族面での問題等							
⑬ 掃除・洗濯面での問題等							
⑭ 買物面での問題等							
⑮ 金銭管理面での問題等							
⑯ 移送サービス面での問題等							
⑰ その他の問題等							

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

ケアプラン策定評価レポート

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年4月3日
氏名	*国 良*	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

問 題 領 域	選定 結果	ケアプランの決定		根拠・情報の所在 など
		策 定	策 定 しない	
1. 食事、水分摂取等	●	○		
2. 排泄	●		○	
3. 入浴、清拭	●	○		
4. 洗面、口腔清潔、整容、更衣	●	○		
5. 基本動作介助、リハビリテーション	●		○	
6. 医療、健康	●	○		
7. 心理・社会面	●		○	

【 領域検討用紙 】

氏 名 *国 良*
アセスメント日 令和2年04月03日

作成日 令和2年04月03日
作成者 *玉 あや*

[illegible]

令和2 年 4 月 1 日相談受付 (訪問・電話・来所・その他)

() 初回相談受付者 * 玉 あや *

本人氏名	* 国 良 *	男 ・ (女)	年齢	M T S	14 年 7 月 29 日生れ (80 歳)
住 所	〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1		TEL	099-XXX-XXXX	
			携帯	090-XXXX-XXXX	
緊急連絡先	氏名 * 国 * 郎	(男) ・ 女	年齢 (歳)	本人との続柄 (長男)	
	〒 891-0115 住所 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地		TEL	099-26X-XXXX	
			携帯	090-1XXX-2XXX	
相談者	氏名 * 国 花 *	男 ・ (女)	年齢 (歳)	本人との続柄 (長男の妻)	
	〒 891-0115 住所 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地		TEL	099-26X-XXXX	
			携帯	090-1XXX-2XXX	
相談経路 (紹介者)					
居宅サービス計画 作成依頼の届出	届出年月日 令和2年3月10日				

■ 相談内容 (主訴/本人・家族の希望・困っていることや不安、思い)

(本人) 3年前に脳梗塞で入院されたが、その後は積極的な治療をしてもらえないことへの不安と、右上下の麻痺に加え徐々に足腰が弱ってきていることへの不安が非常に大きくなっている。しかし、今のまま家にばかりいることは良くないと思っており、できれば外に出る機会を作ったり、あるいは家の中だけでも自由に動けるようになりたいと考えている。

(家族および介護者) このまま下肢筋力が低下して歩けなくなってしまうのではという不安が大きく、どこかでリハビリを受けてほしいと考えている。

■ これまでの生活の経過 (主な生活史)

現在のお住まいに30年程生活されており、家業の農家を手伝いながらお子様を育てられた。専業主婦件農家での生活をされいまま、亡くなられたご主人と結婚されるまでは、近くの会社で事務をされており実家も農家であった。県外での生活などの経験はなくずっと地元での生活であった。特に旅行されることもなかった様である。

介護保険	利用者負担割合	■ 1割 □ 2割 □ 3割	後期高齢者医療 保険(75歳以上)	一部負担金 □ 1割負担 □ 3割負担
高額介護 サービス費該当	利用者負担 (□ 第5段階 □ 第4段階 □ 第3段階 □ 第2段階 ■ 第1段階)			
要介護認定	済 → 非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	認定日	令和2 年 3 月 28 日	
	未(見込み) → 非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
身障手帳	□有 ■無	等級	種 級	交付日 年 月
療育手帳	□有 □無	程度		交付日 年 月
精神障害者 保健福祉手帳	□有 □無	等級	級	交付日 年 月
障害福祉サービス 受給者証の有無	□有 □無	自立支援医療 受給者証の有無	□有 □無	障害支援区分 → ()
日常生活自立度	障害高齢者 (自立)・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	判定者	()	判定日
	認知症 (自立)・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		()	

アセスメント実施日 (初回) 平成31 年 4 月 4 日 (更新) 令和2 年 4 月 27 日

2

家族状況とインフォーマルな支援の状況

■ 家族構成と介護状況

家族構成図		家族の介護の状況・課題				
女性=○, 男性=□ 分かれれば横に年齢を記載 本人=◎, 回 死亡=●, ■ 同居= [] で囲む		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で東京の会社に勤務されています。ご本人は遠方におられるということもありかねたから次男さん方を気にかけておられます。長男さんは熱心に介護をしていますが、ご本人はうるさく言われることもあり少し苦手な様子でもあります。長男のお嫁さんも優しい方で頼りにされていますし、関係は良好です。何かご本人に説明が必要な場合は、お嫁さんに相談すると良いと推測しました。				
氏名(主たる介護者には※)	続柄	同別居	就労の状況	健康状態等	特記事項(自治体、ボランティア等社会的活動)	
*国 *郎 主	◎・女	長男	◎・別	会社員	特に問題なし	
国 二	◎・女	次男	同・別	会社員		
	男・女	同・別				
	男・女	同・別				
	男・女	同・別				

■ インフォーマルな支援活用状況(親戚、近隣、友人、同僚、ボランティア、民生委員、自治会等の地域の団体等)

支援提供者	活用している支援内容	受けたい支援/必要と思われる支援	特記事項

3

サービス利用状況

(年 月 日時点)

在宅利用 (認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6ヵ月の品目数を記載)					
■ 訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	12	回	□ (介護予防)福祉用具貸与	品目
□ (介護予防)訪問入浴介護	月		回	□ 特定(介護予防)福祉用具販売	品目
□ (介護予防)訪問看護	月		回	□ 住宅改修	あり・なし
□ (介護予防)訪問リハビリテーション	月		回	□ 夜間対応型訪問介護	月 日
□ (介護予防)居宅療養管理指導	月		回	□ (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日
■ 通所介護(デイサービス)	月	8	回	□ (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日
□ (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月		回	□ (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日
□ (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月		日	□ 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
□ (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月		日	□ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
□ (介護予防)特定施設入居者生活介護	月		日	□ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
□ 複合型サービス	月		日	□ 生活支援員の訪問(日常生活自立支援事業)	月 回
□ 市町村特別給付 []				□ ふれあいいきいきサロン	月 回

☒ 配食サービス ☐ 洗濯サービス ☐ 移送サービス ☐ 友愛訪問 ☐ 老人福祉センター ☐ 老人憩いの家 ☐ ガイドヘルパー ☐ 身障／補装具・日常生活用具（ ）	月 10 回 月 回 月 回 月 回 月 回 月 回 月 回	☐ () 月 回 ☐ () 月 回 ☐ () 月 回 ☐ () 月 回
直近の入所・入院 ☐ 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 ☐ 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) ☐ 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)	☐ 医療機関(医療保険適用療養病床) ☐ 医療機関(療養病床以外) ☐ その他の施設	施設・機関名 介護老人保健施設 ●苑 所在地 〒 899-01 鹿児島県鹿児島市鴨池新町XXXX番地 Tel 099-XXX-XXXX
制度利用状況 年金 ☐ 老齢関係 → () ☐ 障害関係 → () ☐ 遺族・寡婦 → () ☐ 恩給 ☐ 特別障害者手当 ☐ 生活保護 ☐ 生活福祉資金貸付 ☐ 高齢者住宅整備資金貸付 ☐ 日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業) ☐ 成年後見制度 ⇒ ☐ 成年後見 ☐ 保佐 ☐ 補助 成年後見人等 ()	健康保険 ☒ 国保 ☐ 協会けんぽ(旧・政管健保) ☐ 組合健保 ☐ 日雇い ☐ 国公共済 ☐ 地方共済 ☐ 私立学校共済 ☐ 船員 ☐ 後期高齢者医療 ☐ 労災保険 → ()	その他 ☐ () ☐ () ☐ () ☐ () ☐ () ☐ ()

4 住居等の状況

☒ 1戸建て ☐ 集合住宅 賃貸・ <u>所有</u> ・ 社宅等・ 公営住宅・ その他()		家屋(居室を含む)見取図 ※段差には▲を記入	
居室等の状況	ア. ☐ 専用居室あり ☒ 専用居室なし イ. ☒ 1階 ☐ 2階 ☐ その他() 階→エレベーター ☐ 有 ☐ 無 ウ. ☐ 布団 ☒ ベッド→ ☒ 固定式 ☐ ギャッチ ☐ 電動 ☐ その他 () エ. 陽あたり ☒ 良 ☐ 普通 ☐ 悪 オ. 暖房 ☒ あり ☐ なし カ. 冷房 ☒ あり ☐ なし		
	トイレ ア. ☐ 和式 ☒ 洋式 ☐ その他() イ. 手すり ☐ あり ☒ なし ウ. トイレまでの段差 ☒ あり ☐ なし	移動手段 室外 福祉機器 ☒ 使用している ☐ 使用していない ↓使用している場合 ☐ 車いす ☐ 電動車いす ☒ 杖 ☐ 歩行器 ☐ その他()	
	浴室 ア. ☒ 自宅にあり ☐ 自宅になし イ. 手すり ☒ あり ☐ なし ウ. 浴室までの段差 ☒ あり ☐ なし	室内 福祉機器 ☒ 使用している ☐ 使用していない ↓使用している場合 ☐ 車いす ☐ 電動車いす ☒ 杖 ☐ 歩行器 ☐ その他()	
諸設備 調理器具 ☒ ガス ☐ IH 暖房器具 ☐ ガス ☐ 電気 ☒ 灯油 ☐ その他 ()			
【周辺環境・立地環境・その他住居に関する特記事項】 農地の多い静かな環境である。			

5 本人の健康状態・受診等の状況

既往歴・現症 (必要に応じ「主治医意見書」を転記)		障害等の部位			
※要介護状態に関係がある既往歴および現症 パーキンソン病: 約4年前に歩行不良により受診。診断を受ける。 (進行性、姿勢反射の障害) Drの所見 ・関節可動域は正常、しかし中高度の固縮を認める ・すくみや高度の歩行障害を認め要介助		△障害部位 ×欠損部位 ●褥瘡部位 (正面) (背面)			
身長	156 cm	体重	45 kg		
歯の状況	☐ 歯あり ☒ 歯なし ☒ 総入れ歯 ☐ 局部義歯 ⇒6-②生活機能(食事・排泄等)				
【特記事項】					
主治医からの指導・助言事項。視力障害、聴力障害、麻痺、関節の動き、褥瘡、その他皮膚疾患(以上要介護認定項目)、外傷、内部障害、言語障害、動悸・息切れ、便秘、尿失禁、便失禁、摂食嚥下障害、口腔(炎症・痛み・出血・口臭・虫歯・不良義歯等)に留意のこと。					
現在の受診状況					
病名		脳梗塞	高血圧		
薬の有無		☒ 有 ☐ 無	☒ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
受診状況	発症時期 ※主治医意見書を参考に記入	2015年頃	2000年頃		
	受診頻度	☒ 定期(週・月 回) ☐ 不定期	☐ 定期(週・月 回) ☐ 不定期	☐ 定期(週・月 回) ☐ 不定期	☐ 定期(週・月 回) ☐ 不定期
	受診状況	☒ 通院 ☐ 往診	☐ 通院 ☐ 往診	☐ 通院 ☐ 往診	☐ 通院 ☐ 往診
受診病院	医療機関	●●●●病院	●●●●病院		
	診療科	内科	内科		
	主治医	※村 陽※	※村 陽※		
	連絡先	TEL 099-XXX-XXXX	TEL 099-XXX-XXXX	TEL	TEL
受診方法 留意点等					
往診可能な医療機関		☒ 無 ☐ 有 () TEL			
緊急入院できる医療機関		☐ 無 ☒ 有 (●●●●病院) TEL 099-XXX-XXXX			
相談、処方を受けている薬局 (かかりつけ薬局)		☐ 無 ☒ 有 (●●●●薬局) TEL 099-XXX-XXXX			
【特記、生活上配慮すべき課題など】					

6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

・6-①基本(身体機能・起居)動作

要 介 護 認 定 項 目	1-1 麻痺等(複数可)	1	2	③	4	5	6
	1-2 拘縮(複数可)	①	2	3	4	5	
	1-3 寝返り	1	②	3			
	1-4 起き上がり	1	②	3			
	1-5 座位保持	①	2	3	4		
	1-6 両足での立位保持	1	②	3			
	1-7 歩行	1	②	3			
	1-8 立ち上がり	1	②	3			
	1-9 片足での立位保持	1	2	③			
	1-10 洗身	①	2	3	4		
	1-11 つめ切り	1	2	③			
	1-12 視力	1	②	3	4	5	
	1-13 聴力	1	②	3	4	5	
	1-14 関節の動き(複数可)	1	2	3	4	⑤	6 7

体位変換・起居

6-①1-1、 1-2関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1) 体位変換介助				
2) 起居介助				

リハビリの必要性

■ あり→P9

□ なし

6-①基本(身体機能・起居)動作(1-10、1-12、1-13は別記)

【特記、解決すべき課題など】

何かにつかまるなどをすれば日常生活は可能であるが、転倒の危険や外出等を控えることによる筋力の低下によりA D L低下が懸念されるのでできるだけ社会活動への参加を促し、またリハビリの継続に実施する。

入浴

6-①1-10 関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1) 準備・後始末	△			㊟
2) 移乗移動介助	△			
3) 洗身介助				
4) 洗髪介助	○			
5) 清拭・部分浴				
6) 褥瘡・皮膚疾患 の対応				

2) 移乗移動介助

現 状	計 画
■ 見守りのみ	□ 見守り必要
□ 介助あり	□ 介助必要

3) 洗身介助

■ 見守りのみ	□ 見守り必要
□ 介助あり	□ 介助必要

【特記、解決すべき課題など】

<コミュニケーションの状況・方法(6-①1-12、1-13関係)>

ア.視聴覚

□ 眼鏡使用 □ コンタクト使用 □ 補聴器使用

イ.電話

□ あり □ なし

ウ.言語障害

□ あり () ■ なし

エ.コミュニケーション支援機器の使用

□ あり () ■ なし

【特記、解決すべき課題など】

・6-②生活機能(食事・排泄等)

食事

要介護認定項目	2-1 移乗	1	②	3	4
	2-2 移動	1	②	3	4
	2-3 えん下	1	②	3	
	2-4 食事摂取	①	2	3	4
	2-5 排尿	①	2	3	4
	2-6 排便	①	2	3	4
	2-7 口腔清潔	①	2	3	
	2-8 洗顔	①	2	3	
	2-9 整髪	①	2	3	
	2-10 上衣の着脱	1	②	3	4
	2-11 スポン等の着脱	1	②	3	4
	2-12 外出頻度	1	②	3	
	2-13 飲水摂取	1	②	3	4

6-②2-1～2-4関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1) 移乗介助	△			レ
2) 移動介助	△			レ
3) 摂取介助				

【特記、解決すべき課題など】

主食	
現状	計画
☒ 普通食 ☐ 粥食 ☐ 経口栄養 ☐ 経管栄養 ☐ その他 ()	☒ 普通食 ☐ 粥食 ☐ 経口栄養 ☐ 経管栄養 ☐ その他 ()
副食	
現状	計画
☒ 普通食 ☐ 刻み食 ☐ ミキサー食 ☐ その他 ()	☒ 普通食 ☐ 刻み食 ☐ ミキサー食 ☐ その他 ()
摂取介助	
☐ 見守りのみ ☐ 介助あり	☐ 見守り必要 ☐ 介助必要

排泄等

6-②2-5～2-11関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1) 準備・後始末	△			レ
2) 移乗移動介助	△			レ
3) 排尿介助				
4) 排便介助				
5) 口腔清潔介助				
6) 洗面介助				
7) 整容介助				
8) 更衣介助	△			レ

排尿介助(2-5)	
現状	計画
☒ 見守りのみ ☐ 介助あり	☒ 見守り必要 ☐ 介助必要
排便介助(2-6)	
現状	計画
☒ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿収器 ☐ 導尿 ☐ おむつ	☒ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿収器 ☐ 導尿 ☐ おむつ
☒ 見守りのみ ☐ 介助あり	☒ 見守り必要 ☐ 介助必要
☒ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 差し込み便器 ☐ おむつ ☐ 摘便 ☐ 浣腸 ☐ 人工肛門	☒ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 差し込み便器 ☐ おむつ ☐ 摘便 ☐ 浣腸 ☐ 人工肛門

【特記、解決すべき課題など】

外出

6-②2-12関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1) 移送・外出介助	△			🕒

【特記、解決すべき課題など】

<その他食事の現状(6-②2-4関係)>

ア. 食事場所
☒ 食堂
☐ 居室ベッド上
☐ 布団上
☐ その他居室内
☐ その他()

イ. 食堂までの段差
☒ あり
☐ なし

ウ. 咀嚼の状況
☒ 問題なし
☐ 問題あり

→ ☐ 噛みにくい
☐ 時々噛みにくい
☐ とても噛みにくい

エ. 食事の内容
☒ 一般食
☐ 糖尿食
K^高
☐ 高血圧食
g
☐ 抗潰瘍食
☐ その他()

<その他排泄の状況(6-②2-5、2-6関係)>

ア. 尿意
☒ ある
☐ ときどきある
☐ ない

イ. 便意
☒ ある
☐ ときどきある
☐ ない

・6-③認知機能

要介護認定項目	3-1 意思の伝達	1	②	3	4
	3-2 毎日の日課を理解する	①	2		
	3-3 生年月日や年齢を答える	1	②		
	3-4 面接調査の直前記憶	①	2		
	3-5 自分の名前を答える	①	2		
	3-6 今の季節を理解する	1	②		
	3-7 自分のいる場所を答える	①	2		
	3-8 徘徊	1	②	3	
	3-9 外出すると戻れない(迷子)	①	2	3	
	3-10 介護者の発言への反応	①	2	3	

家族等からの情報と観察	
-------------	--

・6-④精神・行動障害

要介護認定項目	4-1 被害妄想(物を盗られたなど)	①	2	3
	4-2 作話をする	1	②	3
	4-3 感情が不安定になる	①	2	3
	4-4 昼夜の逆転	①	2	3
	4-5 しつこく同じ話をする	1	②	3
	4-6 大声を出す	①	2	3
	4-7 介護に抵抗する	1	②	3
	4-8 落ち着きがない(「家に帰る」等)	①	2	3
	4-9 外に出たがり目が離せない	1	②	3
	4-10 ものを集める、無断でもってくる	①	2	3
	4-11 物を壊す、衣類を破く	①	2	3
	4-12 ひどい物忘れ	1	②	3
	4-13 独り言や独り笑い	1	②	3
	4-14 自分勝手な行動	1	②	3
	4-15 話がまとまらない、会話にならない	1	②	3
	4-16 幻視・幻聴	1	②	3
	4-17 暴言・暴力	①	2	3
	4-18 目的なく動き回る	1	②	3
	4-19 火の始末・管理	1	②	3
	4-20 不潔行為	1	②	3
	4-21 異食行動	1	②	3

	(家族)	(サービス)
援助の現状	見守り	見守り

援助の希望本人	特になし
---------	------

援助の希望(家族)	リハビリの実施と通所サービスを希望
-----------	-------------------

援助の計画	通所リハビリテーションなどのサービスを検討する。
-------	--------------------------

【特記、解決すべき課題など】

・6-⑤社会生活(への適応)力

要 介 護 認 定 項 目	5-1 薬の内服	①	2	3
	5-2 金銭の管理	1	②	3
	5-3 日常の意思決定	①	2	3 4
	5-4 集団への不適応	1	②	3
	5-5 買い物	1	②	3 4
	5-6 簡単な調理	①	2	3 4
	5-7 電話の利用	①	2	3
	5-8 日中の活動(生活)状況等	1	②	3
	5-9 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化	①	2	

→ 6-⑥医療・健康関係へ

6-⑤5-2、 5-5～5-6関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1) 金銭管理	△		○	レ
2) 買い物	△		○	レ
3) 調理				
4) 準備・後始末				

6-⑤5-7～ 5-8関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1) 定期的な 相談・助言				
2) 各種書類 作成代行				
3) 余暇活動 支援	△		○	レ
4) 移送・外出 介助				
5) 代読・代筆				
6) 話し相手				
7) 安否確認				
8) 緊急連絡手 段の確保				
9) 家族連絡 の確保				
10) 社会活動 への支援				

＜社会活動の状況(6-⑤5-8、5-9関係)＞

ア 家族等近親者との交流

■ あり () □ なし

イ 地域近隣との交流

■ あり () □ なし

ウ 友人知人との交流

■ あり () □ なし

緊急連絡・
見守りの方法

【特記、解決すべき課題など】

・6-⑥医療・健康関係

※計画をする際には主治医の意見を求める必要あり

要介護認定項目	処置内容	援助の現状	希望	要援助 →計画	現状 ↓	計画 ↓	具体的内容
処置内容	1.点滴の管理						バイタルサインのチェック
	2.中心静脈栄養						定期的な病状観察
	3.透析						内服薬
	4.ストーマ(人工肛門)の処置						坐薬(緩下剤、解熱剤等)
	5.酸素療法						眼・耳・鼻等の外用薬の使用等
	6.レスピレーター(人工呼吸器)						温・冷あん法、湿布貼付等
	7.気管切開の処置						注射
	8.疼痛の看護						吸引
	9.経管栄養						吸入
	10.モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)						自己注射(インスリン療法)
	11.じよくそうの処置						経管栄養法
	特別な対応	12.カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)					
							酸素療法
							人工呼吸療法

【特記、生活上配慮すべき課題など】

具体的な処置内容のリストアップ:

- バイタルサインのチェック
- 定期的な病状観察
- 内服薬
- 坐薬(緩下剤、解熱剤等)
- 眼・耳・鼻等の外用薬の使用等
- 温・冷あん法、湿布貼付等
- 注射
- 吸引
- 吸入
- 自己注射(インスリン療法)
- 経管栄養法
- 中心静脈栄養法
- 酸素療法
- 人工呼吸療法
- 気管カニューレ管理
- 自己導尿
- 自己腹膜灌流
- 膀胱留置カテーテル管理
- 人工肛門・人工膀胱管理
- 疼痛管理
- 褥瘡管理

介護に関する医師の意見(「主治医意見書」を転記)

(1) 移動

屋外歩行 ☐ 自立 ☒ 介助があればしている ☐ していない

車いすの使用 ☒ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) ☐ 用いていない ☒ 屋外で使用 ☒ 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 ☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

現在の栄養状態 ☒ 良好 ☐ 不良

→ 栄養・食生活上の留意点(塩分の採り過ぎに注意が必要である。)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその処処方針

☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊

☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛

☐ その他()

→ 処処方針()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☒ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

(5) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

☒ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 看護職員による相談・支援 ☐ 訪問歯科診療

☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導

☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 ☐ 特になし ☒ あり(食事の管理)

・摂食 ☒ 特になし ☐ あり()

・嚥下 ☒ 特になし ☐ あり()

・移動 ☒ 特になし ☐ あり()

・運動 ☒ 特になし ☐ あり()

・その他()

(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入してください。)

☒ 無 ☐ 有() ☐ 不明

家族の負担も考慮しながら見守り観察を実施し、通所リハビリへの参加をととして他人との交流や維持リハの実施により筋力の低下を防止する方向が望ましいと考える。

災害時の対応の必要性について

必要性の有無 ☒ 有 ☐ 無

⇒有の場合

災害時の連絡先 (家族以外／民生委員等)	(氏名) * 国 * 郎 (本人との関係) 長男 TEL. 099-26X-XXXX FAX. メール
備考	

権利擁護に関する対応の必要性について

必要性の有無 ☐ 有 ☒ 無

⇒有の場合

備考	
----	--

■ 1日のスケジュール

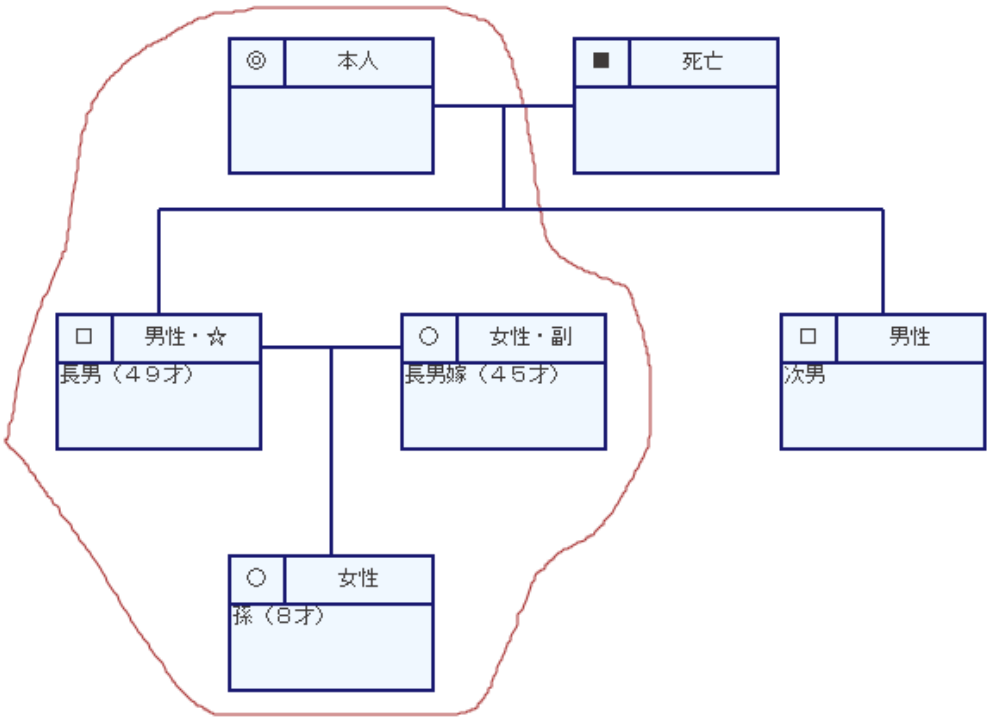
	本人の生活リズム	①本人が自分でしていること ②したいと思っていること(好み)	援助の現状		要援助と判断される場合にレ計画した場合に○(確認)
			家族実施	サービス実施	
(深夜)	4				
	5				
	6				
(早朝)	7	目覚ましなしで起床			
	8				
	9	前日の夕飯など簡単な食事の準備			
(午前)	10				
	11				
	12				
	13	時々食事を自分でも作る	食事を届ける		
(午後)	14			宅食も併用	レ
	15				
	16				
	17		一部介助		レ
	18				
(夜間)	19				
	20				
	21				
	22				
	23				
(深夜)	24				
	1	トイレまで自分で行く			
	2				
	3				
	4				

◎ : 排便 △ : 食事 □ : 起床
○ : 排尿 ☆ : 入浴 ■ : 就寝

家族構成図

フリガナ 本人氏名	*ケニ ヨシ* * 国 良 *	男 ・ (女)	昭和14年7月29日 生 (80) 歳
--------------	--------------------	---------	-----------------------

女性＝○, 男性＝□ 分かれば横に年齢を記載
本人＝◎, 回
死亡＝●, ■ 同居＝ で囲む



家族の介護の状況・問題点

長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。
次男さんは独身で東京の会社に勤務されています。
ご本人は遠方におられると言うこともあり予めから次男さん方を気にかけておられます。
長男さんは熱心に介護をしていますが、ご本人はうるさく言われることもあり少し苦手な
様子でもあります。長男のお嫁さんも優しい方で頼りにされていますし、関係は良好です。
何かご本人に説明が必要な場合は、お嫁さんに相談すると良いと推測しました。

氏名(主たる介護者には※)	続柄	同別居	職の有無	健康状態等	特記事項
* 国 * 郎 主	(男) ・ 女 長男	(同) ・ 別	会社員	特に問題なし	
* 国 二 * 無	(男) ・ 女 次男	同 ・ (別)	会社員		
男 ・ 女		同 ・ 別			
男 ・ 女		同 ・ 別			
男 ・ 女		同 ・ 別			

ケアプラン策定評価レポート

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年4月4日
氏名	*国 良*	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

問 題 領 域	選定結果	ケアプランの決定		根拠・情報の所在 など
		策 定	策 定しない	
1. 体位変換・起居				
2. 入浴	●		○	現状は生活習慣も安定しており、時々ではあるが家族の見守り観察で適当と考える。
3. コミュニケーション				
4. 食事	●	○		塩分の過度摂取や偏り気味の食事を家族と宅配サービスもしくはヘルパーとの併用で援助するのが望ましい。
5. 排泄等	●			
6. 外出	●	○		庭の散歩や菜園などはある様であるが家族以外とのコミュニケーションが少ない。認知の観点からも他者とのコミュニケーションの場を家族と相談して決める。
7. 認知・精神・行動障害	●			
8. 社会生活力				
9. 医療・健康関係				

【 領域検討用紙 】

氏 名 *国 良*
アセスメント日 令和2年04月04日

作成日 令和2年04月04日
作成者 *玉 あや*

[illegible]

サービス計画書

居宅サービス計画の同意書兼受領書

私は、添付の居宅サービス計画の原案について、説明者からその内容の説明を受けるとともに、この内容に同意しましたので、居宅サービス計画を受領します。

令和2年5月1日

説明者	住 所	〒899-0121 鹿児島県出水市米ノ津町XXXX番地
	事業所名	ケアセンター「み●●」
	氏 名	* 玉 あや * 印

利用者	住 所	〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1
	氏 名	* 国 良 * 印
家族又は代理人	住 所	〒
	氏 名	印

添付書類

令和2年5月1日

作成 居宅サービス計画書(1)
居宅サービス計画書(2)
週間サービス計画表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日

令和2年5月1日

1000

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 * 国 良 * 殿 生年月日 昭和14年7月29日 住所 〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1

居宅サービス計画作成者氏名 * 玉 あや *

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 〒 899-0121 鹿児島県出水市米ノ津町XXXX番地 ケアセンター「み●●」

居宅サービス計画作成(変更)日 令和2年5月1日 初回居宅サービス計画作成日 平成26年4月1日

認定日 認定の有効期間 令和2年1月1日 ~ 令和2年12月31日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向
本人・ ・ だいぶ慣れてきました。行くことが楽しみです。
もっと、いろいろな人と話をしたいと思っています。
家族・ ・ 通所介護を使用するようになり、母が明るく変わったように感じます。
これからも、出来ない家事などは援助します。出来る部分はリハビリだと思って、自分で行ってほしい。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 特になし

総合的な援助の方針
・ 福祉用具を使用し、安心して近所を散歩することができるようリハビリなどを続けていきましょう。
・ 一人で寝返りや起き上がりなどの動作が出来るよう環境を整え、訓練などを実施していきましょう。
・ 定期的に受診を行い、体調管理を行い安心して生活を送れるようにしましょう。
・ 他者との交流がスムーズに行え、気分転換が出来楽しみが増えるよう援助いたします。
・ 定期的に入浴が実施でき、身体の清潔が保てるよう支援いたします。
【緊急連絡先】 ●国 ●●子様(長女) 40-XXXX 090-XXXX-XXXX
病院通所リハビリ 42-XXXX ヘルパーステーション 41-XXXX
福祉用具 090-XXXX-XXXX

生活援助中心型の算定理由 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 ③ その他()

居宅サービス計画書について説明を受け、内容に同意しました。

年 月 日 利用者(代理人)氏名

印

居宅サービス計画書（２）

作成年月日

令和02年5月1日

利用者名 * 国 良 * 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
転倒し骨折した経緯があります。室内を自由に安全に移動が出来る。また、近所を散歩できるようにしたい。	歩行器を使用し、近所を散歩することができる	R02/4/1 ～ R02/9/30	歩行器での歩行が安全に行え、室内を自由に移動することができる	R02/4/1 ～ R02/6/30	歩行器貸与(屋内用・屋外用)／本人の状態にあった用具の選定・検討／不具合時の調整修理など	○	福祉用具貸与	福祉用具 み●●	随時	R02/4/1 ～ R02/6/30
					レクリエーションへの参加／歩行時の見守り・付き添い	○	通所介護	特別養護老人ホーム ●●苑	週 2 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
					室内での歩行状態の確認／移動時の見守り・付き添い介助・転倒に注意する／ベッド周辺や移動動線の整理	○	訪問介護	訪問介護 み●●	週 3 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
					移動時の見守り・付き添い介助／必要に応じて車椅子での移動介助		家族		毎日	R02/4/1 ～ R02/6/30
					歩行時は、躓かないよう足の上がりに注意する。方向転換などは特に気をつける。		本人		随時	R02/4/1 ～ R02/6/30
					移動動線の整理整頓／居間やトイレを確認し、汚染時は清掃する	○	訪問介護	訪問介護 み●●	週 3 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
	継続して家事を行え、自分で出来る家事が増える	R02/4/1 ～ R02/9/30	手伝いを受けながら、自宅の環境が整う	R02/4/1 ～ R02/6/30	室内・トイレ・台所・玄関などの掃除／食後の片付けなど		家族		毎日	R02/4/1 ～ R02/6/30
					ベッド周りなどの片付け。出来る部分の片付けを実施する／茶碗の片付けをする		本人		毎日	R02/4/1 ～ R02/6/30
					特殊寝台、寝台付属の貸与(介助バーの使用)／定期点検、不具合時の調整	○	福祉用具貸与	福祉用具 み●●	随時	R02/4/1 ～ R02/6/30
					動作時の見守り・一部介助(必要時)／体調を見ながら、介助を行う		家族		随時	R02/4/1 ～ R02/6/30
起き上がりなどの動作に時間がかかります。安心して寝返りや起き上がりが出来るようになります	一人で、寝返りや起き上がり・立位などの動作が出来る	R02/4/1 ～ R02/9/30	体に無理なく、起き上がりや立位などの動作が出来る	R02/4/1 ～ R02/6/30	福祉用具貸与(床ずれ防止用マットなどの検討)／定期点検・不具合時の修理など／本人の状況に合った用具の選定	○	福祉用具貸与	福祉用具 み●●	随時	R02/4/1 ～ R02/6/30
					皮膚状態の確認(入浴時など)・家族へ状況の報告／痛みなどの確認・把	○	訪問介護	訪問介護 み●●	週 3 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
					寝返りができ、踵の痛みや褥瘡を防ぐ					

居宅サービス計画書（２）

作成年月日 令和02年5月1日

利用者名 * 国 良 * 殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容					
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
					握／ベッドメイキング					
					同上	○	通所介護	特別養護老人ホーム ● ●苑	週 2 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
					本人が出来ない時などの 体位交換／専門医などの 受診（必要時）		家族		必要時	R02/4/1 ～ R02/6/30
					体調が優れない時や不安 なことなど、家族等に伝 える／定期受診／服薬管 理				毎日	R02/4/1 ～ R02/6/30
子供達は仕事が忙しい ので、できるだけ迷惑 をかけないように体調 に気をつけて行きたい です	定期的に受診が出 来、体調が整えら れる	R02/4/1 ～ R02/9/30	体調管理を行い、 安心して生活を送 ることができる	R02/4/1 ～ R02/6/30	定期受診・必要時の受診 同行付き添い／服薬状況 の把握・残薬等の確認／ 健康状態の観察／急変時 ・緊急時の対応／痛みな どの確認／食事準備／食 事・水分量の確認		家族		定期 毎日	R02/4/1 ～ R02/6/30
					体調確認・バイタルチェ ック／痛みなどの確認／ バランスの取れた食事提 供／食事・水分量の確認 ／内服の確認（必要時）・ 把握／体重測定／急変時 ・緊急時の連絡対応／異 常の早期発見／家族への 状況報告	○	通所介護	特別養護老人ホーム ● ●苑	週 2 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
					健康チェック／急変時・ 緊急時の連絡対応／痛み などの確認／家族への状 況報告	○	訪問介護	訪問介護 み●●	週 3 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
					話のしやすい環境作り／ 活動や訓練などを通して 、他利用者との交流の場 を提供する／レクリエー ション・野外活動への参 加を促す／相談援助／傾 聴	○	通所介護	特別養護老人ホーム ● ●苑	週 2 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
いろいろな人といっぱ いお話がしたいです。 通所に行くことが楽し みになってきました。	他者との交流を楽し しみ、気分転換が できる	R02/4/1 ～ R02/9/30	家族やいろいろな 人との会話の機会 が出来、楽しみが 増える	R02/4/1 ～ R02/6/30	相談援助・傾聴	○	訪問介護	訪問介護 み●●	週 3 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
					本人・家族より日常の様 子を確認する／相談援助 ／必要に応じてサービス などの調整・検討の実施	○	居宅介護支援	ケアセンター「み●●」	訪問時	R02/4/1 ～ R02/6/30

居宅サービス計画書（２）

作成年月日 令和02年5月1日

利用者名 * 国 良 * 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
自宅で入浴・清拭などしているが、肩や腰の痛みで思うように洗身出来ないことがあります。また、浴室での移動は転倒の不安があり、怖いです。	定期的な入浴が実施でき、身体の清潔が保てる	R02/4/1 ～ R02/9/30	浴室内での移動が安全に行え、日頃行き届かない部分の洗身ができる	R02/4/1 ～ R02/6/30	通所リハビリの利用／できる活動などへの参加／色々な人との会話を楽しむ／不安や心配事を相談する		本人		毎日	R02/4/1 ～ R02/6/30
					相談援助・傾聴		家族		毎日	R02/4/1 ～ R02/6/30
					出来る範囲で洗身や洗髪など自分で行う／清拭の実施(入浴日以外や発汗時)／衣類の準備		本人		入浴時など	R02/4/1 ～ R02/6/30
					入浴準備、誘導・移動時の見守り・付き添い介助／必要時、衣類の着脱介助／皮膚状態の確認／必要時の処置(軟膏塗布など)／足指のガーゼ保護(外反母趾によるただれ防止)／洗身介助(日頃行き届かない部分など)／	○	訪問介護	訪問介護 み●●	週 3 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
					入浴が出来ない場合は、清拭・足浴などの実施／水分補給／入浴後の片付け／爪切りなど	○	通所介護	特別養護老人ホーム ●●苑	週2回	R02/4/1 ～ R02/6/30
					同上	○	通所介護	特別養護老人ホーム ●●苑	週 2 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
					入浴状況の確認／必要に応じてサービスなどの調整・検討	○	居宅介護支援	ケアセンター「み●●」	訪問時	R02/4/1 ～ R02/6/30

※ 1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※ 2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

居宅サービス計画書について説明を受け、内容に同意しました。

年 月 日 利用者（代理者）氏名

印

利用者名 *国 良*

殿

週間サービス計画表

作成年月日 令和2年5月1日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								起床
									朝食
午	8:00								
前	10:00	身体介護 2	通所介護 I 4 2	身体介護 2	身体介護 2	通所介護 I 4 2			
12:00									
14:00									
午									
	16:00								
後									
	18:00								昼食
夜									
	20:00								
間									
	22:00								夕食
深									
	24:00								
夜									
	2:00								
週単位以外 のサービス		特殊寝台貸与							
		特殊寝台付属品貸与							
		手すり貸与							
		歩行器貸与							

居宅サービス計画書について説明を受け、内容に同意しました。

年 月 日 利用者（代理者）氏名

印

日課計画表

作成年月日 令和2年4月1日

利用者名 * 国 良 * 殿

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例
深夜	4:00						共通サービスの例 食事介護 朝食 昼食 夕食 入浴介助（曜日） 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位変換
早朝	6:00	起床					
		朝食				起床（自立）	
午前	8:00	散歩				洗顔、食事の準備、食事 火・金曜日はデイ	
	10:00	清掃、食事支援・見守り	家族（長男嫁）	デイケア（送迎）	担当 A	掃除、食事の後片付け	
		バイタルチェック		デイケア（リハ）	担当 B	昼食準備（長男嫁支援）	
	12:00	昼食		デイケア（昼食）		昼食	
午後				デイケア（入浴）		昼寝	
	14:00			デイケア（昼寝）		昼寝	
				デイケア（レク）		散歩、庭や菜園の手入れ	
	16:00	入浴介助	家族（長男嫁）	デイケア（送迎）	担当 A	入浴（シャワー浴）	
		清拭解除				入食事の準備	
夜間	18:00	夕食				夕食	
						就眠	
	20:00						
		就寝					
深夜	22:00						
	24:00						
						トイレに起床（自立）	
	2:00						
随時実施するサービス							
その他のサービス							

モニタリングシート

[* 国 良 * 様]

作成日 [令和2年4月24日] 作成者 [埼玉 あやめ]

計画の実施状況				計画の達成度と評価		今後の方針・目標	備考
短期目標	サービス内容	確認日	確認方法	利用者及び家族の意向・満足度	評価		
歩行器での歩行が安全に行え、室内を自由に移動することができる	歩行器貸与(屋内用・屋外用)／本人の状態にあった用具の選定・検討／不具合時の調整修理など	R02/4/24	訪問	歩行の練習を大変よく頑張っている。これからもこの調子で頑張ってもらいたい。	大変満足		
	レクリエーションへの参加／歩行時の見守り・付き添い	R02/4/24	事業所間連絡	リハビリに参加するようになり、以前と比べると足も動かしやすくなったとの事で、自ら動こうとするようになった。さらに体の調子を取り戻して欲しい。	満足		
	室内での歩行状態の確認／移動時の見守り・付き添い介助・転倒に注意する／ベッド周辺や移動動線の整理	R02/4/24	訪問	歩行器の扱いにもだいぶ慣れてきた。積極的に歩くようになってきたので、見守りにも十分気をつけたい。	満足		
	移動時の見守り・付き添い介助／必要に応じて車椅子での移動介助	R02/4/24	訪問	歩行するときは目を離さないように気をつける。	満足		
	歩行時は、躓かないよう足の上がりに注意する。方向転換などは特に気をつける。	R02/4/24	訪問	きれいな環境での生活が嬉しいようで、	満足		
手伝いを受けながら、自宅の環境が整う	移動導線の整理整頓／居間やトイレを確認し、汚染時は清掃する	R02/4/24	訪問	歩行器の扱いにもだいぶ慣れてきた。積極的に歩くようになってきたので、見守りにも十分気をつけたい。	満足		
	室内・トイレ・台所・玄関などの掃除／食後の片付けなど	R02/4/24	訪問	歩行器の扱いにもだいぶ慣れてきた。積極的に歩くようになってきたので、見守りにも十分気をつけたい。	満足		

モニタリングのまとめ

次回モニタリング予定年月日 令和2年5月29日

モニタリング評価表

[* 国 良 *

様]

作成日 [令和2年04月30日]

作成者 [埼玉 あやめ]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	事業所名	評価
転倒し骨折した経緯があります。室内を自由に安全に移動が出来る。また、近所を散歩できるようにしたい。	歩行器を使用し、近所を散歩することができる	H26/6/1 ～ H26/12/31	歩行器での歩行が安全に行え、室内を自由に移動することができる	H26/9/1 ～ H26/12/31	歩行器貸与(屋内用・屋外用)／本人の状態にあった用具の選定・検討／不具合時の調整修理など	福祉用具 みずき	歩行の練習を大変よく頑張っている。
					レクリエーションへの参加／歩行時の見守り・付き添い	特別養護老人ホーム 南風苑	デイケアに通うのが楽しいらしく、積極的に参加している。そのため、リハビリにも一生懸命取り組んでいる。
					室内での歩行状態の確認／移動時の見守り・付き添い介助・転倒に注意する／ベッド周辺や移動動線の整理	訪問介護 みずき	転倒への不安はあるようだが、自分で歩けなくなる事への不安が大きく、極力自分で歩くように努力されている。
	継続して家事を行え、自分で出来る家事が増える	H26/6/1 ～ H26/12/31	手伝いを受けながら、自宅の環境が整う	H26/9/1 ～ H26/12/31	移動導線の整理整頓／居間やトイレを確認し、汚染時は清掃する	訪問介護 みずき	家事を自分で出来る喜びが大きく、楽しみながらされている様子。
					室内・トイレ・台所・玄関などの掃除／食後の片付けなど		
					ベッド周りなどの片付け。出来る部分の片付けを実施する／茶碗の片付けをする		
起き上がりなどの動作に時間がかかります。安心して寝返りや起き上がり出来るようになりたいです	一人で、寝返りや起き上がり・立位などの動作が出来る	H26/6/1 ～ H26/12/31	体に無理なく、起き上がりや立位などの動作が出来る	H26/9/1 ～ H26/12/31	特殊寝台、寝台付属の貸与(介助バーの使用)／定期点検、不具合時の調整	福祉用具 みずき	夜起きたとき、起き上がりが大変楽になったとの事。

居宅支援経過記録

利用者氏名 * 国 良 * 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 * 玉 あや *

[illegible]

興味・関心チェックシート

氏名：＊国 良＊ 殿 年齢：80 歳 性別（男・女）

記入日：令和2年4月30日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

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・相撲観戦等	×		
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()			

(氏名)

1000

令和2年04月 サービスカレンダー

印刷日：令和2年05月25日

ケアセンター「み●●」

TEL:

* 国 良 *

様

担当ケアマネ名：* 玉 あや *

日	月	火	水	木	金	土
			1 訪問介護 み●● 10:00-10:59 ヘルパー	2 訪問介護 み●● 10:00-10:59 ヘルパー	3 南●●デイサービスセンター 09:30-16:00 デイ	4
5	6 訪問介護 み●● 10:00-10:59 ヘルパー	7 南●●デイサービスセンター 09:30-16:00 デイ	8 訪問介護 み●● 10:00-10:59 ヘルパー	9 訪問介護 み●● 10:00-10:59 ヘルパー	10 南●●デイサービスセンター 09:30-16:00 デイ	11
12	13 訪問介護 み●● 10:00-10:59 ヘルパー	14 南●●デイサービスセンター 09:30-16:00 デイ	15 訪問介護 み●● 10:00-10:59 ヘルパー	16 訪問介護 み●● 10:00-10:59 ヘルパー	17 南●●デイサービスセンター 09:30-16:00 デイ	18
19	20 訪問介護 み●● 10:00-10:59 ヘルパー	21 南●●デイサービスセンター 09:30-16:00 デイ	22 訪問介護 み●● 10:00-10:59 ヘルパー	23 訪問介護 み●● 10:00-10:59 ヘルパー	24 南●●デイサービスセンター 09:30-16:00 デイ	25
26	27 訪問介護 み●● 10:00-10:59 ヘルパー	28 南●●デイサービスセンター 09:30-16:00 デイ	29 訪問介護 み●● 10:00-10:59 ヘルパー	30 訪問介護 み●● 10:00-10:59 ヘルパー		
特殊寝台貸与・特殊寝台付属品貸与・手すり貸与・手すり貸与・歩行器貸与					※は1日6行を超える予定があります	

サービス担当者会議の要点

作成年月日 令和02年04月30日

利用者名 *国 良* 殿

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 *玉 あや*

開催日 令和02年04月30日 開催場所 利用者宅 開催時間 09:00～11:00 開催回数 3

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
	ケアセンター「み●●」 (介護支援専門員)	*田 修*		*山 夕*	特別養護老人ホーム ●風 苑(介護福祉士)	ヘルパー B
	通所介護 ●●苑	*田山 京*				
検討した項目	初回通所介護利用に伴って（要介護）					
検討内容	1. 体調管理について 血圧について、確認する。自宅でも血圧の測定は毎日行っている。手首で測る機種のため、通常より高めに数値が計測されとの事。最近では、130前後である。心疾患についても、検査を実施し問題ないとの診断を受けている。 現在は、胸部の痛みなどもなく経過は良好である。今後も継続して、痛みの確認や血圧の計測には行っていく必要がある。 通所リハビリ・・・血圧に関しては、130前後。少し超えることもあるが、再測にて130以内に降下する。最近では、再測することは少ない。 2. 排泄について 自宅にて、退院後はポータブルトイレを使用していた。最近では、調子が良いとの事で、自宅トイレを使用するため、家族にて移動介助し援助している。ポータブルトイレについては、両肘の手摺やベッドの介助バーがあることから、一人でズボンの上げ下げも行っている。しかし、自宅トイレでは握る場所が少なく、使用したい場所に無いことから立位時のバランスも不安定となり本人の恐怖心もあるため、設置されている手摺より手を離すことが出来ず介助が必要である。今回、ポールポジショニングバーを活用し、移動の安定とズボンの上げ下げが出来るだけ、本人の力で実施できるよう設置を検討する。 3. 移動状況について 退院後、車椅子を主に移動手段として使用している。心疾患にて、車椅子での移動も介助用で対応してきたが、本人の体調も安定しており、体調の良い日には自分で移動出来るように自走用を検討してはどうかと提案する。					
結論	④通所介護・・・週2回（火・金曜日）利用。病院受診など用事等で利用できない場合など、曜日変更等必要に応じて調整する。入浴に関しては、本人の希望にて自宅にて実施していく。個別リハビリの実施。起居動作・立位座位の安定・寝返りの訓練を実施。引き続き歩行訓練を行っていく。集団活動を通し、他者との交流を図る。手芸など本人の状態を見て、無理のない程度に実施する。訪問介護・・・週3回（月・水・木曜日）利用。15時より実施する。必要に応じて時間・曜日等調整する。移動状況の確認。寝台周辺や移動箇所の整理を行い、転倒防止に努める。また、居間やトイレなどを確認し、汚染時は清掃を行い転倒予防に努める。福祉用具貸与・・・特殊寝台・寝台付属（介助バー）、手すりの利用。寝台を使用することで、起居動作など一人で行えるよう援助。歩行器の使用。自宅内での移動が一人で行えるよう使用する。歩行状態や本人の状態に応じて、機種など検討調整する。定期点検・不具合時の修理など。踵や臀部の痛みなど軽減できるよう、また褥瘡などの形成を防ぐ為、状態に合わせてマットの変更など検討調整を行っていく。					
残された課題 (次の開催時期)						

サービス担当者に対する照会（依頼）内容

作成年月日 令和02年04月30日

利用者名 *国 良* 殿

居宅サービス計画作成者（照会者）氏名 *玉 あや*

サービス担当者会議を開催しない理由
ないし会議に出席できない理由

関係者様とのスケジュールおよび開催場所の調節がつかず、書面にて失礼します。

照会（依頼）先	照会（依頼）年月日	照会（依頼）内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容
●●●病院	H26/02/14	お世話になります。 *国良*様ですが、今回サービスプランの検討更新につき、今後のサービス内容について検討しております。 現在利用されている通所リハビリについて、歩行訓練・筋力訓練・起居動作訓練など実施しており、出来なかった寝返りも少しずつ出来るようになっております。通所利用にだいぶ慣れた様子で、ほぼ休まず利用されており、本人も楽しみにされているようです。 今後、利用を継続していく中で、注意する点やアドバイス等ありましたらご指導頂けないでしょうか。 ご多忙とは存じますが、宜しくお願い致します。			
訪問介護 み●●		お世話になります。 *国良*様ですが、今回サービスプランの検討更新につき、今後のサービス内容について検討しております。 現在利用されている訪問介護サービスでは訪問いただける日を楽しみにされ自立に向けても前向きになっておられます。 今後、利用を継続していく中で、注意する点やアドバイス等ありましたらご指導頂けないでしょうか。 ご多忙とは存じますが、宜しくお願い致します。			

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No.	1000																	
利用者名	* 国 良 *	様	認定年月日	認定の有効期間	令和2年1月1日～令和2年12月31日	初回	・	紹介	・	継続	・	認定済	・	申請中	要支援 1	・	要支援 2	地域支援事業

計画作成者氏名	* 玉 あや *	* 玉 あや *	委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）		
計画作成（変更）日	令和2年4月27日	（初回作成日	令和2年4月27日 ）	担当地域包括支援センター：	ケアセンター「み●●」

目標とする生活	1 日	転倒無く過ごす。	1 年	健康を維持し、歩行を安定させて催し物に積極的に参加できる様になる。
---------	-----	----------	-----	-----------------------------------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について	本人：身体の重さを感じるが特に生活に困っていない。もう少し軽快になれないだろうかとは思っている。	■有 □無筋力に低下	1.腰痛、膝痛が原因で歩く距離が短くなり、活動性が低下している。体調管理をしながら体力にあった活動を続け、筋力の維持・向上を図る事ができる。 2.腰痛、体重管理や口腔機能向上に努め健康に過ごすようにする。	福祉センターなどで実施される健康体操の参加をお勧めする。	本人：可能な範囲で参加したい。	身体が以前より軽快になったことを実感する。	参加状況の見守りと成果を共感する。	福祉センター体操クラブ（高齢者体操教室）	左同	その他生活支援サービス（見守り/定額）		
日常生活（家庭生活）について	本人：家事がある程度できる。重たい物を持つたりする必要がある場合に長男が来るのを待つしかない。	■有 □無	転倒せず、下肢筋力の維持向上を図る必要がある。できる家事を行い、自信をつけて生活意欲を高めていく。	食事の準備や後片付けを見守りながら、1日に散歩も心掛ける。	家族：衛生面でも気になり、つい手をだしあり鑑賞してします。	日常のことは自立する。	日常的に見守り活動を低下させない。	家族はできるだけ見守りと日常的な負荷の高いことは支援をする。				
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	催し物があるときは家族と参加したい。	□有 ■無										
健康管理について	本人：食事には気を使っているが、時々面倒になる。	■有 □無 高血圧		塩分を控えたレシピなど減塩食事を意識していあかく。	家族：うまく誘導する方法があると良い。あまり言うのと怒り出す。	血圧など健康状態の維持する。	血圧の安定などは成果を共有する。	毎朝の血圧測定と服薬管理を続けていく				

健康状態について □主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点 転倒予防や身体能力の維持、向上の観点から運動療法も重要である。	【本来行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針 ボランティア活動などについては、外出することに慣れたり、良い機会があったときに支援に結びつけていくことにする。	総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント ご本人の興味があることや、特技を活かしながら活動範囲を拡大し、閉じこもり予防を行っていく。また、下肢筋力の向上や口腔機能・栄養状態の改善によって地域の活動への参加を目指す。
--	--	--

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入して下さい。 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。							地域包括支援センター	【意見】	普及啓発事業などは興味のある催しの時にはきっかけを逃さないよう参加できるようにしていきましょう。	計画に関する同意
予防給付 または 地域支援事業	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防		【確認印】		
	5/5	1/2	3/3	1/2	3/3	0/5				
年 月 日 氏名 印										

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No.1000

利用者名*国良*様

認定年月日

認定の有効期間令和2年1月1日～令和2年12月31日

初回・紹介・継続・認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名*玉あや*様

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日令和2年4月27日（初回作成日令和2年4月27日）

担当地域包括支援センター：ケアセンター「み●●」

目標とする生活

1日

転倒無く過ごす。

1年

健康を維持し、歩行を安定させて催し物に積極的に参加できる様になる。

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について	本人：身体の重さを感じるが特に生活に困っていない。もう少し軽快になれないだろうかとは思っている。	■有□無筋力に低下	1.腰痛、膝痛が原因で歩く距離が短くなり、活動性が低下している。体調管理をしながら体力にあった活動を続け、筋力の維持・向上を図る事ができる。 2.腰痛、体重管理や口腔機能向上に努め健康に過ごすようにする。	福祉センターなどで実施される健康体操の参加をお勧めする。	本人：可能な範囲で参加したい。	身体が以前より軽快になったことを実感する。	参加状況の見守りと成果を共感する。	福祉センター体操クラブ（高齢者体操教室）	左同	その他生活支援サービス（見守り/定額）		
日常生活（家庭生活）について	本人：家事がある程度できる。重たい物を持つたりする必要がある場合に長男が来るのを待つしかない。	■有□無	転倒せず、下肢筋力の維持向上を図る必要がある。できる家事を行い、自信をつけて生活意欲を高めていく。	食事の準備や後片付けを見守りながら、1日に散歩も心掛ける。	家族：衛生面でも気になり、つい手をだしあり鑑賞してします。	日常のことは自立する。	日常的に見守り活動を下させない。	家族はできるだけ見守りと日常的な負荷の高いことは支援をする。				
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	催し物があるときは家族と参加したい。	□有■無										
健康管理について	本人：食事には気を使っているが、時々面倒になる。	■有□無 高血圧		塩分を控えたレシピなど減塩食事を意識していあかく。	家族：うまく誘導する方法があると良い。あまり言うて怒り出す。	血圧など健康状態の維持する。	血圧の安定などは成果を共有する。	毎朝の血圧測定と服薬管理を続けていく				

健康状態について

□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

転倒予防や身体能力の維持、向上の観点から運動療法も重要である。

【本来行うべき支援ができない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

ボランティア活動などについては、外出することに慣れたり、良い機会があったときに支援に結びつけていくことにする。

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

ご本人の興味があることや、特技を活かしながら活動範囲を拡大し、閉じこもり予防を行っていく。また、下肢筋力の向上や口腔機能・栄養状態の改善によって地域の活動への参加を目指す。

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入して下さい。 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	5/5	1/2	3/3	1/2	3/3	0/5

地域包括支援センター

【意見】

普及啓発事業などは興味のある催しの時にはきっかけを逃さないよう参加できるようにしていきます。

【確認印】

計画に関する同意

年

月

日

氏名

印

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業） サービス評価表

利用者名	* 国 良 *	殿	評価日	令和2年5月30日
			計画作成者氏名	* 玉 あや *

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
身体が以前より軽快になったことを実感する。	R2/5/1 ～ R2/5/30	本人：以前よりも活動的になった。 家族：明るくなった。	○			本人も意欲的であり継続する。
日常のことは自立する。	R2/5/1 ～ R2/5/30	本人：あまり支障は感じない。 家族：直ぐ来て欲しいの電話が減った。	○			見守りのサービスを少し減らしても大丈夫と思われる。
血圧など健康状態の維持する。	R2/5/1 ～ R2/5/30	本人：主治医に褒められた。	○			継続して見守る。
総合的な方針			地域包括支援センター意見			
家族、事業所、本人と目標を共有することで意欲が沸いて おられる。現状の良好な状況を維持したい。			更に自立に向けてご本人、家族との相談の場を増やしたいと思います。		☒ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了 ☐	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了

認定済・申請中

利用者番号：1000

令和2年4月 分

サービス利用票（兼サービス計画）

居宅介護支援事業者→利用者

1/1 ページ

保険者番号	011007	保険者名	札幌市	居宅介護支援事業者事業所名	ケアセンター「み●●」	作成年月日	令和2年4月9日	利用者確認			
被保険者番号	0012000000	フリガナ被保険者氏名	*ワケ ヨシ* *国 良* 様	保険者確認印		届出年月日	年 月 日				
生年月日	明・大・昭 14年7月29日	性別	男・女	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分 変更日	12345 12345	区分支給 限度基準額	19,705 単位/月	限度額適用 期間	令和2年1月 から 令和2年12月 まで	前月までの短期入 所利用日 数	0 日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	日付	月間サービス計画及び実績の記録																														合計 回数
			曜日	1 水	2 木	3 金	4 土	5 日	6 月	7 火	8 水	9 木	10 金	11 土	12 日	13 月	14 火	15 水	16 木	17 金	18 土	19 日	20 月	21 火	22 水	23 木	24 金	25 土	26 日	27 月	28 火	29 水	30 木	
09:30 ～ 16:00	通所介護Ⅰ 4 2	南●●デイサービスセ ンター	予定			1				1			1				1			1				1			1				1			8
			実績																															
	通所介護個別機 能訓練加算Ⅰ	南●●デイサービスセ ンター	予定			1				1			1				1			1				1			1				1			8
			実績																															
	通所介護入浴介 助加算	南●●デイサービスセ ンター	予定			1				1			1				1			1				1			1				1			8
			実績																															
	通所介護サービス 提供体制加算Ⅰ 2	南●●デイサービスセ ンター	予定			1				1			1				1			1				1			1				1			8
			実績																															
	通所介護処遇改 善加算Ⅲ	南●●デイサービスセ ンター	予定			1				1			1				1			1				1			1				1			8
			実績																															
10:00 ～ 10:59	身体介護 2	訪問介護 み●●	予定	1	1				1		1	1				1		1	1				1		1	1				1	1	1	14	
			実績																															
	訪問介護処遇改 善加算Ⅲ	訪問介護 み●●	予定	1	1				1		1	1				1		1	1				1		1	1				1	1	1	14	
			実績																															
	特殊寝台貸与	福祉用具 み●●	予定																														1	
			実績																															
	特殊寝台付属品 貸与	福祉用具 み●●	予定																														1	
			実績																															
	手すり貸与	福祉用具 み●●	予定																														1	
			実績																															
	手すり貸与	福祉用具 み●●	予定																														1	
			実績																															
	歩行器貸与	福祉用具 み●●	予定																														1	
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															

利用票について説明を受け、内容に同意しました。 氏名 印

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定額利用者負担 単価金額	公費・減免 給付額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数														
南●●デイサービスセンター	4699999991	通所介護Ⅰ42	152347	679			8	5,432												
南●●デイサービスセンター	4699999991	通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	155051	46			8	368												
南●●デイサービスセンター	4699999991	通所介護入浴介助加算	155301	50			8	400												
南●●デイサービスセンター	4699999991	通所介護合計						(6,200)		6,200		6,200	10.00	62,000	90	55,800			6,200	0
福祉用具 み●●	4699999994	特殊寝台貸与	171003	1,000			1	1,000												
福祉用具 み●●	4699999994	特殊寝台付属品貸与	171004	200			1	200												
福祉用具 み●●	4699999994	手すり貸与	171007	100			2	200												
福祉用具 み●●	4699999994	歩行器貸与	171009	200			1	200												
福祉用具 み●●	4699999994	福祉用具貸与合計						(1,600)		1,600		1,600	10.00	16,000	90	14,400			1,600	0
訪問介護 み●●	4699999995	身体介護2	111211	395			14	5,530		5,530		5,530	10.00	55,300	90	49,770			5,530	0
南●●デイサービスセンター	4699999991	通所介護サービス提供体制加算Ⅰ2	156101	12			8	(96)		(96)		(96)	10.00	960	90	864			96	0
南●●デイサービスセンター	4699999991	通所介護処遇改善加算Ⅲ	156104	145			1	(145)		(145)		(145)	10.00	1,450	90	1,305			145	0
訪問介護 み●●	4699999995	訪問介護処遇改善加算Ⅲ	116271	304			1	(304)		(304)		(304)	10.00	3,040	90	2,736			304	0
				区分支給限度基準額(単位)	19,705		合計	13,330		13,330		13,330		138,750		124,875			13,875	0

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
0	0	0

利用票別表について説明を受け、内容に同意しました。

氏名

印

課題整理総括表

利用者名 * 国 良 * 殿

作成日 令和2年4月30日

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		① 右上下肢麻痺				② 筋力低下				③				利用者及び家族の 生活に対する意向		本人：今の生活を維持して穏やかに過ごせ たら良い。あまり子供の負担になりたくない。								
		④				⑤				⑥														
状況の事実 ※1		現在 ※2				要因 ※3		改善/維持の可能性 ※4		備考(状況・支援内容等)						見通し ※5		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】		※6				
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化		筋力の衰えと麻痺により外出が億劫 となり、食事も適当に済ます傾向が あるがサービスと家族の見守りによ り何とか維持されている。						本人もリハビリなど楽しみ にされていることもあり現 状の生活は維持できると追 われるが、筋力の低下には 気を配る必要がある。		筋力の維持				
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化														
食事	食事内容	支障なし			支障あり				改善	維持	悪化													
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	利き腕麻痺		改善	維持	悪化														
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助	利き腕麻痺		改善	維持	悪化														
排泄	排尿・排便	支障なし			支障あり				改善	維持	悪化													
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化														
口腔	口腔衛生	支障なし			支障あり				改善	維持	悪化													
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化														
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化														
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化														
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化														
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化														
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化														
整理・物品の管理		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化														
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化														
買物		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化														
コミュニケーション能力		支障なし			支障あり				改善	維持	悪化													
認知		支障なし			支障あり				改善	維持	悪化													
社会との関わり		支障なし			支障あり				改善	維持	悪化													
褥瘡・皮膚の問題		支障なし			支障あり				改善	維持	悪化													
行動・心理症状(BPSD)		支障なし			支障あり				改善	維持	悪化													
介護力(家族関係含む)		支障なし			支障あり				改善	維持	悪化													
居住環境		支障なし			支障あり				改善	維持	悪化													
								改善	維持	悪化														

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

課題整理総括表

利用者名 * 国 良 * 殿

作成日 令和2年4月30日

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		① 右上下肢麻痺				② 筋力低下			③			利用者及び家族の 生活に対する意向		本人：今の生活を維持して穏やかに過ごせ たら良い。あまり子供の負担になりたくない。		
		④				⑤			⑥							
状況の事実 ※1		現在 ※2				要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4			備考(状況・支援内容等)						
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化	筋力の衰えと麻痺により外出が億劫 となり、食事も適当に済ます傾向が あるがサービスと家族の見守りによ り何とか維持されている。					本人もリハビリなど楽しみ にされていることもあり現 状の生活は維持できると思 われるが、筋力の低下には 気を配る必要がある。	
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化							
食事	食事内容	支障なし		支障あり			改善	維持	悪化							
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	利き腕麻痺	改善	維持	悪化							
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助	利き腕麻痺	改善	維持	悪化							
排泄	排尿・排便	支障なし		支障あり			改善	維持	悪化							
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化							
口腔	口腔衛生	支障なし		支障あり			改善	維持	悪化							
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化							
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化							
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化							
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化							
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化							
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化							
整理・物品の管理		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化							
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化							
買物		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化							
コミュニケーション能力		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化							
認知		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化							
社会との関わり		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化							
褥瘡・皮膚の問題		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化							
行動・心理症状(BPSD)		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化							
介護力(家族関係含む)		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化							
居住環境		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化							
							改善	維持	悪化							

見通し ※5		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
本人もリハビリなど楽しみ にされていることもあり現 状の生活は維持できると思 われるが、筋力の低下には 気を配る必要がある。		筋力の維持	
		社会活動への参加	

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

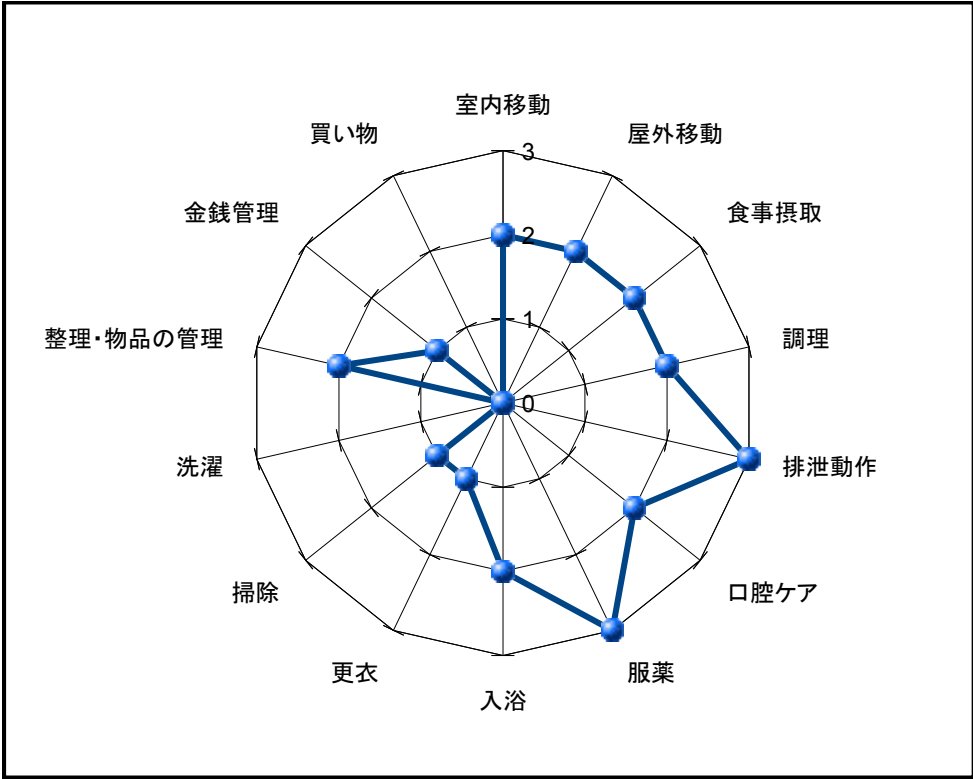
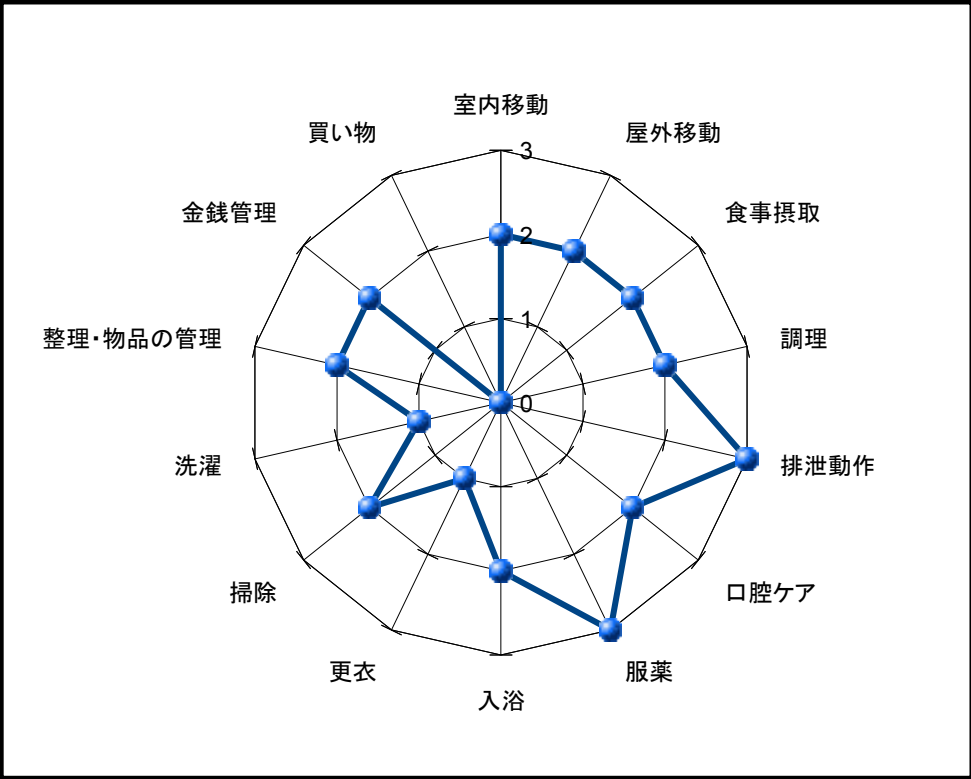
※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

ADLチャート

氏名: *国 良* 年齢: 80 歳 性別: (男 ・ 女)

■今回 記録日:R02/4/30

■前回 記録日:R02/1/30



<合計> 26

ADL項目	値	ADL項目	値
室内移動	2	入浴	2
屋外移動	2	更衣	1
食事摂取	2	掃除	2
調理	2	洗濯	1
排泄動作	3	整理・物品の管理	2
口腔ケア	2	金銭管理	2
服薬	3	買い物	0

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

<合計> 23

ADL項目	値	ADL項目	値
室内移動	2	入浴	2
屋外移動	2	更衣	1
食事摂取	2	掃除	1
調理	2	洗濯	0
排泄動作	3	整理・物品の管理	2
口腔ケア	2	金銭管理	1
服薬	3	買い物	0

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

評価表

利用者名 * 国 良 * 殿

作成日 令和2年4月30日

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス 種別	※1		
歩行器での歩行が安全に行え、室内を自由に移動することができる	R02/4/1 ～ R02/6/30	歩行器貸与(屋内用・屋外用)／本人の状態にあった用具の選定・検討／不具合時の調整修理など	福祉用具貸与	福祉用具 みずき	○	
		レクリエーションへの参加／歩行時の見守り・付き添い	通所介護	特別養護老人ホーム 南風苑	◎	
		室内での歩行状態の確認／移動時の見守り・付き添い介助・転倒に注意する／ベッド周辺や移動動線の整理	訪問介護	訪問介護 みずき	△	訪問介護のみでは不十分なため、家族の関わりを増やせないか相談が必要。
		移動時の見守り・付き添い介助／必要に応じて車椅子での移動介助	家族		△	
		歩行時は、躓かないよう足の上がりに注意する。方向転換などは特に気をつける。	本人		○	
手伝いを受けながら、自宅の環境が整う	R02/4/1 ～ R02/6/30	移動動線の整理整頓／居間やトイレを確認し、汚染時は清掃する	訪問介護	訪問介護 みずき	◎	
		室内・トイレ・台所・玄関などの掃除／食後の片付けなど	家族		○	
		ベッド周りなどの片付け。出来る部分の片付けを実施する／茶碗の片付けをする	本人		△	時に億劫になられる様であるが、あまり執拗に言うとお機嫌を害する。
体に無理なく、起き上がりや立位などの動作が出来る	R02/4/1 ～ R02/6/30	特殊寝台、寝台付属の貸与(介助バーの使用)／定期点検、不具合時の調整	福祉用具貸与	福祉用具 みずき	◎	

評価表

利用者名 * 国 良 * 殿

作成日 令和2年4月30日

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス 種別	※1		
寝返りができ、踵の痛み や褥瘡を防ぐ	R02/4/1 ～ R02/6/30	動作時の見守り・一部介助(必要時)／体調を見ながら、介助を行う	家族		△	
		福祉用具貸与(床ずれ防止用マットなどの検討)／定期点検・不具合時の修理など／本人の状況に合った用具の選定	福祉用具貸与	福祉用具 みずき	◎	
		皮膚状態の確認(入浴時など)・家族へ状況の報告／痛みなどの確認・把握／ベッドメーキング	訪問介護	訪問介護 みずき	◎	
		同上	通所介護	特別養護老人ホーム 南風苑	◎	
		本人が出来ない時などの体位交換／専門医などの受診(必要時)	家族		○	
体調管理を行い、安心して生活を送ることが出来る	R02/4/1 ～ R02/6/30	体調が優れない時や不安なことなど、家族等に伝える／定期受診／服薬管理			△	家族に遠慮される傾向がある。
		定期受診・必要時の受診同行付き添い／服薬状況の把握・残薬等の確認／健康状態の観察／急変時・緊急時の対応／痛みなどの確認／食事準備／食事・水分量の確認	家族		○	

評価表

利用者名 * 国 良 * 殿

作成日 令和2年4月30日

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス 種別	※1		
		体調確認・バイタルチェック ／痛みなどの確認／バランス の取れた食事提供／食事・水 分量の確認／内服の確認(必要 時)・把握／体重測定／急変時 ・緊急時の連絡対応／異常の 早期発見／家族への状況報告	通所介護	特別養護老人ホー ム 南風苑	○	
		健康チェック／急変時・緊急 時の連絡対応／痛みなどの確 認／家族への状況報告	訪問介護	訪問介護 みずき	○	
家族やいろいろな人との 会話の機会が出来、楽し みが増える	R02/4/1 ～ R02/6/30	話のしやすい環境作り／活動 や訓練などを通して、他利用 者との交流の場を提供する／ レクリエーション・野外活動 への参加を促す／相談援助／ 傾聴	通所介護	特別養護老人ホー ム 南風苑	◎	
		相談援助・傾聴	訪問介護	訪問介護 みずき	◎	
		本人・家族より日常の様子を 確認する／相談援助／必要に 応じてサービスなどの調整・ 検討の実施	居宅介護支援	ケアセンター「み ずき」	◎	
		通所リハビリの利用／できる 活動などへの参加／色々な人 との会話を楽しむ／不安や心 配事を相談する	本人		○	
		相談援助・傾聴	家族		○	

評価表

利用者名 * 国 良 * 殿

作成日 令和2年4月30日

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス 種別	※1		
浴室内での移動が安全に行え、日頃行き届かない部分の洗身ができる	R02/4/1 ~ R02/6/30	出来る範囲で洗身や洗髪など自分で行う／清拭の実施(入浴日以外や発汗時)／衣類の準備	本人		○	
		入浴準備、誘導・移動時の見守り・付き添い介助／必要時、衣類の着脱介助／皮膚状態の確認／必要時の処置(軟膏塗布など)／足指のガーゼ保護(外反母趾によるただれ防止)／洗身介助(日頃行き届かない部分など)	訪問介護	訪問介護 みずき	○	
		入浴が出来ない場合は、清拭・足浴などの実施／水分補給／入浴後の片付け／爪切りなど	通所介護	特別養護老人ホーム 南風苑	○	
		同上	通所介護	特別養護老人ホーム 南風苑	○	
		入浴状況の確認／必要に応じてサービスなどの調整・検討	居宅介護支援	ケアセンター「みずき」	○	

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。※2 短期目標の達成度合いを5段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達成された、○:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが期限延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

令和02年04月

給付管理票明細一覧

印刷日：令和02年05月25日

利用者番号：	*保 日*			
担当： *玉 あや*	要支援 2	サービス単位：	1,172	基準内単位： 1,172
訪問介護 み●●		訪問（独自）	1,172	1,172
利用者番号：	*戸 道*			
担当： *玉 あや*	要支援 1	サービス単位：	2,542	基準内単位： 2,542
訪問介護事業所 ●●		訪問（独自）	2,542	2,542
利用者番号： 1234	*石 京*			
担当： *玉 あや*	要介護 4	サービス単位：	7,485	基準内単位： 7,485
●●●病院		訪問リハビリ	3,150	3,150
福祉用具 み●●		福祉用具貸与	1	1
介護老人保健施設 ●苑		通所リハビリ	4,334	4,334
利用者番号： 107	*治 一*			
担当： *玉 あや*	要介護 3	サービス単位：	9,925	基準内単位： 9,925
南●●デイサービスセンター		通所介護	7,040	7,040
訪問介護 み●●		訪問介護	2,885	2,885
利用者番号： 1001	*勢崎 京*			
担当： *玉 あや*	要支援 2	サービス単位：	1,172	基準内単位： 1,172
訪問介護 み●●		訪問（独自）	1,172	1,172
利用者番号：	*城 良*			
担当： *玉 あや*	要支援 2	サービス単位：	2,342	基準内単位： 2,342
訪問介護 み●●		訪問（独自）	2,342	2,342
利用者番号：	*川 花*			
担当： *玉 あや*	要介護 1	サービス単位：	5,380	基準内単位： 5,380
福祉用具 み●●		福祉用具貸与	100	100
訪問介護 み●●		訪問介護	2,370	2,370
介護老人保健施設 ●苑		通所リハビリ	2,910	2,910
利用者番号：	*子 三*			
担当： *玉 あや*	要介護 5	サービス単位：	14,481	基準内単位： 14,481
訪問介護 み●●		訪問介護	8,580	8,580
介護老人保健施設 ●苑		通所リハビリ	5,901	5,901
利用者番号：	*下 大*			
担当： *玉 あや*	要介護 3	サービス単位：	7,496	基準内単位： 7,496
南●●デイサービスセンター		通所介護	7,496	7,496
利用者番号： 1000	*国 良*			
担当： *玉 あや*	要介護 2	サービス単位：	13,330	基準内単位： 13,330
南●●デイサービスセンター		通所介護	6,200	6,200
福祉用具 み●●		福祉用具貸与	1,600	1,600
訪問介護 み●●		訪問介護	5,530	5,530
利用者番号：	*戸 京*			
担当： *玉 あや*	要介護 3	サービス単位：	16,248	基準内単位： 16,248
訪問介護 み●●		訪問介護	2,520	2,520
介護老人保健施設 ●苑		通所リハビリ	13,728	13,728

令和02年04月

給付管理票明細一覧

印刷日：令和02年05月25日

利用者番号：	*保 日*			
担当： *玉 あや*	要支援2	サービス単位：	1,172	基準内単位： 1,172
訪問介護 み●●		訪問（独自）	1,172	1,172
利用者番号：	*戸 道*			
担当： *玉 あや*	要支援1	サービス単位：	2,542	基準内単位： 2,542
訪問介護事業所 ●●		訪問（独自）	2,542	2,542
利用者番号： 1234	*石 京*			
担当： *玉 あや*	要介護4	サービス単位：	7,485	基準内単位： 7,485
●●●病院		訪問リハビリ	3,150	3,150
介護老人保健施設 ●苑		通所リハビリ	4,334	4,334
福祉用具 み●●		福祉用具貸与	1	1
利用者番号： 107	*治 一*			
担当： *玉 あや*	要介護3	サービス単位：	9,925	基準内単位： 9,925
訪問介護 み●●		訪問介護	2,885	2,885
南●●デイサービスセンター		通所介護	7,040	7,040
利用者番号： 1001	*勢崎 京*			
担当： *玉 あや*	要支援2	サービス単位：	1,172	基準内単位： 1,172
訪問介護 み●●		訪問（独自）	1,172	1,172
利用者番号：	*城 良*			
担当： *玉 あや*	要支援2	サービス単位：	2,342	基準内単位： 2,342
訪問介護 み●●		訪問（独自）	2,342	2,342
利用者番号：	*川 花*			
担当： *玉 あや*	要介護1	サービス単位：	5,380	基準内単位： 5,380
訪問介護 み●●		訪問介護	2,370	2,370
介護老人保健施設 ●苑		通所リハビリ	2,910	2,910
福祉用具 み●●		福祉用具貸与	100	100
利用者番号：	*子 三*			
担当： *玉 あや*	要介護5	サービス単位：	14,481	基準内単位： 14,481
訪問介護 み●●		訪問介護	8,580	8,580
介護老人保健施設 ●苑		通所リハビリ	5,901	5,901
利用者番号：	*下 大*			
担当： *玉 あや*	要介護3	サービス単位：	7,496	基準内単位： 7,496
南●●デイサービスセンター		通所介護	7,496	7,496
利用者番号： 1000	*国 良*			
担当： *玉 あや*	要介護2	サービス単位：	13,330	基準内単位： 13,330
訪問介護 み●●		訪問介護	5,530	5,530
南●●デイサービスセンター		通所介護	6,200	6,200
福祉用具 み●●		福祉用具貸与	1,600	1,600
利用者番号：	*戸 京*			
担当： *玉 あや*	要介護3	サービス単位：	16,248	基準内単位： 16,248
訪問介護 み●●		訪問介護	2,520	2,520
介護老人保健施設 ●苑		通所リハビリ	13,728	13,728

利用票作成情報一覧

提供年月： 令和2年4月 分

事業所： ケアセンター「み●●」

印刷日： 令和2年4月30日

			保険情報							利用票提供票					
No.	利用者番号	利用者氏名	介護度	被保険者番号	保険者番号	認定期間	届出年月日	認定申請状態	負担割合証	利用者確認	作成費減算	初回加算	計画単位	残単位	担当者名
1		* 保 日 *	要支援 2	2899990111	282012	R01/05/01～R02/04/30	H30/04/01	認定済		承認			1,172	9,301	* 玉 あや *
2		* 戸 長 *	要支援 1	H899999991	462135	R02/02/01～R03/01/31	H30/02/01	認定済		承認			2,542	2,490	* 玉 あや *
3	1045	* 牟田 良 *	要介護 3	4600000828	462010	R01/11/01～R02/10/31	H24/11/01	認定済		承認			33,544	-6,496	* 玉 あや *
4	1234	* 石 京 *	要介護 4	0024939400	011023	R01/09/01～R02/08/31	H25/02/01	認定済	2割	承認			7,485	23,321	* 玉 あや *
5		* 田 川 *	要介護 2	2899999992	141309	R01/10/01～R02/09/30	H29/09/07	認定済		承認			7,371	12,334	* 玉 あや *
6	107	* 治 一 *	要介護 3	4600000001	462010	R01/11/01～R02/10/31	H25/01/01	認定済		承認			9,925	17,123	* 知 小 *
7	1001	* 勢崎 京 *	要支援 2	9900000022	462010	R02/02/01～R03/01/31	H31/02/01	認定済		承認			1,172	9,359	* 玉 あや *
8		* 城 良 *	要支援 2	9900000001	462010	R02/01/01～R02/12/31	H30/01/01	認定済		承認			2,342	8,189	* 玉 あや *
9		* 川 花 *	要介護 1	0155594218	462036	R01/08/01～R02/07/31	H29/08/01	認定済		承認			5,380	11,312	* 玉 あや *
10		* 子 三 *	要介護 5	4633333328	462010	R01/05/01～R02/04/30	H25/01/01	認定済		承認			14,481	21,584	* 玉 あや *
11		* 谷 良 *	要介護 2	9900000030	462036	R01/09/01～R02/08/31	H25/02/01	認定済		承認			8,538	11,078	* 知 小 *
12		* 下 大 *	要介護 3	4699996666	462010	R01/10/01～R02/09/30	H25/04/01	認定済		承認			7,496	19,552	* 玉 あや *
13	1021	* 原 三 *	要支援 1	0155352551	465054	R01/11/01～R02/10/31	H31/04/01	認定済		承認			3,418	1,614	* 玉 あや *
14	1000	* 国 良 *	要介護 2	0012000000	011007	R02/01/01～R02/12/31	H25/01/01	認定済		承認			13,330	6,375	* 玉 あや *
15		* 崎 スナ *	要介護 3	0000121121	462010	R02/01/01～R02/12/31	H25/01/01	認定済		承認			8,162	18,886	* 分 *
16		* 戸 京 *	要介護 3	0100101277	462036	R02/01/01～R02/12/31	H22/06/10	認定済		承認			16,248	10,800	* 玉 あや *

ケアプラン作成状況

担当者：* 玉 あや *

印刷日：令和2年4月30日

No	利用者番号	利用者名	介護状態	認定期限	アセスメント	適用開始日	1表	2表	3表	プラン 同意日	4表	モニタリング	モニタリング	モニタリング
1		* 保 日 *	要支援 2	R02. 04. 30										
2		* 戸 道 *	要支援 1	R03. 01. 31		H30. 08. 31		○			H30. 03. 23			
3	1234	* 石 京 *	要介護 4	R02. 08. 31	R02. 01. 29 Ra	R02. 03. 31					H29. 09. 26	R01. 08. 31	R01. 05. 30	H31. 03. 12
4	1001	* 勢崎 京 *	要支援 2	R03. 01. 31		R01. 10. 01		○	○	R01. 09. 28	H26. 08. 05			
5		* 城 良 *	要支援 2	R02. 12. 31		H29. 02. 01		○	○			H29. 04. 01		
6		* 川 花 *	要介護 1	R02. 07. 31		H30. 04. 01	○	○	○					
7		* 子 三 *	要介護 5	R02. 04. 30		H26. 04. 01					H25. 05. 18			
8		* 子 りさ *	要支援 2	R02. 04. 30										
9		* 下 大 *	要介護 3	R02. 09. 30		H31. 03. 01	○	○	○					
10	1000	* 国 良 *	要介護 2	R02. 12. 31	R02. 04. 27 Ca	R02. 04. 27	○	○	○		R02. 04. 30	R02. 04. 30	R02. 04. 24	H26. 08. 26
11		* 戸 京 *	要介護 3	R02. 12. 31		H26. 04. 01	○	○	○					

業務帳票

■ 掲示板

タイトル	利用者 ●●さんの担当者を、開催します。		
区分	重要	作成者	* 玉 あや *
表示期限	令和3年6月2日	開催日	令和2年4月15日
内容			
利用者 ●●さんの担当者を、開催します。			
日時：R 2 / 4 / 1 5 10：00～11：00			
場所：相談員室			
議題：X X X X			
時間になりましたら、お集まり下さい。			
添付			
1	01-07 主治医意見書_000001. pdf		
宛先			
1	* 京 一 *		
2	* 知 小 *		
3	* 玉 あや *		
4	* 井 十 *		

アクシデントレポート（事故報告書）

報告日 令和 2年4月30日（木）

1 サービス事業者の概要

法人名	社会福祉法人 ●●会	報告者名	●玉 あや★（職種 介護福祉士）
事業所名	介護老人保健施設 ●苑	管理者名	●川 ●造
事業所住所	鹿児島市●●町●●●番地		
電話番号	099-●●●●-●●●●●	FAX番号	

2 利用者の状況

氏名	●牟田 良★	保険者名	●●市	被保険者番号	4600000●●●●
生年月日	昭和14年8月28日（80歳）	性別	男・女	要介護度	要支援2
住所	鹿児島県鹿児島市●●町●●●-●番地				
利用者の生活状況	週1回 通所リハビリ利用				
認知症の状況	I	影響レベル	レベル1		

3 事故の概要

発生日時	令和 2年4月30日（木） 13時13分		
発生場所	リハビリ場所（機能訓練室）		
事故の内容	利用者間トラブル、打撲・捻挫・脱臼、その他、転倒による捻挫		
発生時の状況	利用者間トラブル		
事故発生時の対応・経過			
年月日	時刻	状況と対応	反応
R2/4/30	13:13	利用者間トラブル	捻挫
R2/4/30	13:30	事業所へ報告	結果報告
R2/4/30	14:00	行政への連絡	結果報告
発生要因・原因 と思われるもの	利用者間トラブル、仲の良くない状況を把握していなかった。		

4 事故発生後の対応

利用者の 現在の状況	主治医にて診察		
家族への報告 ・説明内容	経緯と治療結果について報告		
損害賠償等の 対応状況	なし		
再発防止に 向けた対応策等	利用日に再調整		
行政への連絡	4/30 14：00 報告	ケース検討日	令和 2年4月30日（木）
結果	現在、特に問題なし		

アクシデントレポート（事故報告書）

報告日 令和 2年4月30日（木）

[illegible]

年月日	時刻	状況と対応	反応
発生要因・原因と思われるもの 見守り不十分			
利用者の現在の状況 診察後は、安静にしている。			
家族への報告・説明内容 経緯と治療結果について報告			
損害賠償等の対応状況 なし			
再発防止に向けた対応策等 対策検討会実施			
行政への連絡	4/30 17:00	報告	ケース検討日 令和 2年4月30日（木）
結果			
			職責

インシデントレポート

報告日 令和2年6月1日（月）

1 サービス事業者の概要

法人名	社会福祉法人 X X 会	報告者名	* 玉 あや *	(職種 介護支援専門員)
事業所名	ケアセンター「み●●」	管理者名	* 阜 峰 *	
事業所住所	鹿児島県 X X 市 X X 町 X X X 番地			
電話番号	099-269-●●●●	FAX番号		

2 利用者の状況

氏名	* 牟田 良 *	保険者名	●●●市	被保険者番号	4600000XXX
生年月日	昭和14年8月28日（80歳）	性別	男・女	要介護度	要介護3
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 5 5 5 6				
利用者の生活状況	介護サービス 訪問介護利用中				
認知症の状況		影響レベル	レベル0		

3 事故の概要

発生日時	令和2年6月1日（月）10時03分		
発生場所	居室内		
事故の内容	与薬、職員の法令違反、不祥事、その他、実施前に患者確認を行わなかった。すぐに主治医に報告し、2時間後に血糖測定を行うことと、低血糖症状が出現したらすぐに報告するよう指示を受ける。		
発生時の状況	患者Aに施行する予定だった食前のインシュリン注射2単位を間違って患者Bに施行してしまった。		
事故発生時の対応・経過			
年月日	時刻	状況と対応	反応
R2/6/1	10:03	患者Aに施行する予定だった食前のインシュリン注射2単位を間違って患者Bに施行してしまった。	低血糖症状の出現はなかった。
R2/6/1	10:05	すぐに主治医に報告し、2時間後に血糖測定を行うことと、低血糖症状が出現したらすぐに報告するよう指示を受ける	
発生要因・原因と思われるもの		職員、実施前に患者確認を行わなかった。	

4 事故発生後の対応

利用者の現在の状況	その後の生活に支障を来してはいない。		
家族への報告・説明内容	経過報告		
損害賠償等の対応状況	なし		
再発防止に向けた対応策等	患者確認を、2名で確認する体制に変更		
行政への連絡	6/1 11：00報告	ケース検討日	令和2年6月2日（火）
結果	患者Aに施行する予定だった食前のインシュリン注射2単位を間違っって患者Bに施行してしまった。実施前に患者確認を行わなかった。すぐに主治医に報告し、2時間後に血糖測定を行うことと、低血糖症状が出現したらすぐに報告するよう指示を受ける。その後、低血糖症状の出現はなかった。		

インシデントレポート

報告日 令和2年6月1日（月）

[illegible]

年月日	時刻	状況と対応	反応
発生要因・原因と思われるもの 職員、実施前に患者確認を行わなかった。			
利用者の現在の状況 その後の生活に支障を来してはいない。			
家族への報告・説明内容 経過報告			
損害賠償等の対応状況 なし			
再発防止に向けた対応策等 患者確認を、2名で確認する体制に変更			
行政への連絡	6/1 11:00報告	ケース検討日	令和2年6月2日（火）
結果			
			職責

■事業所ラベル

891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地		891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地	
介護老人保健施設 ●苑	御中	定期・随時巡回 ゆ●●	御中
890-0001 鹿児島県鹿児島市千年×××番地		891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地	
南●●デイサービスセンター	御中	福祉用具 み●●	御中
891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地		891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地	
訪問介護事業所 ●●	御中	訪問介護 み●●	御中
892-0806 鹿児島県鹿児島市池之上町×××番地		891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地	
訪問看護 み●●	御中	●●●病院	御中

会議名	本人の訴え		司会者	* 玉 あや *
			記録者	* 知 小 *
作成日	令和03年04月01日			
開催日時	令和03年04月01日 10:00 ~ 12:00			
カンファレンス出席者	* 玉 あや * (介護支援専門員)、* 知 小 * (介護支援専門員)、本人、* 隅 花 * (介護職員)、* 木 あざ * (看護師)、家族、* 都 八 * (民生委員)			
利用者基本情報	氏名	* 国 良 * 様		
	介護度	要介護2		

【各職種からのコメント】

1	民生委員 最近元気がなく庭の手入れも昔みたいにできなくなって心配、奥さんの体調も心配。
2	家族 昔から庭の手入れが誇りの人、本人の気持ちが一番。まだ庭の手入れをしたい気持ちを生かしたい。
3	介護支援専門員 本人は通いで事業所に来た時にも庭木の手入れがしたいと言われる。事業所には庭木が少ないので自分で植えたいとのこと。 人の役に立つように自分の力を発揮したいとの訴え。

【特記事項】

「植木市に出かけたい」がニーズ

【利用継続】 ☒ 可 ☐ 否 検討

このことについて、妻や友人の協力も得られることから直ぐにプランをつくり実行することになる。合わせて、最近妻の体調が悪い事が問題になる。今すぐにではないが、そろそろ緊急時の対応も準備が必要。
--

その他

- 利用者台帳 カスタマイズ運用例

診療録

ID		1000		介護保険者番号		011007	
受 診 者	フリガナ	*ㇿに ㇿ*			被保険者証番号	0012000000	
	氏 名	*国 良*			有効期限	令和02年12月31日	
	生年月日	昭和14年07月29日	生	男・㊟	要介護区分	要介護 2	
	住 所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1					
	連絡先	099-XXX-XXXX		居宅介護支援事業所			

傷 病 名	開 始	終 了	転 帰 期間終了予定日
脳梗塞	令和 1 年 5 月		治ゆ・死亡・中止 年 月 日
高血圧	令和 1 年10月		治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日

備考	医療保険に係る保険者番号等情報
----	-----------------

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
受診 R 2.1.10 X X X 病院 既往 脳梗塞、高血圧 原因 アテローム血栓性脳梗塞 主訴 麻痺や感覚障害 経過 頭部CT、および脳MRIの検査で、まず脳卒中の症状は起きていない。生活習慣の改善に努める。 1/10 X X X 入院 1/11 持参薬中止、抗血小板薬投与 1/16 頸動脈内皮剥離術（CEA）実施 経過観察中	ラクナ梗塞やアテローム血栓症に対して抗血小板薬による薬物治療で十分に改善していないので外科治療により頸動脈内皮剥離術（CEA）という手術によってプラークを除去する。

《基本情報》

フリガナ	*ワケニ ヨシ*	男・女	昭和14年07月29日	生 (81) 歳
本人氏名	*国 良*			
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1	TEL	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	

《緊急時情報》

緊急時の連絡先	氏 名	続柄	電話番号	携帯番号	郵便番号	住所
	国 芳	長男	099-26X-XXXX	090-1XXX-2XXX	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
	国 ニ	次男	099-XXXX-XXXX	090-XXXX-XXXX	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

《保険情報》

介護保険	認定開始日	認定終了日	被保険者番号	保険者番号	要介護度等	交付年月日	認定年月日
	R02/01/01	R02/12/31	0012000000	011007	要介護 2		
医療保険	保険開始日	保険終了日	法制番号	保険者番号	記号	番号/受給者番号	本人/家族
	R02/02/01	R03/01/31	国保	9999	国保記号	1 2 3 4	本人

《自立度・現状・住環境・経済状況》

経済状況	厚生年金			
障害高齢者の日常生活自立度	A1	認知症高齢者の日常生活自立度	I	
障害等認定	種類	等級・種別等	手帳番号	障害名等

《生活状況》

今までの生活	現在のお住まいに30年程生活されており、家業の農家を手伝いながらお子様を育てられた。専業主婦兼農家での生活をされいままで、亡くなられたご主人と結婚されるまでは、近くの会社で事務をされており実家も農家であった。県外での生活などの経験はなくずっと地元での生活であった。特に旅行されることもなかった様である。	
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方	趣味・楽しみ・特技
	朝6時に起床。 菜園場で1時間ほど手入れ。 8時頃朝食。殆ど昨日の夕食の残り。 ディサービスがない日はお昼までTVを見る。 お昼は軽く食事。宅配サービスも利用。 昼食後は2時間程度お昼寝。 お嫁さんが来てくれた日はお話もするが 殆どTVを見て過ごすか、庭の手入れをして過ごす。 夕方には菜園を見にいかれる。	菜園 TV鑑賞 料理は好き 友人・地域との関係 あまり交流がない。 老人会への参加も少ない。

《現病歴・既往歴情報》

現病歴・既往歴・主治医	年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	
	2015年頃	脳梗塞	●●病院 ●本 一●	TEL 099-XXX-XXXX
	2000年頃	高血圧	南●●クリニック ●村 陽●	TEL 099-XXX-XXXX
				TEL
				TEL
				TEL
				TEL
				TEL

《処方薬》

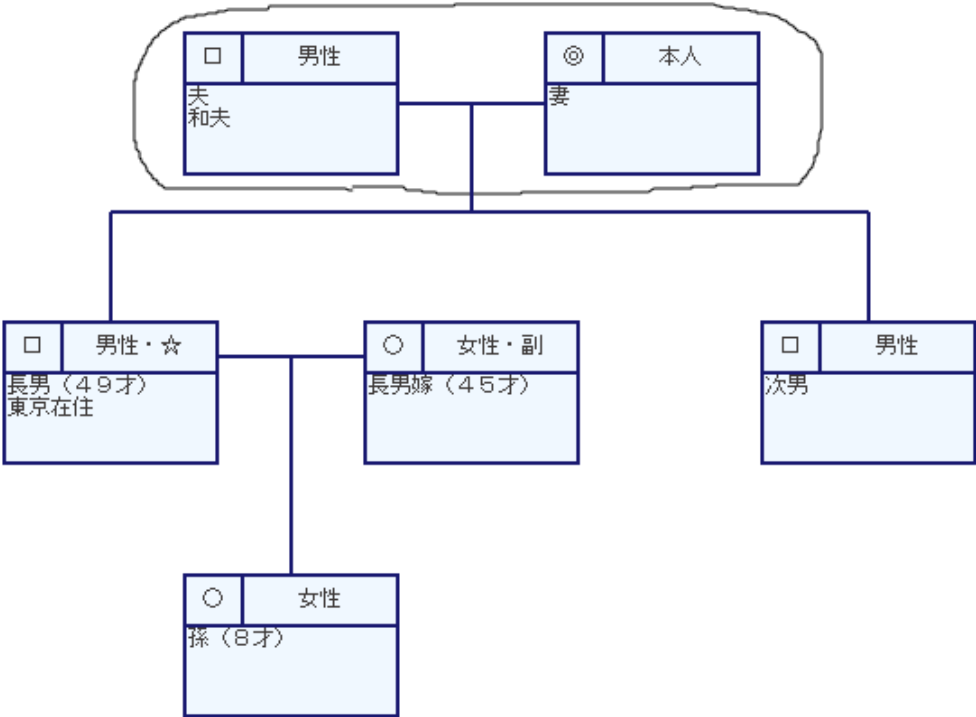
処方薬	薬剤名称	処方区分	剤形	用量	単位	朝	昼	夕	寝	随	用法
	アムロジン錠5mg	内服薬	錠剤	2	錠				○		就寝前

《ADL・IADL》

ADL	項目名	評 価	備 考
	歩行	遅いが自立	
	服薬管理	自立	
	財産取り扱い	自立	
	食事	自立	神経痛による手のしびれが緩和され概ね自立された
	排泄	見守り必要	
IADL	項目名	評 価	備 考
	調理	一部介助	
	掃除・洗濯	一部介助	
	買物	一部介助	
	金銭管理	一部介助	
	服薬管理	一部介助	
	電話利用	自立	
	交通手段利用	一部介助	

フリガナ 本人氏名	*カニ ヨシ* *国 良*	男・女	昭和14年07月29日生(81)歳
--------------	------------------	-----	---------------------

◎回＝本人、○＝女性、□＝男性
●■＝死亡、☆＝キーパーソン
主介護者に「主」
副介護者に「副」
(同居家族は○で囲む)



《家族情報》

家族構成	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
	カニ カズ		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
	カニ ヨシ		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	カニ シ		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
家族関係等の状況		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。							

《基本情報》

フリガナ 本人氏名	*ワケニ ヨシ*	男・ ☒ 女	昭和14年07月29日 生 (81) 歳	
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1		Tel	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法		
住所地	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1		Tel	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法		

《緊急時情報》

緊急時の 連絡先	氏 名	続柄	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所	コメント
	国 芳	長男	099-26X-XXXX 090-1XXX-2XXX		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	
	国 ニ	次男	099-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	

《保険情報》

介護保険	認定開始日	認定終了日	適用開始日	適用終了日	被保険者番号	保険者番号	要介護度等	交付年月日	認定年月日
	R02/01/01	R02/12/31	R02/01/01	R02/12/31	0012000000	011007	要介護 2		
	H31/01/01	R01/12/31	H31/01/01	R01/12/31	0012000000	011007	要介護 2		
	H29/01/01	H29/12/31	H29/01/01	H29/12/31	0012000000	011007	要介護 2		

《自立度・現状・住環境・経済状況》

本人の状況	在宅			生活圏域			
世帯の状況		見守り状況		行政区			
住居環境	一戸建て	自宅	自室 有	階	建物名称		
住居環境 その他							
経済状況	厚生年金						
障害高齢者の日常生活自立度		A1		認知症高齢者の日常生活自立度			
				I			
障害等認定	種類	等級・種別等		手帳番号		障害名等	
	その他						

《利用サービス情報》

利用サービス	施設・事業者名	サービス名	利用開始日	利用終了日	その他
	花丸配食サービス	配食サービス	R02/01/01	R02/12/31	週 3 回
	移動支援	民間タクシー	R02/04/01	R02/12/31	家族支援が困難な場合に限る

《家族情報》

家族構成	フリガナ氏名	生年月日	性別	続柄	緊急連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
	クニ カズ		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
	国 和								
	**クニ ヨシ*		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	国 芳								
	クニ ジュ		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
	国 二								
家族関係等の状況		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。							

《生活状況》

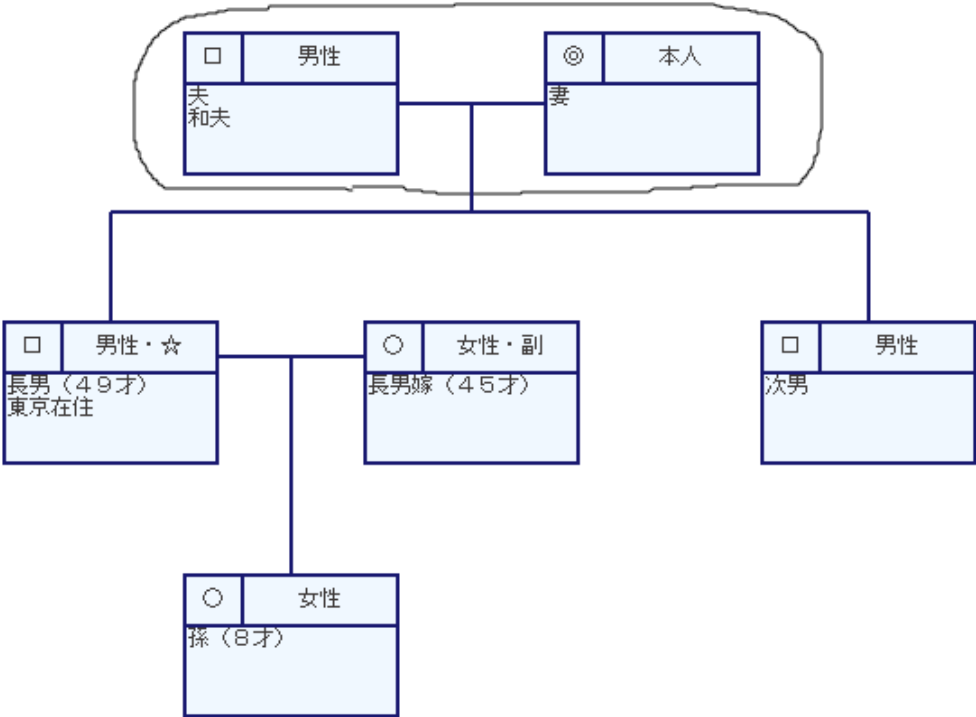
今までの生活	現在のお住まいに30年程生活されており、家業の農家を手伝いながらお子様を育てられた。専業主婦兼農家での生活をされいままで、亡くなられたご主人と結婚されるまでは、近くの会社で事務をされており実家も農家であった。県外での生活などの経験はなくずっと地元での生活であった。特に旅行されることもなかった様である。		
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	朝6時に起床。 菜園場で1時間ほど手入れ。 8時頃朝食。殆ど昨日の夕食の残り。 ディサービスがない日はお昼までTVを見る。 お昼は軽く食事。宅配サービスも利用。 昼食後は2時間程度お昼寝。 お嫁さんが来てくれた日はお話もするが 殆どTVを見て過ごすか、庭の手入れをして過ごす。 夕方には菜園を見にいかれる。		菜園 TV鑑賞 料理は好き
	時間	本人	介護者・家族
	14時～16時	会話	長男嫁
			友人・地域との関係
		あまり交流がない。 老人会への参加も少ない。	

《現病歴・既往歴情報》

現病歴・既往歴・主治医	年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
	2015年頃	脳梗塞	●●●病院 ●本 一●	T e l 099-XXX-XXXX	治療中 経観中 その他	
	2000年頃	高血圧	南●●●クリニック ●村 陽●	T e l 099-XXX-XXXX	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	

フリガナ 本人氏名	*カニ ヨシ* *国 良*	男・ 女	昭和14年07月29日生(81)歳
--------------	------------------	-------------	---------------------

◎回＝本人、○＝女性、□＝男性
●■＝死亡、☆＝キーパーソン
主介護者に「主」
副介護者に「副」
(同居家族は○で囲む)



《家族情報》

家族構成	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
	カニ 和		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
	**カニ ヨシ*		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	カニ ジ		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
家族関係等の状況		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。							

フリガナ	*ワケニ ヨシ*			性別	男・ ☒ 女	
氏 名	*国 良*					
生年月日	昭和14年07月29日		(81) 歳			
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1					
	TEL	099-XXX-XXXX	携帯	090-XXXX-XXXX		

介護保険	有効期間	被保険者番号	要介護度等	認定年月日
	R02/01/01 ~ R02/12/31	0012000000	要介護 2	

緊急時の連絡先	連絡先 1	氏 名	*国 芳*	続 柄	長男	
		住 所	〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地			
		電 話	099-26X-XXXX	携 帯	090-1XXX-2XXX	
		コメント				
	連絡先 2	氏 名	*国 ニ*	続 柄	次男	
		住 所	〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地			
		電 話	099-XXXX-XXXX	携 帯	090-XXXX-XXXX	
		コメント				

家族構成	フリガナ 氏 名	性別	続柄	電話番号	同居	職業
	ワケニ カズ	男	夫	099-XXX-XXXX	同居	農業
	国 和					
	**ワケニ ヨシ*					
	国 芳					
	ワケニ ジベ	男	次男	099-XXX-XXXX	別居	公務員
	国 ニ					
家族関係等の状況		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。 次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。				

介護トータルシステム『寿』
居宅ケアマネジメント 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月