

介護トータルシステム『寿』

訪問介護サービス



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。

一 目 次

■利用者関係帳票■

利用者台帳
利用者一覧表
保険切れ一覧
利用開始・終了者一覧
住所ラベル
主治医意見書
災害時要援護者基本情報

■実績関係帳票■

サービス提供実績票／作成状況一覧
未収金一覧表
事業所別未収金一覧表
処遇改善一覧表
その他費用一覧表
サービス費請求一覧表
家族連絡票（詳細／写真有り／撮取記号有り／実施内容有り）
サービス記録
利用料請求一覧表／利用者別請求合計一覧表
訪問実績一覧表（利用者別／スタッフ別）
サービス内容実績一覧表（利用者別／スタッフ別）
介護記録一覧表（利用者別／スタッフ別）
訪問介護記録簿
ホームヘルパー派遣実績報告書
入金日計表／利用者別入金一覧表
介護実施記録
スタッフ別稼働実績集計表
ケア内容統計
ケア実施状況表
その他費用明細一覧表
温度板（直近8回分／2週間／1ヶ月）
月別医療費控除一覧
Barthel Index

■統計資料■

年齢別利用者数
利用終了者状況別流れ図表
月間利用集計表

一 目 次

■レセプト統計関係■

介護給付費請求書(様式第一)
介護給付費請求書_保険者別(様式第一)
介護給付費明細書(様式第二)
サービス提供証明書(様式第二)
レセプト一覧
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
介護給付費請求額一覧
保険者別請求額一覧
サービス集計一覧

■アセスメント■

簡易アセスメント

■サービス計画書■

日課計画表
居宅支援経過記録
サービス担当者会議の要点
サービス計画書・評価表
予防サービス計画書・評価表
訪問個別援助計画書
サービス予定カレンダー（利用者別／スタッフ別）
訪問者別／利用者別予定一覧
月間訪問予定表
課題整理総括表／ADLチャート
ケアプラン作成状況

■業務帳票■

掲示板
利用料請求書（様式A～F）
納付書（納入通知書／納入書／収入済通知書）
業務日誌
相談記録（利用希望を含む）
苦情記録
ヒヤリ・ハット記録
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

一 目 次

処方箋
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》

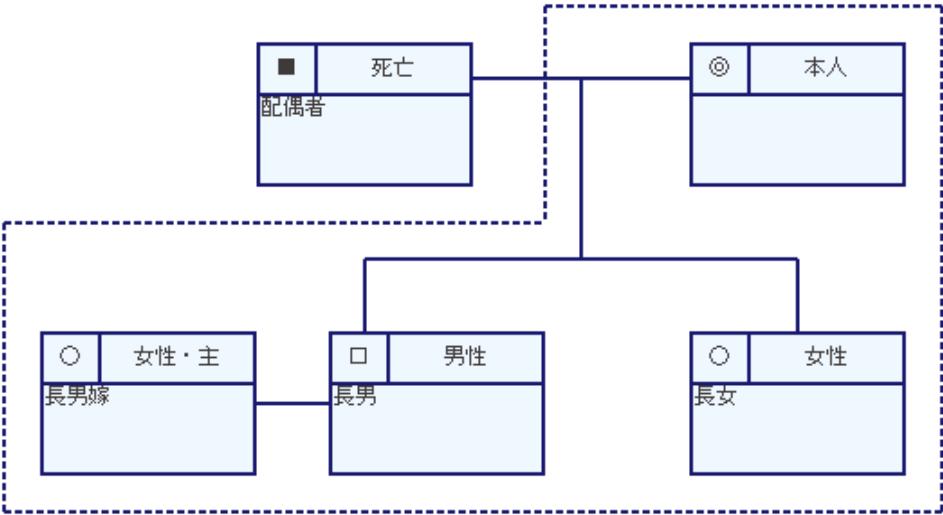
主治医	医師名	所属機関	備 考
	村 陽	南●●クリニック	
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地	
		電話番号： 099-XXX-XXX FAX： 099-XXX-XXXX	
	田 明	●田病院	
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地	
		電話番号： 099-XXX-XXX FAX： 099-XXX-XXXX	

	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。							

利用者一覧表

印刷日 令和02年05月19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	*田 二*	*ﾀﾞ ｼﾞ*	男	S14/4/8	要介護 4	H29/4/1	R30/3/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 1	099-265-xxxx	H25/2/1～	ケアセンター「み●●」
2	*牟田 良*	*ﾑﾀﾞ ｴｼ*	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 5 5 X X	099-265-xxxx	H30/12/1～	ケアセンター「み●●」
3	*城 良*	*ｷﾞ ｴｼ*	女	S14/6/23	要支援 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 5 X	099-265-xxxx	H25/2/1～	東●●●地域包括支援センター
4	*谷 良*	*ﾔ ｴｼ*	女	S14/3/19	要介護 2	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 X X X X	099-265-xxxx	H25/2/1～	ケアセンター「み●●」
5	*石 京*	*ｲｼ 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 2 4	099-265-xxxx	H25/2/1～	ケアセンター「み●●」
6	*治 一*	*ｼﾞ ｶｽﾞ*	男	S12/1/19	要介護 3	R1/11/1	R2/10/31	*玉 あや*	891-0141	鹿児島市谷山 1 丁目 X X X X 番地	099-1X3-4XXX	H24/12/1～	ケアセンター「み●●」
7	*勢崎 京*	*ｾｻｷ ｷｮｳ*	女	S14/2/28	要支援 2	R2/2/1	R3/1/31	*知 小*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 0	099-265-xxxx	H25/3/1～	東●●●地域包括支援センター
8	*国 良*	*ｸﾆ ｴｼ*	女	S14/7/29	要介護 2	R2/1/1	R2/12/31	*知 小*	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●●」

保険切れ一覧（全サービス）

終了日 R2/3/1 ~ R2/5/31

印刷日 R2/5/19

[illegible]

【介護保険】

令和2年4月

利用開始・終了者一覧

印刷年月日： 令和2年5月19日

訪問介護 み●●

【前月末利用者数 17 名】

開始者一覧						終了者一覧					
No.	開始日	利用者氏名	介護度	開始状況	前回終了年月	No.	終了日	利用者氏名	介護度	終了状況	開始年月
1	04/01	* 国 良 *	要介護 2	家庭							

【当月末利用者数 18 名】

■住所ラベル

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開XXXX

* 勢崎 京 *
(* 勢崎 京 *

様
様分)

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開XXXX

* 国 良 *
(* 国 良 *

様
様分)

主治医意見書

●●病院 ●●先生 意見書

記入日

令和2年04月01日

申請者	(ふりがな) *かし きょう*	男 ● 女	〒 891-0115
	石 京		鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24
	昭和14年06月16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04月03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. パーキンソン病	発症年月日 (	平成22年	頃)
2. 高血圧	発症年月日 (	令和1年10月	頃)
3. 狭心症	発症年月日 (	令和1年11月	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] 平成6年発症後次第にADL低下し、現在は屋内からうじて伝い歩きレベルのADL。上肢に振戦あり、姿勢反射異常の為、前かがみ歩行で突進し、倒れやすい。嚥下の障害もありむせやすく、誤嚥性肺炎で8月25日から31日まで入院した。 シンメトレル60mg 3錠			

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: 振戦、すくみ足、突進 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: 上肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 関節の痛み (部位: 上肢 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 (_____)

(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 (_____) ・移動 ☐ 特になし ☒ あり (適時の介助 _____)

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

・嚥下 ☐ 特になし ☒ あり (むせあり、見守り必要 _____) ・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。)

家事能力は失われている。移動は見守りと適時の介助を要する。

主治医意見書

●●病院 ●●先生 意見書

記入日 令和2年04月01日

申請者	(ふりがな) * かし きょう *	男 ・ 女	〒 891-0115
	* 石 京 *		鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24
	昭和14年06月16日 生 (80 歳)		連絡先

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04月03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. パーキンソン病	発症年月日(	平成22年	頃)
2. 高血圧	発症年月日(	令和1年10月	頃)
3. 狭心症	発症年月日(	令和1年11月	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)〕 平成6年発症後次第にADL低下し、現在は屋内からうじて伝い歩きレベルのADL。上肢に振戦あり、姿勢反射異常の為、前かがみ歩行で突進し、倒れやすい。嚥下の障害もありむせやすく、誤嚥性肺炎で8月25日から31日まで入院した。 シンメトレル60mg 3錠	

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: 振戦、すくみ足、突進 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☒ 無 〕

(5)身体の状態	
利き腕(☒ 右 ☐ 左)	身長= 165 cm 体重= 58 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: 上肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☒ 関節の痛み (部位: 上肢 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 ()	

(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 ()	・移動 ☐ 特になし ☒ あり (適時の介助)
・摂食 ☒ 特になし ☐ あり ()	・運動 ☐ 特になし ☐ あり ()
・嚥下 ☐ 特になし ☒ あり (むせあり、見守り必要)	・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。)

家事能力は失われている。移動は見守りと適時の介助を要する。

災害時要援護者基本情報

作成日：令和2年4月3日

フリガナ		*カシ キョウ*		女	昭和14年6月16日生（80）歳	
要援護者氏名		*石京*				
住所		鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24			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	子供と同居
緊急連絡先	氏名・名称		続柄	電 話	住 所	
	石美		長男嫁	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地	
	石卓		長男	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地	
避難勧告	伝達方法	民生員			伝達者氏名	*田富*
	留意事項	難聴あり				
避難時	避難支援者	氏名・名称		続柄	電 話	住 所
		石美		長男嫁	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地
	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	徒歩
		第2避難所	息子宅		避難手段	
携行する医薬品等						
留意事項						
避難所	避難所での必要物品	おむつ				
	生活に必要な医療機器					
	留意事項					

実績関係帳票

サービス提供実績票

居宅介護支援事業所名： ケアセンター み●● 様

Tel: 099-XXX-XXXX Fax:

サービス提供事業所名： 訪問介護 み●●

利用者名： *国 良* 様 生年月日： 昭和14年7月29日

介護度：要介護2

計画単位： 20,000

実績単位： 5,969

[illegible]

概算単位が“()”で括られているものは、区分支給限度額管理対象外です。

計画単位・実績単位	訪問（みなし）	・	訪問（独自）	・	訪問（独自/定率）	・	訪問（独自/定額）	・
-----------	---------	---	--------	---	-----------	---	-----------	---

訪問介護 み●●

※レセプト情報より出力しています。計算方法の違いにより、サービス提供票別表の金額と数円の誤差が発生する場合があります。

合計情報

サービス種類	計画単位	限度額対象	限度額対象外	給付単位数
訪問介護	20,000	5,969	818	6,787

提供実績票作成状況一覧

提供年月： 令和2年4月 分

印刷日： 令和2年5月1日

支援事業所番号	支援事業所名	No.	利用者氏名	介護度	被保険者 番号	保険者 番号	計画単位	限度額対象	限度額対象外	給付単位数	超過単位数
468888888	東●●●地域包括支援センター	1	* 路 通 *	要支援 2	2899999123	282012	0	2,196	0	0	2,196
		2	* 勢崎 京 *	要支援 2	9900000022	462010	1,172	1,172	161	1,333	0
		3	* 城 良 *	要支援 2	9900000001	462010	2,342	2,342	321	2,663	0
469999997	ケアセンター み●●	1	* 石 京 *	要介護 4	0024939400	011023	0	12,615	0	0	12,615
		2	* 国 良 *	要介護 2	0012000000	462010	20,000	5,969	818	6,787	0
		3	* 治 一 *	要介護 3	4600000001	462010	2,885	2,885	0	2,885	0
		4	* 谷 良 *	要介護 2	9900000030	462036	5,383	5,383	296	5,679	0
		5	* 牟田 良 *	要介護 3	4600000828	462010	8,220	8,220	822	9,042	0

未収金一覧

み●●訪問サービスグループ

請求金額合計	480
未収金額合計	480
入金額合計	0

R2/04/01～R2/05/20

R2/05/20 時点

印刷日

R2/05/20

請求書番号	利用者番号	利用者名	請求日	請求開始日	請求終了日	請求金額	未収金額	最終入金日	送付先
47	1234	* 石 京 *	R2/04/09	R2/04/01	R2/04/30	480	480		区分 口座引落 * 石 京 * 電話 住所 890-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - 1 3
	1234	* 石 京 *			計	480	480		

事業所別未収金一覧表 (訪問介護 み●●)

印刷日 2020年5月20日

提供期間 2020年4月1日 ~ 2020年4月30日

番号	利用者氏名	性別	保険内金額					その他自費	減免額	自事業所の 請求金額計	他事業所の 請求金額計	今月請求金 額計	前月までの 未収金額計	今月入金金 額計	今月末未収 金額計
1045	* 牟田 良 *	女	¥9,042	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥9,042	¥0	¥9,042	¥0	¥0	¥9,042
1234	* 石 京 *	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥144,070	¥0	¥144,070	¥78,284	¥0	¥222,354
107	* 治 一 *	男	¥2,885	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥2,885	¥0	¥2,885	¥4,638	¥0	¥7,523
1001	* 勢崎 京 *	女	¥1,333	¥0	¥0	¥0	¥0	¥5,000	¥0	¥6,333	¥0	¥6,333	¥18,748	¥0	¥25,081
	* 城 良 *	女	¥2,663	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥2,663	¥0	¥2,663	¥0	¥0	¥2,663
	* 谷 良 *	女	¥5,679	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥5,679	¥0	¥5,679	¥81,146	¥0	¥86,825
1012	* 路 三 *	男	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥1,820	¥0	¥51,440	¥105,950	¥157,390	¥0	¥0	¥157,390
1000	* 国 良 *	女	¥5,834	¥0	¥0	¥0	¥0	¥4,000	¥0	¥9,834	¥12,841	¥22,675	¥36,218	¥0	¥58,893
	全体合計		¥27,436	¥0	¥0	¥0	¥0	¥10,820	¥0	¥231,946	¥118,791	¥350,737	¥381,481	¥0	¥732,218

処遇改善一覧表

令和2年4月～令和2年4月						印刷日 令和2年5月20日						処遇改善単位合計		3,166	特定処遇改善単位合計		530
												保険内単位合計		1,904	保険内単位合計		0
												保険外単位合計		1,262	保険外単位合計		530
利用者番号	利用者名	サービス種類	請求日	提供開始日	提供終了日	処遇改善加算(単位数)			特定処遇改善加算(単位数)			事業所名					
						合計	保険内	保険外	合計	保険内	保険外						
1045	* 牟田 良 *	訪問介護	R2/04/09	R2/04/01	R2/04/30	822	822	0	0	0	0	訪問介護 み●●					
1045	* 牟田 良 *				計	822	822	0	0	0	0	* 牟田 良 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地 1					
1234	* 石 京 *	訪問介護	R2/04/09	R2/04/01	R2/04/30	1,262	0	1,262	530	0	530	訪問介護 み●●					
1234	* 石 京 *				計	1,262	0	1,262	530	0	530	* 石 京 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地 2					
1001	* 勢崎 京 *	訪問型サービス (独自)	R2/04/09	R2/04/01	R2/04/30	161	161	0	0	0	0	訪問介護 み●●					
1001	* 勢崎 京 *				計	161	161	0	0	0	0	* 勢崎 京 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地 3					
	* 城 良 *	訪問型サービス (独自)	R2/04/09	R2/04/01	R2/04/30	321	321	0	0	0	0	訪問介護 み●●					
	* 城 良 *				計	321	321	0	0	0	0	* 城 良 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地 4					
	* 谷 良 *	訪問介護	R2/04/09	R2/04/01	R2/04/30	296	296	0	0	0	0	訪問介護 み●●					
	* 谷 良 *				計	296	296	0	0	0	0	* 谷 良 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地 5					
1000	* 国 良 *	訪問介護	R2/04/09	R2/04/01	R2/04/30	304	304	0	0	0	0	訪問介護 み●●					
1000	* 国 良 *				計	304	304	0	0	0	0	* 国 良 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地 6					

請求日 R02/04/01～R02/04/30

その他費用一覧表

(訪問介護 み●●

)

印刷日 R02/05/20

	おむつ代	ベッド代					合計金額	軽減額合計	請求金額	(8%分消費税額) (10%分消費税額) 消費税合計額
	食事代	洗濯代								
	共益費	個別契約								
	テレビ代	交通費								
* 勢崎 京 *	0	0					5,000	0	5,000	0
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	0								
	0	5,000								
小 計							5,000	0	5,000	0
* 路 三 *	1,820	0					1,820	0	1,820	0
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	0								
	0	0								
小 計							1,820	0	1,820	0
* 国 良 *	0	0					4,000	0	4,000	0
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	0								
	0	4,000								
小 計							4,000	0	4,000	0
総合計	1,820	0					10,820	0	10,820	0
	0	0								
	0	0								
	0	9,000								
							10,820	0	10,820	0

実施日 R02/04/01～R02/04/30

サービス費請求一覧表 (訪問介護 み●●

介護)

印刷日 R02/05/20

訪問介護

	身体介護	同一建物減算	緊急時訪問介護加算				介護(保険)			
	生活援助	特別地域加算	初回加算				介護(自費)			
	通院等乗降介助	小規模事業所加算	生活機能向上連携加算							
	共生型サービス	中山間地域等提供加算	処遇改善加算等				保険内単位	合計金額	軽減額	請求金額
* 牟田 良 *	8,220	0	0				9,042			
	0	0	0				0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0							
	0	0	822				9,042			
小 計								9,042	0	9,042
* 石 京 *	6,615	0	0				0			
	6,000	0	0				144,070			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0							
	0	0	1,792				0			
小 計								144,070	0	144,070
* 治 一 *	2,885	0	0				2,885			
	0	0	0				0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0							
	0	0	0				2,885			
小 計								2,885	0	2,885
* 谷 良 *	4,283	0	900				5,679			
	0	0	200				0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0							
	0	0	296				5,679			
小 計								5,679	0	5,679
* 路 三 *	4,511	0	0				0			
	0	0	0				49,620			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0							
	0	0	451				0			
小 計								49,620	0	49,620
* 国 良 *	5,530	0	0				5,834			
	0	0	0				0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0							
	0	0	304				5,834			
小 計								5,834	0	5,834
総合計	32,044	0	900				23,440			
	6,000	0	200				193,690			
	0	0	0							
	0	0	3,665				23,440			
								217,130	0	217,130

請求日 R02/04/01～R02/04/30

サービス費請求一覧表 (訪問介護 み●●)

総合事業)

印刷日 R02/05/20

訪問型サービス (独自)

	訪問型Ⅰ	訪問型Ⅴ	小規模事業所加算	処遇改善加算等			介護(保険)			
	訪問型Ⅱ	訪問型Ⅵ	中山間地域等提供加算				介護(自費)			
	訪問型Ⅲ	訪問型短時間	初期加算							
	訪問型Ⅳ	特別地域加算	生活機能向上連携加算				保険内単位			
* 勢崎 京 *	1,172	0	0	161			1,333			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0				0			
	0	0	0							
	0	0	0				1,333			
小 計								1,333	0	1,333
* 城 良 *	0	0	0	321			2,663			
R02/04/01～R02/04/30	2,342	0	0				0			
	0	0	0							
	0	0	0				2,663			
小 計								2,663	0	2,663
総合計	1,172	0	0	482			3,996			
	2,342	0	0				0			
	0	0	0							
	0	0	0				3,996			
								3,996	0	3,996

<u> * 石 京 *</u> 様		<u>生年月日 昭和14年6月16日</u>		<u>(80 歳)</u>	
<u>令和02年4月4日(土)</u>					
【健康チェック】	血圧	125 / 95			
	脈拍	72 回/分			
	体温	36.4 ℃			
【ご家族への連絡事項】					
オムツ交換、部分清拭実施。					
【ご家族からの連絡事項】					

<u> </u> 様		<u>生年月日</u>		<u>(歳)</u>	
<u> </u>					
【健康チェック】	血圧	/			
	脈拍	回/分			
	体温	℃			
【ご家族への連絡事項】					
【ご家族からの連絡事項】					

* 石 京 * 様 生年月日 昭和14年6月16日 (80 歳)
令和02年4月4日(土)

【健康チェック】	血圧	125 / 95
	脈拍	72 回/分
	体温	36.4 °C

【ご家族への連絡事項】
オムツ交換、部分清拭を実施しました。

【ご家族からの連絡事項】



* 国 良 *	様	生年月日	昭和14年7月29日	(80 歳)
<u>令和02年4月1日(水)</u>				
		血压	150 / 100	
【健康チェック】		脈拍	65	回/分
		体温	36.5	℃
【食事】	食事量	昼 主食	10 割 ◎	
		副食	割	
		昼間 主食	割	
【水分】	摂取量	1500		
【排泄】	排尿量	1000	排便	普通
【ご家族への連絡事項】 オムツ交換、部分清拭を実施しました。				
【ご家族からの連絡事項】				

	様	生年月日	(歳)	
		血压	/	
【健康チェック】		脈拍	回/分	
		体温	℃	
【食事】	食事量	昼 主食	割	
		副食	割	
		昼間 主食	割	
【水分】	摂取量			
【排泄】	排尿量		排便	
【ご家族への連絡事項】				
【ご家族からの連絡事項】				

* 国 良 * 様 生年月日 昭和14年7月29日 (80 歳)

令和02年4月1日(水)

【健康チェック】 血圧 150 / 100
脈拍 65 回/分
体温 36.5 °C
【食事】 食事量 昼 主食 10割 副食 9割
昼間 主食 割
【水分】 摂取量 1500
【排泄】 排尿量 1000 排便 普通

【実施内容】

サービス準備・記録等	健康チェック、環境整備、記録等
排泄介助	ポータブル、オムツ、排便、排尿
食事介助	全部、一部、水分補給
清拭	部分
身体整容	髭の手入れ
外出介助	車いす
掃除援助	居間、寝室、ゴミ出し、掃除機・拭き掃除
洗濯援助	洗濯
ベッドメイク	カバー交換

【ご家族への連絡事項】

健康チェックでは、バイタルにつきまして正常値の範囲でした。

【ご家族からの連絡事項】

サービス記録

記録日 R02.04.01(水)

印刷日：R02.05.20

年月日	内 容	年月日	内 容
10:00	【実績】 *牟田 良*		洗髪
玉 あや	[提供時間]		
	10:00～10:29	13:00	【実績】 *谷 良*
	[主サービス]	*玉 あや*	[提供時間]
	身体1・II		13:00～13:59
			[主サービス]
10:00	【実績】 *石 京*		身体介護2
玉 あや	[提供時間]		
	10:00～10:29	17:00	【実績】 *石 京*
	[主サービス]	*玉 あや*	[提供時間]
	身体1・II		17:00～17:44
			[主サービス]
10:00	【実績】 *国 良*		生活2・II
玉 あや	[提供時間]		
	10:00～10:59		
	[主サービス]		
	身体介護2		
10:00	【バイタル】 *谷 良*		
玉 あや	体温：36.4℃ 脈拍：66(拍/分) 呼吸：25(回/分)		
	血圧：130 / 74 SpO2：96%		
10:00	【バイタル】 *国 良*		
玉 あや	体温：36.6℃ 脈拍：65(拍/分) 呼吸：24(回/分)		
	血圧：125 / 79 SpO2：95%		
10:00	【ケア実施記録】 *谷 良*		
玉 あや	[排泄介助]		
	オムツ		
	[食事介助]		
	水分補給		
	[洗面等]		
	×口腔ケア,義歯洗浄		
10:00～15:00	【ケア実施記録】 *国 良*		
玉 あや	[排泄介助]		
	トイレ,オムツ		
	[食事介助]		
	一部		
	[部分浴]		

サービス記録

記録日 R02. 04. 01 (水)

印刷日 : R02.05.20

[illegible]

利用料請求一覽表

(訪問介護 み●●)

:

印刷日 令和2年5月20日

	おむつ代 食事代	ベッド代 洗濯代			介護（保険） 介護（自費）		介護軽減額	最終入金日	入金額 累計入金額 未収金額	請求区分 金融機関名 発行日
	共益費	個別契約							消費税額	
	テレビ代	交通費			保険内単位	合計金額	軽減額合計	請求金額		
* 牟田 良 *	0	0			9,042		0		0	請求書送付
1045	0	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0							9,042	R02/04/09
158	0	0			9,042					
小計						9,042	0	9,042	0	
* 石 京 *	0	0			0		0		0	口座引落
1234	0	0			144,070				0	× × 銀行
R02/04/01～R02/04/30	0	0							144,070	R02/04/09
150	0	0			0					
小計						144,070	0	144,070	0	
* 治 一 *	0	0			2,885		0		0	請求書送付
107	0	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0							2,885	R02/04/09
162	0	0			2,885					
小計						2,885	0	2,885	0	
* 勢崎 京 *	0	0			1,333		0		0	口座引落
1001	0	0			0				0	× × 銀行
R02/04/01～R02/04/30	0	0							6,333	R02/04/09
148	0	5,000			1,333					
小計						6,333	0	6,333	0	
* 城 良 *	0	0			2,663		0		0	請求書送付
	0	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0							2,663	R02/04/09
159	0	0			2,663					
小計						2,663	0	2,663	0	
* 谷 良 *	0	0			5,679		0		0	請求書送付
	0	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0							5,679	R02/04/09
164	0	0			5,679					
小計						5,679	0	5,679	0	
* 路 三 *	1,820	0			0		0		0	請求書送付
1012	0	0			49,620				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0							51,440	R02/04/09
167	0	0			0					
小計						51,440	0	51,440	0	

実施日 令和2年4月1日～令和2年4月30日

利用料請求一覧表

(訪問介護 み●●

)

印刷日 令和2年5月20日

	おむつ代	ベッド代				介護 (保険)	合計金額	介護軽減額	最終入金日	入金額	請求区分
	食事代	洗濯代				介護 (自費)				累計入金額	金融機関名
	共益費	個別契約								未収金額	発行日
	テレビ代	交通費				保険内単位		軽減額合計	請求金額	消費税額	
* 国 良 *	0	0				5,834	9,834	0	9,834	0	口座引落 × × 銀行 R02/04/09
	1000	0				0					
	R02/04/01～R02/04/30	0									
	155	0	4,000			5,834					
	小 計										
総合計	1,820	0				27,436	231,946	0	231,946	0	
	0	0				193,690					
	0	0									
	0	9,000				27,436					

請求区分：請求書送付、口座引落、振込

No.	利用者氏名	合計請求額	訪問介護 み●●
1	* 石 京 *	144,070	144,070
2	* 国 良 *	16,648	16,648
3	* 治 一 *	2,885	2,885
4	* 勢崎 京 *	6,333	6,333
5	* 城 良 *	2,663	2,663
6	* 谷 良 *	5,679	5,679
7	* 牟田 良 *	9,042	9,042
8	* 路 一 *	51,440	51,440
合計		238,760	238,760

訪問実績一覧表

令和02年4月1日 ～ 令和02年4月30日

令和02年5月20日

* 国 良 *

住所： 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1

訪問日	スタッフID	スタッフ名	提供時間帯	合計時間	身体	生活	通院等乗降	実施回数	提供種類	備考
1 日	0002	* 知 小 *	9:00 ～ 9:59	59	59			1	介護	
2 日	0002	* 知 小 *	10:00 ～ 10:59	59	59			1	介護	
6 日	0002	* 知 小 *	10:00 ～ 10:59	59	29	30		1	介護	
8 日	0002	* 知 小 *	10:00 ～ 10:59	59	59			1	介護	
		総件数： 4 件	総合計： 3時間56分							

訪問実績一覧表

令和02年4月1日 ～ 令和02年4月30日

令和02年12月15日

* 知 小 * 職種名：ホームヘルパー 住所：

訪問日	利用者番号	利用者氏名	提供時間帯	合計時間	身体	生活	通院等乗降	実施回数	提供種類	住所
1 日	1000	* 国 良 *	10:00 ～ 10:59	59	59			1	介護	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1
1 日	1000	* 国 良 *	11:23 ～ 12:22	59	59			1	介護	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2
2 日	1000	* 国 良 *	10:00 ～ 10:59	59	59			1	介護	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 3
6 日	1000	* 国 良 *	10:00 ～ 10:59	59	29	30		1	介護	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 4
8 日	1000	* 国 良 *	10:00 ～ 10:59	59	59			1	介護	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 5
総件数： 5 件			総合計： 4時間55分							

利用者名	サービス内容	提供時間帯	提供時間			合 計	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	
			身体	生活	通院等乗降		水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	
* 牟田 良 *	身体 1 ・ II	10:00 ～ 10:29	29			1	1																														
* 石 京 *	身体 1 ・ II	10:00 ～ 10:29	29			1	1																														
	生活 2 ・ II	17:00 ～ 17:44	44			1	1																														
* 谷 良 *	身体介護 2	13:00 ～ 13:59	59			1	1																														
* 国 良 *	身 1 生 1 ・ II	10:00 ～ 10:59	29	30		1					1																										
	身体 2 ・ II	10:00 ～ 10:59	118			2	1	1																													
	身体 2 ・ II	11:23 ～ 12:22	59			1	1																														
	身体 2 ・ 2 人 ・ II	10:00 ～ 10:59	59			1							1																								

※ヘルパーごとの延べ件数をカウントします。（2人で訪問の場合2） 訪問者が入力されていない場合は1でカウントします。

令和02年04月

スタッフ別サービス内容実績一覧表

印刷日：令和02年05月01日

スタッフ名	サービス内容	提供時間帯	提供時間			合 計	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
			身体	生活	通院等乗降		水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木
* 知 小 *	身 1 生 1 ・ II	10:00 ～ 10:59	29	30		1					1																									
	身体 2 ・ II	10:00 ～ 10:59	118			2	1	1																												
	身体 2 ・ II	11:23 ～ 12:22	59			1	1																													
	身体 2 ・ 2 人 ・ II	10:00 ～ 10:59	59			1						1																								
* 阪 太 *	身体 1 ・ II	10:00 ～ 10:29	29			1	1																													
* 賀 桐 *	身体 1 ・ II	10:00 ～ 10:29	29			1	1																													
* 阜 梅 *	生活 2 ・ II	17:00 ～ 17:44	44			1	1																													
* 都 八 *	身体介護 2	13:00 ～ 13:59	59			1	1																													

利用者別介護記録一覧表

印刷日： 令和2年5月20日

利用者名： * 国 良 *

訪問日	令和2年4月1日	(水)	訪問時間	10:00 ~ 10:59	0 時間	59 分			
スタッフ	* 知 小 *								
サービス	身体 2 ・ II			提供種類	介護				
■ 身体介護		59 分	□ 生活援助		分	□ 乗降介助	分	合計	59 分
サービス準備・記録等		■健康チェック ■環境整備 ■記録等							
排泄介助		□トイレ ■ポータブル ■オムツ □陰部洗浄・清拭 □排便 □排尿							
食事介助		■全部 □一部 ■水分補給 □見守り							
特段調理		□特段調理							
清拭		□全身 □見守り ■部分							
部分浴		□手 □足 □洗髪 □見守り							
入浴		□全身 □シャワー □洗髪 □見守り							
洗面等		□洗面 □口腔ケア □義歯洗浄 □その他							
身体整容		■髭の手入れ □整髪 □通常の爪切り □その他							
更衣介助		□全更衣 □部分更衣							
移乗・移動介助		□移乗 □移動 □見守り □体位変換							
外出介助		□歩行 ■車いす □タクシー □通所（送・迎） □買物 □通院（送・迎）							
起床・就寝介助		□ベッド □椅子 □布団 □見守り							
服薬介助		□水の準備 □服薬確認 □服薬促し □点眼 □湿布・軟膏							
自立支援の為の見守り援助		□日常生活の自立への声掛けと見守り □意欲・関心の引出 □共に行う家事 □共に行う調理							
掃除援助		□居間 □寝室 □台所 □玄関 □風呂 □トイレ □ゴミ出し □掃除機・拭き掃除 □その他							
洗濯援助		□洗濯 □干し □取込 □たたみ □アイロンがけ □収納							
ベッドメイク		□カバー交換 □シーツ交換 □布団干し・取込 □ベッドメイク							
衣類の整理・被服の補修		□衣類整理 □ボタン付け □破れの補修 □その他							
調理・配下膳		□調理 □配膳 □後片付け							
買い物・薬の受取		□買い物 □薬の受取代行							
その他		□相談援助							
記 録	特記事項								

スタッフ別介護記録一覧表

印刷日：令和2年5月20日

スタッフ名： *知 小*

利用者	* 国 良 * 様		
訪問日	令和2年4月1日 (水)	訪問時間	10:00 ~ 10:59 0時間 59分
住所	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1		電話番号 099-265-xxxx
サービス	身 1 生 1 ・ II	提供種類	介護
■ 身体介護 59分		□ 生活援助 分	□ 乗降介助 分 合計 59分
サービス準備・記録等	■健康チェック ■環境整備 ■記録等		
排泄介助	■トイレ ■ポータブル ■オムツ ■陰部洗浄・清拭 ■排便 ■排尿		
食事介助	■全部 ■一部 ■水分補給 ■見守り		
特段調理	□特段調理		
清拭	■全身 □見守り □部分		
部分浴	□手 □足 □洗髪 □見守り		
入浴	■全身 □シャワー □洗髪 □見守り		
洗面等	□洗面 □口腔ケア □義歯洗浄 □その他		
身体整容	□髭の手入れ □整髪 □通常の爪切り □その他		
更衣介助	□全更衣 □部分更衣		
移乗・移動介助	□移乗 □移動 □見守り □体位変換		
外出介助	□歩行 ■車いす □タクシー □通所（送・迎） □買物 □通院（送・迎）		
起床・就寝介助	□ベッド □椅子 □布団 □見守り		
服薬介助	□水の準備 □服薬確認 □服薬促し □点眼 □湿布・軟膏		
自立支援の為の見守り援助	□日常生活の自立への声掛けと見守り □意欲・関心の引出 □共に行う家事 □共に行う調理		
掃除援助	□居間 □寝室 □台所 □玄関 □風呂 □トイレ □ゴミ出し □掃除機・拭き掃除 □その他		
洗濯援助	□洗濯 □干し □取込 □たたみ □アイロンがけ □収納		
ベッドメイク	□カバー交換 □シーツ交換 □布団干し・取込 □ベッドメイク		
衣類の整理・被服の補修	□衣類整理 □ボタン付け □破れの補修 □その他		
調理・配下膳	□調理 □配膳 □後片付け		
買い物・薬の受取	□買い物 □薬の受取代行		
その他	□相談援助		
記 録			

訪問介護記録簿

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

スタッフ名	* 知 小 *
-------	---------

月	日	曜日	訪問時間	身体 (分)	生活 (分)	通院 (分)	合計 (分)	移動 時間	提供 種類	サービス	利用者名	確認
4	1	水	10:00 ~ 10:59	■ 59	□	□	59		介護	身体 2・Ⅱ	* 国 良 *	
4	2	木	10:00 ~ 10:59	■ 59	□	□	59		介護	身体 2・Ⅱ	* 国 良 *	
4	6	月	10:00 ~ 10:59	■ 29	■ 30	□	59		介護	身 1 生 1・Ⅱ	* 国 良 *	
4	8	水	10:00 ~ 10:59	■ 59	□	□	59		介護	身体 2・2 人・Ⅱ	* 国 良 *	

※が印字されている利用者名は請求対象外を表しています。

	昼間						早朝・夜間			深夜			合計
	20分未満	20分～ 30分未満	30分～ 60分未満	60分～ 90分未満	90分～ 120分未満	120分～	20分未満	20分～ 30分未満	30分～	20分未満	20分～ 30分未満	30分～	
身体			3										3
身体・生活			1										1
通院等 乗降介助													
その他													
	45分未満	45分以上					45分未満	45分以上		45分未満	45分以上		
生活													
合計			4										4

身体、生活、通院の時間が全て0(分)の実績は、集計対象外です。

ホームヘルパー派遣実績報告書

令和02年04月01日 ~ 令和02年04月01日

印刷日 令和02年05月20日

[illegible]

入金日計表

入金日期間：令和02年05月12日 ～ 令和02年05月12日

印刷日：令和02年05月27日

	利用者番号	利用者名	請求期間	請求書番号	入金日	請求金額	保険分金額	その他費用金額	前回までの 入金額累計	入金金額	未収金額	入金区分
1	1045	* 牟田 良 *	R02/04/01～R02/04/30	183	R02/05/12	9,042	9,042	0	0	9,042	0	窓口入金
2	1234	* 石 京 *	R02/04/01～R02/04/30	184	R02/05/12	144,070	144,070	0	0	144,070	0	口座振替
3	1001	* 勢崎 京 *	R02/04/01～R02/04/30	186	R02/05/12	6,333	1,333	5,000	0	6,333	0	口座振替
4		* 城 良 *	R02/04/01～R02/04/30	187	R02/05/12	2,663	2,663	0	0	2,000	663	窓口入金
				小計		-	-	-	-	161,445	663	
					合計	-	-	-	-	161,445	663	

利用者別入金一覧表

入金日 期間： 令和02年05月12日 ～ 令和02年05月12日

印刷日： 令和02年06月12日

	利用者番号	利用者名	請求期間	請求書番号	入金日	請求金額	保険分金額	その他費用金額	前回までの 入金額累計	入金金額	未収金額	入金区分
1	1045	* 牟田 良 *	R02/04/01～R02/04/30	183	R02/05/12	9,042	9,042	0	0	9,042	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	9,042	0	
2	1234	* 石 京 *	R02/04/01～R02/04/30	184	R02/05/12	144,070	144,070	0	0	144,070	0	口座振替
				小計		-	-	-	-	144,070	0	
3	1001	* 勢崎 京 *	R02/04/01～R02/04/30	186	R02/05/12	6,333	1,333	5,000	0	6,333	0	口座振替
				小計		-	-	-	-	6,333	0	
4		* 城 良 *	R02/04/01～R02/04/30	187	R02/05/12	2,663	2,663	0	0	2,000	663	窓口入金
				小計		-	-	-	-	2,000	663	
					合計	-	-	-	-	161,445	663	

介護実施記録

* 国 良 * 様

女性

昭和14年7月29日生

80 歳

要介護 2

施設長	事務長	主任	担当

記録日: 令和2年4月1日(水)

時間	サービス内容	血圧	体温 脈拍	服薬	食事	水分	排泄	実施記録
0:00								10:00 【実績】 [訪問スタッフ]10:00~10:59 * 知
1:00								小 * ホームヘルパー [提供時間]10:00~10:59 (0時間59分)
2:00								[主サービス]身体 2・Ⅱ 10:00~10:59 【ケア実施記録】
3:00								[サービス準備・記録等] 健康チェック, 環境整備, 記録等
4:00								[排泄介助] ポータブル
5:00								[食事介助] 全部
6:00								特記事項 10:00 【申し送り】
7:00								特記事項 11:23 【実績】
8:00								[訪問スタッフ]11:23~12:22 * 知 小 * ホームヘルパー
9:00								[提供時間]11:23~12:22 (0時間59分) [主サービス]身体 2・Ⅱ
10:00		125 79	36.6 65					11:23 【ケア実施記録】 [サービス準備・記録等] 健康チェック
11:00								[排泄介助] ポータブル, 排便, 排尿
12:00								[食事介助] 一部
13:00								[清拭] 部分
14:00								[掃除援助] 居間, 寝室, ゴミ出し, 掃除機・拭き 掃除
15:00								[洗濯援助] 洗濯
16:00				○				[ベッドメイク] カバー交換
17:00								16:33 【薬服用歴】 [● 5 %ホルマリニア] 5m g
18:00								16:37 【身長・体重】 身長: 160.00cm 体重: 56.00kg B M I : 21.9
19:00								支援経過記録 10:00~10:59 * 玉 あや*
20:00								【実施項目】 [サービス準備・記録等] 健康チェック, 環境整備, 記録等
21:00								[排泄介助] ポータブル
22:00								
23:00								

実施記録	実施記録
[食事介助] 全部	[サービス準備・記録等] 健康チェック
【特記事項】 特記事項	[排泄介助] ポータブル, 排便, 排尿
11:23 * 玉 あや*	[食事介助] 一部
【実施項目】	

スタッフ別稼動実績集計表

日付：令和2年5月21日

集計期間： 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

[illegible]

ケア内容統計

対象期間: 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

印刷日: 令和2年5月21日

サービス準備・記録等		
健康チェック		2
環境整備		1
記録等		1
小計		4

排泄介助		
ポータブル		2
オムツ		1
排便		1
排尿		1
小計		5

食事介助		
全部		1
一部		1
水分補給		1
小計		3

清拭		
部分		1
小計		1

洗面等		
義歯洗浄		1
小計		1

掃除援助		
居間		1
寝室		1
ゴミ出し		1
掃除機・拭き掃除		1
小計		4

洗濯援助		
洗濯		1
小計		1

ベッドメイク		
カバー交換		1
小計		1
総計		20

ケア実施状況表（食事介助）

対象期間 R2/4/1～R2/4/30

訪問介護 み●●

[illegible]

記号説明 全:全部 一:一部 水:水分補給 見:見守り

実施日 R2/4/1～R2/4/30

その他費用明細一覧表

印刷日 R2/5/22

事業所：訪問介護 み●●

その他費用名: おむつ代B

[illegible][illegible]

実施日 R2/4/1～R2/4/30

その他費用明細一覧表

印刷日 R2/5/22

事業所：訪問介護 み●●

その他費用名： 交通費

[illegible][illegible]

温度板

訪問介護 み●●

利用者番号 1234

氏名 *石 京*

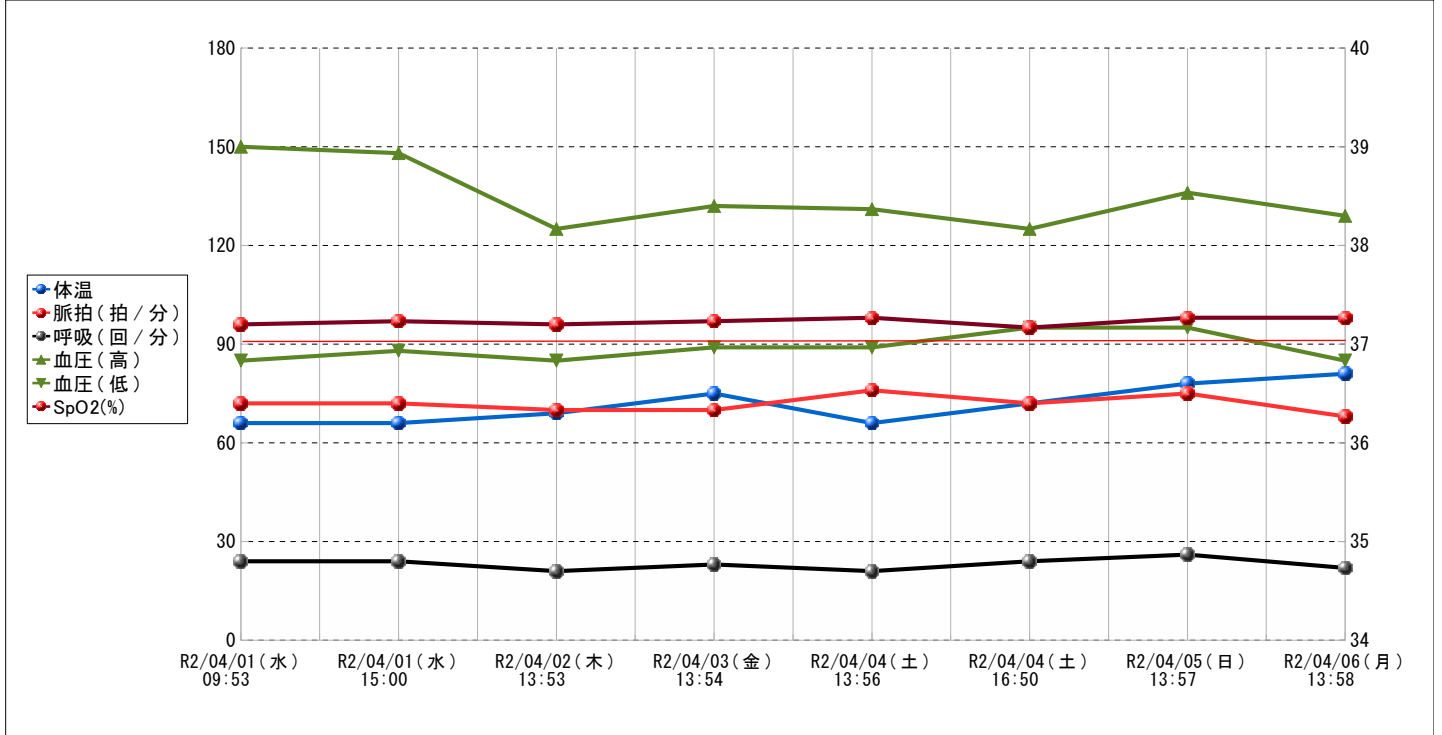
性別 女

生年月日

昭和14年6月16日

年齢

80 歳



	R2/04/01(水)	R2/04/01(水)	R2/04/02(木)	R2/04/03(金)	R2/04/04(土)	R2/04/04(土)	R2/04/05(日)	R2/04/06(月)
計測時間	09:53	15:00	13:53	13:54	13:56	16:50	13:57	13:58
体温	36.2	36.2	36.3	36.5	36.2	36.4	36.6	36.7
脈拍(拍/分)	72	72	70	70	76	72	75	68
呼吸(回/分)	24	24	21	23	21	24	26	22
血压(mmHg)	150/85	148/88	125/85	132/89	131/89	125/95	136/95	129/85
SpO2(%)	96	97	96	97	98	95	98	98
身長(cm)				145.00				
体重(kg)				51.00				
水分摂取(ml)		2400.0		2400.0		2500.0	2550.0	2500.0
排尿(量)		1000.0		800.0		1000.0	900.0	1500.0
排尿(回数)		5		4		5	4	5
排便(量)		普通		排便なし		普通	普通	多い
排便(回数)		1				1	1	1
排便状態		軟らかめ				軟便	普通便	硬便
食事摂取量		10		10		9	8	9
食事摂取記号	朝食							
	昼食	◎		◎		○	△	○
	夕食							

訪問介護 み●●

利用者番号

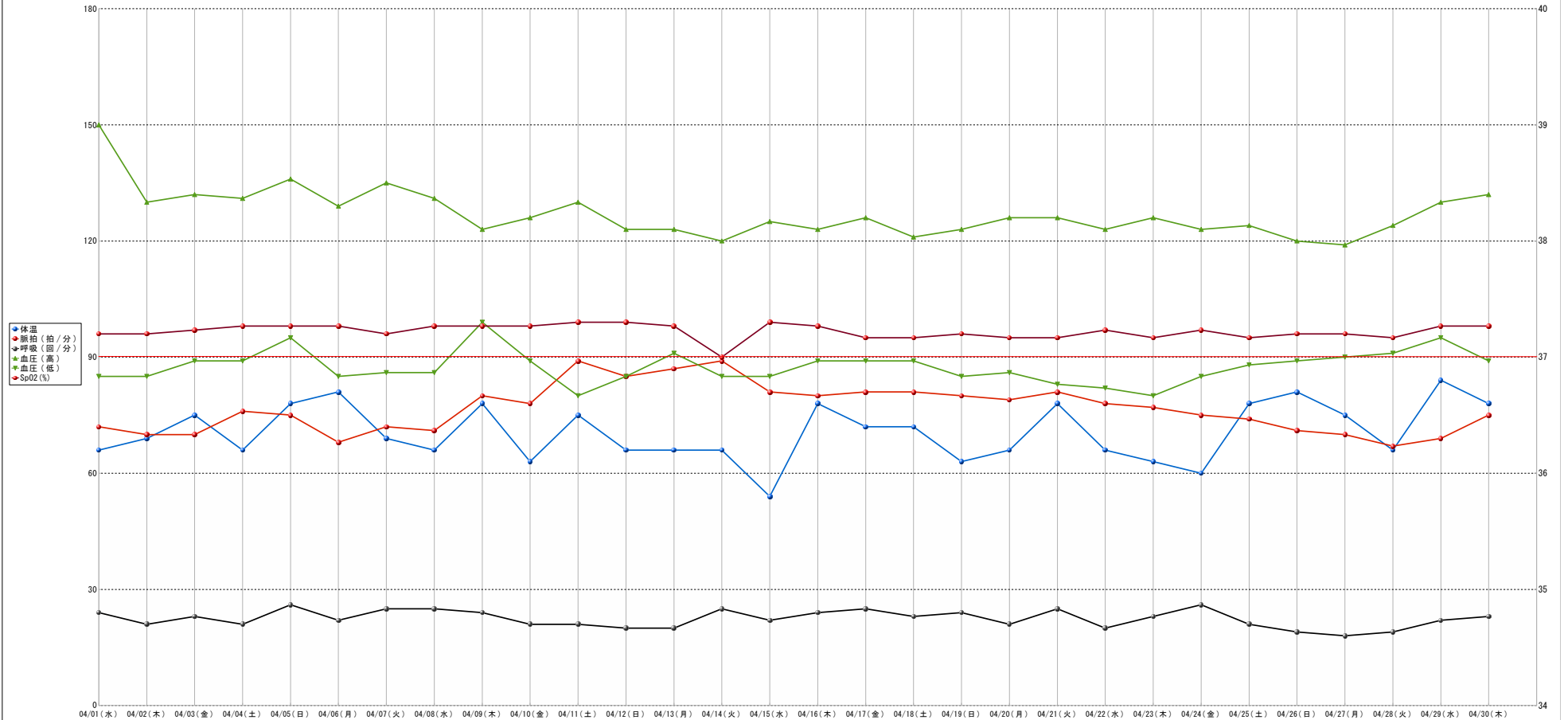
1234

氏名 * 石 京 *

性別

生年月日 昭和14年6月16日

年齡 80 歲



	04/01(水)	04/02(木)	04/03(金)	04/04(土)	04/05(日)	04/06(月)	04/07(火)	04/08(水)	04/09(木)	04/10(金)	04/11(土)	04/12(日)	04/13(月)	04/14(火)	04/15(水)	04/16(木)	04/17(金)	04/18(土)	04/19(日)	04/20(月)	04/21(火)	04/22(水)	04/23(木)	04/24(金)	04/25(土)	04/26(日)	04/27(月)	04/28(火)	04/29(水)	04/30(木)	
計測時間	13:49	13:53	13:54	13:56	13:57	13:58	14:01	14:01	9:32	9:33	9:33	9:34	9:35	9:36	9:37	9:38	9:39	9:40	9:40	9:41	9:42	9:42	9:43	9:44	9:45	9:46	9:47	9:48	9:48	9:49	
体温	36.2	36.3	36.5	36.2	36.6	36.7	36.3	36.2	36.6	36.1	36.5	36.2	36.2	36.2	35.8	36.6	36.4	36.4	36.1	36.5	36.6	36.2	36.1	36.0	36.6	36.7	36.5	36.2	36.8	36.6	
脈拍(拍/分)	72	70	70	76	75	68	72	71	80	78	89	85	87	89	81	80	81	81	80	79	81	78	77	75	74	71	70	67	69	75	
呼吸(回/分)	24	21	23	21	26	22	25	25	24	21	21	20	20	25	22	24	25	23	24	21	25	20	23	26	21	19	18	19	22	23	
血圧(mmHg)	150 / 85	130 / 85	132 / 89	131 / 89	136 / 95	129 / 85	135 / 86	131 / 86	123 / 99	126 / 89	130 / 80	123 / 85	123 / 91	120 / 85	125 / 85	123 / 89	126 / 89	121 / 89	123 / 85	126 / 86	126 / 83	123 / 82	126 / 80	123 / 85	124 / 88	120 / 89	119 / 90	124 / 91	130 / 95	132 / 89	/
SpO2 (%)	96	96	97	98	98	98	96	98	98	98	99	99	98	90	99	98	95	95	96	95	95	97	95	97	95	96	96	95	98	98	
身長(cm)			165														165.1														
体重(kg)			55														54.5														
水分摂取(ml)	2300	2400	2400	2400	2400	2300	2400	2400	2300	2400	2400	2300	2400	2400	2300	2400	2300	2400	2300	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	
排尿(量)	1500	1300	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1300	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500
排尿(回数)	7	6	7	8	7	6	7	7	8	6	7	7	8	6	7	8	6	7	8	6	7	7	8	7	7	7	8	7	7	7	
排便(量)	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通
排便(回数)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
排便状態	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便
食事摂取量	10	10	10	9	10	10	8	9	8	8	9	8	9	9	8	9	9	9	9	8	8	9	9	10	10	9	10	10	10		
起床																															
食事摂取(配) 起床	◎	◎	◎	○	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	○	◎	◎	◎	
夕食																															

月別医療費控除一覧

* 賀 三 * 様 住所 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

医療費控除対象金額 273,574 円

ご 利 用 年 月	請 求 金 額	医療費控除対象金額
令和2年1月	55,940 円	55,940 円
令和2年2月	49,980 円	49,980 円
令和2年3月	55,940 円	55,940 円
令和2年4月	14,534 円	5,794 円
令和2年5月	49,980 円	49,980 円
令和2年6月	55,940 円	55,940 円
令和2年7月	0 円	0 円
令和2年8月	0 円	0 円
令和2年9月	0 円	0 円
令和2年10月	0 円	0 円
令和2年11月	0 円	0 円
令和2年12月	0 円	0 円
合 計	282,314 円	273,574 円

上記、“医療費控除対象金額”欄に記載されている金額は、当施設にて対象費用としてご利用されたものである事を証明いたします。

令和2年7月14日

利用者氏名： * 木 純 *

測定日： 令和3年4月1日

生年月日： 昭和20年1月1日 女 76 歳

測定者： * 玉 あや *

要介護度： 要介護1

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	10
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	10
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	0
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	5
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	10
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	5
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	0

合計得点 (70 / 100点)

統計資料

年齢別利用者数

サービス：訪問介護
対象年月：令和2年4月
出力対象：サービス予定実績

年 区	年齢 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										
	女										
	計										
80 ～ 84	男						5(1)	13(1)			18(2)
	女			17(2)		23(2)	30(1)	48(1)			118(6)
	計			17(2)		23(2)	35(2)	61(2)			136(8)
85 ～ 89	男										
	女										
	計										
90 ～ 94	男										
	女										
	計										
95 ～ 99	男										
	女										
	計										
100 ～	男										
	女										
	計										
合 計	男						5(1)	13(1)			18(2)
	女			17(2)		23(2)	30(1)	48(1)			118(6)
	計			17(2)		23(2)	35(2)	61(2)			136(8)

平均介護度： 2.34 男性： 3.50 女性： 1.96

平均年齢： 80.6 男性： 81.5 女性： 80.3

- 年齢は対象月の月初日の年齢（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。
- 各欄は下記の編集方法となります。
XXXX (XXX) ・ ・ ・ ・ 前半の数字は延回数。 () 内の数字は実人数を表示しています。

利用終了者状況別流れ図表

利用前の場所（どこから）

印刷日：令和2年5月15日
令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
利用終了後の場所（どこへ）

総計	2 人 (100.0)%
----	-------------------

⇒

総計	2 人	100.0 %
家庭	1 人	50.0 %
療養型老健	0 人	0.0 %
協力医療機関	0 人	0.0 %
その他医療機関	0 人	0.0 %
死亡	0 人	0.0 %
併設医療機関	0 人	0.0 %
特養	1 人	50.0 %
グループホーム	0 人	0.0 %
その他	0 人	0.0 %

家庭	1 人 (50.0)%
----	------------------

⇒

総計	1 人	50.0 %
家庭	1 人	100.0 %
療養型老健	0 人	0.0 %
協力医療機関	0 人	0.0 %
その他医療機関	0 人	0.0 %
死亡	0 人	0.0 %
併設医療機関	0 人	0.0 %
特養	0 人	0.0 %
グループホーム	0 人	0.0 %
その他	0 人	0.0 %

その他医療機関	1 人 (50.0)%
---------	------------------

⇒

総計	1 人	50.0 %
家庭	0 人	0.0 %
療養型老健	0 人	0.0 %
協力医療機関	0 人	0.0 %
その他医療機関	0 人	0.0 %
死亡	0 人	0.0 %
併設医療機関	0 人	0.0 %
特養	1 人	100.0 %
グループホーム	0 人	0.0 %
その他	0 人	0.0 %

その他	0 人 (0.0)%
-----	-----------------

⇒

総計	0 人	0.0 %
家庭	0 人	0.0 %
療養型老健	0 人	0.0 %
協力医療機関	0 人	0.0 %
その他医療機関	0 人	0.0 %
死亡	0 人	0.0 %
併設医療機関	0 人	0.0 %
特養	0 人	0.0 %
グループホーム	0 人	0.0 %
その他	0 人	0.0 %

介護医療院	0 人 (0.0)%
-------	-----------------

⇒

総計	0 人	0.0 %
家庭	0 人	0.0 %
療養型老健	0 人	0.0 %
協力医療機関	0 人	0.0 %
その他医療機関	0 人	0.0 %
死亡	0 人	0.0 %
併設医療機関	0 人	0.0 %
特養	0 人	0.0 %
グループホーム	0 人	0.0 %
その他	0 人	0.0 %

併設医療機関	0 人 (0.0)%
--------	-----------------

⇒

総計	0 人	0.0 %
家庭	0 人	0.0 %

利用終了者状況別流れ図表

利用前の場所（どこから）

印刷日：令和2年5月15日
令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
利用終了後の場所（どこへ）

特養	0人 (0.0)%
----	--------------

⇒

療養型	0人 (0.0)%
-----	--------------

⇒

有料老人ホーム	0人 (0.0)%
---------	--------------

⇒

協力医療機関	0人 (0.0)%
--------	--------------

⇒

療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

月間利用集計表

対象年月： 令和2年4月 出力対象： サービス予定実績

(1)人数

利用者	8 人	内	男 性	2 人	延利用者数	136 人
		訳	女 性	6 人		
					実施日数	30 日

(2)年齢階層

区 分	～ 59	60 ～ 64	65 ～ 69	70 ～ 74	75 ～ 79	80 ～ 84	85 ～ 89	90 ～ 94	95 ～ 99	100 ～	計
男 性	0人	0人	0人	0人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	2人
女 性	0人	0人	0人	0人	0人	6人	0人	0人	0人	0人	6人
計	0人	0人	0人	0人	0人	8人	0人	0人	0人	0人	8人

(3)利用回数

区 分	週 1回	週 2回	週 3回	週 4回～	計
男 性	1人	0人	1人	0人	2人
女 性	0人	3人	1人	2人	6人
計	1人	3人	2人	2人	8人

(4)継続期間

区 分	～ 1月	1月～ 3月	3月～ 6月	6月～ 1年	1年～ 2年	2年～ 3年	3年～ 4年	4年～ 5年	5年～	不明 (利用登録なし)	計
男 性	0人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	1人	0人	2人
女 性	1人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	4人	0人	6人
計	1人	0人	0人	0人	2人	0人	0人	0人	5人	0人	8人

(5)要介護度・認知症の状況

要介護度	男 性	女 性	計	認知症の状況	男 性	女 性	計
事業対象者	0人	0人	0人	自 立	0人	0人	0人
要支援1	0人	0人	0人	ランク I	0人	0人	0人
要支援2	0人	2人	2人	〃 II a	0人	1人	1人
要介護1	0人	0人	0人	〃 II b	0人	0人	0人
要介護2	0人	2人	2人	〃 III a	0人	0人	0人
要介護3	1人	1人	2人	〃 III b	0人	0人	0人
要介護4	1人	1人	2人	〃 IV	0人	0人	0人
要介護5	0人	0人	0人	〃 M	0人	0人	0人
上記以外	0人	0人	0人	上記以外	0人	0人	0人
未登録	0人	0人	0人	未登録	2人	5人	7人
計	2人	6人	8人	計	2人	6人	8人

レセプト統計関係

様式第一

介護給付費請求書

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

保 險 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	5
請求事業所	名称		み●●訪問介護 S T							
	所在地		〒 8 9 1 - 0 1 1 5 鹿兒島市 X X X 町 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	5	29,355	293,550	264,195		29,355					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	5	29,355	293,550	264,195		29,355					

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

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

保 險 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	5
請求事業所	名称	み●●訪問介護ST								
	所在地	〒891-0115								
		鹿児島市XXX町XXX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	4	23,676	236,760	213,084		23,676					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	4	23,676	236,760	213,084		23,676					

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

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	5
請求事業所	名称	み●●訪問介護ST								
	所在地	〒891-0115								
		鹿児島市XXX町XXX番地								
	連絡先	099-XXX-XXXX								

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

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	4	23,676	236,760	213,084		23,676					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	4	23,676	236,760	213,084		23,676					

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

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

公費負担者番号										令和 0 2 年 0 4 月 分													
公費受給者番号										保険者番号 4 6 2 0 1 0													
被保険者	被保険者番号	0 0 1 2 0 0 0 0 0 0										請求事業者	事業所番号	4 6 9 9 9 9 9 9 9 5									
	(フリガナ)	*ケニ ヨシ*											事業所名称	み●●訪問介護ST									
	氏名	*国 良*											所在地	〒891-0115 鹿児島市XXX町XXX番地									
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 性別 1. 男 ②. 女 1 4 年 0 7 月 2 9 日																					
	要介護状態区分	要介護1・②・3・4・5																					
認定有効期間	令和 0 2 年 0 1 月 0 1 日 から											連絡先	電話番号 099-XXX-XXXX										
	令和 0 2 年 1 2 月 3 1 日 まで																						
居宅サービス計画		① 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																					
		事業所番号	4 6 9 9 9 9 9 9 9 7										事業所名称	ケアセンター み●●									
開始年月日	令和 0 2 年 0 4 月 0 1 日										中止年月日												
中止理由	1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																						
給付費明細欄	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			公費分回数	公費対象単位数			摘要							
	身体1生活1		1 1 4 1 1 1			3 1 5		1 8	5 6 7 0														
	緊急時訪問介護加算		1 1 4 0 0 0			1 0 0		1 8	1 8 0 0														
	訪問介護初回加算		1 1 4 0 0 1			2 0 0		1	2 0 0														
	訪問介護処遇改善加算I		1 1 6 2 7 5			8 1 8		1	8 1 8														
	訪問介護共生型サービス居宅介護1		1 1 6 3 6 1					1	- 1 7 0 1														
給付費明細欄 (住所等特例対象者)	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			公費分回数	公費対象単位数			施設所在 保険者番号		摘要					
請求額集計欄	①サービス種類コード/②名称		1 1 訪問介護													給付率 (/100) 保険 9 0 公費							
	③サービス実日数		1 8 日					日	日				日										
	④計画単位数		2 0 0 0 0																				
	⑤限度額管理対象単位数		5 9 6 9																				
	⑥限度額管理対象外単位数		8 1 8																				
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥		6 7 8 7																				
	⑧公費分単位数																						
	⑨単位数単価		1 0 0 0 円/単位			▲		円/単位	▲			円/単位	▲			円/単位							
	⑩保険請求額		6 1 0 8 3			▲										6 1 0 8 3							
	⑪利用者負担額		6 7 8 7													6 7 8 7							
	⑫公費請求額																						
	⑬公費分本人負担																						
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	▲ %			受領すべき利用者負担の総額(円)				軽減額(円)				軽減後利用者負担額(円)				備考					
																		枚中		枚目			

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

公費負担者番号										令和 0 2 年 0 4 月 分															
公費受給者番号										保険者番号 4 6 2 0 1 0															
被保険者	被保険者番号	0 0 1 2 0 0 0 0 0 0										請求事業者	事業所番号	4 6 9 9 9 9 9 9 9 5											
	(フリガナ)	*ケニ ヨシ*											事業所名称	み●●訪問介護 S T											
	氏名	*国 良*											所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5 鹿児島市 X X X 町 X X X 番地											
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 性別 1. 男 ②. 女 1 4 年 0 7 月 2 9 日																							
	要介護状態区分	要介護1・②・3・4・5																							
認定有効期間	令和 0 2 年 0 1 月 0 1 日 から										連絡先	電話番号 099-XXX-XXXX													
	令和 0 2 年 1 2 月 3 1 日 まで																								
居宅サービス計画		① 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																							
		事業所番号		4 6 9 9 9 9 9 9 9 7										事業所名称		ケアセンター み●●									
開始年月日		令和 0 2 年 0 4 月 0 1 日										中止年月日		年 月 日											
中止理由		1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																							
給付費明細欄	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			公費分回数		公費対象単位数			摘要							
	身体1生活1		1 1 4 1 1 1			3 1 5		1 8		5 6 7 0															
	緊急時訪問介護加算		1 1 4 0 0 0			1 0 0		1 8		1 8 0 0															
	訪問介護初回加算		1 1 4 0 0 1			2 0 0		1		2 0 0															
	訪問介護処遇改善加算 I		1 1 6 2 7 5			8 1 8		1		8 1 8															
	訪問介護共生型サービス居宅介護1		1 1 6 3 6 1					1		- 1 7 0 1															
給付費明細欄 (住所等特例対象者)	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			公費分回数		公費対象単位数			施設所在 保険者番号		摘要					
請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称		1 1 訪問介護																						
	③サービス実日数		1 8 日					日		日					日										
	④計画単位数																								
	⑤限度額管理対象単位数					5 9 6 9																			
	⑥限度額管理対象外単位数					8 1 8														給付率 (/100)					
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥					6 7 8 7														保険					
	⑧公費分単位数																			公費					
	⑨単位数単価		1 0 0 0 円/単位			▲		円/単位		▲			円/単位		▲			円/単位		合計					
	⑩保険請求額																								
	⑪利用者負担額					6 7 8 7														6 7 8 7					
	⑫公費請求額																								
	⑬公費分本人負担																								
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	▲ %			受領すべき利用者負担の総額(円)				軽減額(円)				軽減後利用者負担額(円)				備考							
																		枚中		枚目					

利用者：＊国良＊ （女）（1000 ） 提供年月：令和2年4月

被保険者番号（給付率）： 462010 - 0012000000 （ 90 %） 要介護 2 支援事業所： 4699999997

公費負担者〔受給者〕番号（給付率）： 1： []（ %） 2： []（ %）

緊急施設療養点数合計： 特別療養費単位数合計：

特定入所合計： 特定入所保険分： 軽減額： 軽減後利用者負担額：

明細	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス 単位数	公費 1 対象		公費 2 対象		摘 要
						回数 日数	単位数	回数 日数	単位数	
	身体 1 生活 1	114111	315	18	5,670					
	緊急時訪問介護加算	114000	100	18	1,800					
	訪問介護初回加算	114001	200	1	200					
	訪問介護処遇改善加算 I	116275	818	1	818					
	訪問介護共生型サービス居宅介護 1	116361		1	-1,701					

集計	サービス種類	サービス実日数	計画単位数		限度額管理対象単位数		限度額管理対象外単位数	
	給付単位数	公費 1 分単位数	公費 2 分単位数		単位数単価		保険請求額	
	利用者負担額	公費 1 請求額	公費 2 請求額		公費 1 分本人負担		公費 2 分本人負担	
	訪問介護		18		20,000		5,969	818
	6,787		0		0		10.00	61,083
	6,787		0		0		0	0
	合計情報							61,083
	6,787		0		0		0	0

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： R02/05/29

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
訪問介護	要介護 2	111211	身体介護 2	395	5	1,975	19,750	1
訪問介護	要介護 2	111311	身体介護 3	577	4	2,308	23,080	1
訪問介護	要介護 2	112499	身体 2・Ⅱ	435	14	6,090	60,900	1
訪問介護	要介護 2	114000	緊急時訪問介護加算		9	900	9,000	1
訪問介護	要介護 2	114001	訪問介護初回加算		1	200	2,000	1
訪問介護	要介護 2	116271	訪問介護処遇改善加算Ⅲ		1	296	2,960	1
訪問介護	要介護 2	116275	訪問介護処遇改善加算Ⅰ		1	758	7,580	1
訪問介護	要介護 3	111311	身体介護 3	577	5	2,885	28,850	1
訪問介護	要介護 3	112451	身体 1・Ⅱ	274	30	8,220	82,200	1
訪問介護	要介護 3	116274	訪問介護処遇改善加算Ⅱ		1	822	8,220	1
訪問介護	要介護 4	112451	身体 1・Ⅱ	274	9	2,466	24,660	1
訪問介護	要介護 4	112463	身 1 生 1・Ⅱ	347	13	4,511	45,110	1
訪問介護	要介護 4	115111	身体 2 生活 1	461	9	4,149	41,490	1
訪問介護	要介護 4	116274	訪問介護処遇改善加算Ⅱ		2	0	0	2
訪問介護	要介護 4	116279	訪問介護特定処遇改善加算Ⅱ		1	0	0	1
訪問介護	要介護 4	118025	生活 2・Ⅱ	200	30	6,000	60,000	1
小計		11****	訪問介護	-	-	41,580	415,800	17
訪問型サービス (独自)	要支援 2	A21111	訪問型独自サービスⅠ	1172	1	1,172	11,720	1
訪問型サービス (独自)	要支援 2	A21211	訪問型独自サービスⅡ	2342	1	2,342	23,420	1
訪問型サービス (独自)	要支援 2	A26269	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ		2	482	4,820	2
小計		A2****	訪問型サービス (独自)	-	-	3,996	39,960	4
合計		-	-	-	-	45,576	455,760	21

サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ～ R02/04

作成日： R02/05/29

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
訪問介護	111211	身体介護 2	395	5	1,975	19,750	1
訪問介護	111311	身体介護 3	577	9	5,193	51,930	2
訪問介護	112451	身体 1・Ⅱ	274	39	10,686	106,860	2
訪問介護	112463	身 1 生 1・Ⅱ	347	13	4,511	45,110	1
訪問介護	112499	身体 2・Ⅱ	435	14	6,090	60,900	1
訪問介護	114000	緊急時訪問介護加算		9	900	9,000	1
訪問介護	114001	訪問介護初回加算		1	200	2,000	1
訪問介護	115111	身体 2 生活 1	461	9	4,149	41,490	1
訪問介護	116271	訪問介護処遇改善加算Ⅲ		1	296	2,960	1
訪問介護	116274	訪問介護処遇改善加算Ⅱ		3	822	8,220	3
訪問介護	116275	訪問介護処遇改善加算Ⅰ		1	758	7,580	1
訪問介護	116279	訪問介護特定処遇改善加算Ⅱ		1	0	0	1
訪問介護	118025	生活 2・Ⅱ	200	30	6,000	60,000	1
小計	11****	訪問介護	-	-	41,580	415,800	17
訪問型サービス (独自)	A21111	訪問型独自サービスⅠ	1172	1	1,172	11,720	1
訪問型サービス (独自)	A21211	訪問型独自サービスⅡ	2342	1	2,342	23,420	1
訪問型サービス (独自)	A26269	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ		2	482	4,820	2
小計	A2****	訪問型サービス (独自)	-	-	3,996	39,960	4
合計	-	-	-	-	45,576	455,760	21

稼動額集計表

提供年月：令和2年4月 (全請求分) み●●訪問介護ST 印刷日：R2/4/15

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		
9900000030	* 谷 良 *	R2/4	11	51,111	0	0	0	0	0	5,679	0	0	0	56,790	
0012000000	* 国 良 *	R2/4	11	52,506	0	0	0	0	0	6,288	6,360	4,000	0	69,154	
	合計	(件数計)	2	103,617	0	0	0	0	0	11,967	6,360	4,000	0	125,944	

要介護3				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		
4600000001	* 治 一 *	R2/4	11	25,965	0	0	0	0	0	2,885	0	0	0	28,850	
4600000828	* 牟田 良 *	R2/4	11	81,378	0	0	0	0	0	9,042	0	0	0	90,420	
	合計	(件数計)	2	107,343	0	0	0	0	0	11,927	0	0	0	119,270	

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	11	0	0	0	0	0	0	0	144,070	0	0	144,070	
2800000003	* 路 三 *	R2/4	11	44,658	0	0	0	0	0	0	49,620	1,820	0	96,098	
	合計	(件数計)	2	44,658	0	0	0	0	0	0	193,690	1,820	0	240,168	

総 合 計				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
		提供年月	件数	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	
	合 計	R2/4	6	255,618	0	0	0	0	0	23,894	200,050	5,820	0	485,382
	総 合 計		6	255,618	0	0	0	0	0	23,894	200,050	5,820	0	485,382

介護給付費請求額一覧

請求年月：令和02年05月

み●●訪問介護S T

印刷日：R02/05/10

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
11	訪問介護										
	6	23,894	215,046	0	23,894	0	0	0	0	0	0
A2	訪問型サービス（独自）										
	2	3,996	35,964	0	3,996	0	0	0	0	0	0
事業所計											
	8	27,890	251,010	0	27,890	0	0	0	0	0	0

保険者別請求額一覧

提供年月 R02/04

指定サービス種類コード：11

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	札幌市					
居宅系	1	14	62,880	56,592	0	6,288
計	1	14	62,880	56,592	0	6,288
011023	北区					
居宅系	1	30	0	0	0	0
計	1	30	0	0	0	0
462010	鹿児島市					
居宅系	3	48	119,270	107,343	0	11,927
計	3	48	119,270	107,343	0	11,927
462036	鹿屋市					
居宅系	1	9	56,790	51,111	0	5,679
計	1	9	56,790	51,111	0	5,679
合計						
居宅系	6	101	238,940	215,046	0	23,894
計	6	101	238,940	215,046	0	23,894

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： 訪問介護

印刷日： R02/05/29

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	身体介護 生活援助 通院等乗降介助 共生型サービス	同一建物減算 特別地域加算 小規模事業所加算 中山間地域等提供加算	緊急時訪問介護加算 初回加算 生活機能向上連携加算 処遇改善加算等			【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 2											
* 谷 良 *	4,283	0	900				保険	51,111	5,679	0	0
	0	0	200				食費	0	0	0	0
	0	0	0				居住費	0	0	0	0
	0	0	296		5,679		特定治療・療養	0	0	0	0
* 国 良 *	6,090	0	0				保険	56,592	6,288	0	0
	0	0	0				食費	0	0	0	0
	0	0	0				居住費	0	0	0	0
	0	0	758		6,288		特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 2 小計 (2 人)	10,373	0	900				保険	107,703	11,967	0	0
	0	0	200				食費	0	0	0	0
	0	0	0				居住費	0	0	0	0
	0	0	1,054		11,967		特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 3											
* 牟田 良 *	8,220	0	0				保険	81,378	9,042	0	0
	0	0	0				食費	0	0	0	0
	0	0	0				居住費	0	0	0	0
	0	0	822		9,042		特定治療・療養	0	0	0	0
* 治 一 *	2,885	0	0				保険	25,965	2,885	0	0
	0	0	0				食費	0	0	0	0
	0	0	0				居住費	0	0	0	0
	0	0	0		2,885		特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 3 小計 (2 人)	11,105	0	0				保険	107,343	11,927	0	0
	0	0	0				食費	0	0	0	0
	0	0	0				居住費	0	0	0	0
	0	0	822		11,927		特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 4											
* 石 京 *	6,615	0	0				保険	0	0	0	0
	6,000	0	0				食費	0	0	0	0
	0	0	0				居住費	0	0	0	0
	0	0	0		0		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： 訪問介護

印刷日： R02/05/29

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	身体介護 生活援助 通院等乗降介助 共生型サービス	同一建物減算 特別地域加算 小規模事業所加算 中山間地域等提供加算	緊急時訪問介護加算 初回加算 生活機能向上連携加算 処遇改善加算等		【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
* 路 三 * 1012 2800000003	4,511	0	0			保険	0	0	0	0
	0	0	0			食費	0	0	0	0
	0	0	0			居住費	0	0	0	0
	0	0	0		0	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護4 小計 (2人)	11,126	0	0			保険	0	0	0	0
	6,000	0	0			食費	0	0	0	0
	0	0	0			居住費	0	0	0	0
	0	0	0		0	特定治療・療養	0	0	0	0

総合計 (6人)	32,604	0	900			保険	215,046	23,894	0	0
	6,000	0	200			食費	0	0	0	0
	0	0	0			居住費	0	0	0	0
	0	0	1,876		23,894	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30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30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	

サービス計画書

日課計画表

作成年月日 令和2年5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						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						
午前	8:00					起床（自立）	
						洗顔、食事の準備、食事（自立）	
						TV鑑賞、火・金曜日はデイ（長男嫁）	
	10:00	清掃、食事支援・見守り	ホームヘルパー	食事介助		掃除、食事の後片付け（ヘルパー支援）	
午後	12:00			食事介助、口腔清潔介助		昼食準備（長男嫁支援）	
						昼食	
	14:00					昼寝	
						散歩、庭や菜園の手入れ	
夜間	16:00	入浴介助	家族（長男嫁）	更衣介助		入浴（シャワー浴） 火・金曜日は帰宅	
						入食事の準備	
	18:00		家族（長男嫁）	食事介助		夕食	
	20:00						
深夜	22:00					就寝	
	24:00						
	2:00					トイレに起床（自立）	
随時実施するサービス							
その他のサービス							

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 *

年月日	内 容	年月日	内 容
R02. 04. 01 (水)	[介護記録]		[外出介助]
10:00～10:59	【実施項目】		車いす
* 玉 あや *	[サービス準備・記録等]		
	健康チェック, 環境整備, 記録等		
	[排泄介助]		
	ポータブル		
	[食事介助]		
	全部		
	【特記事項】		
	特記事項		
R02. 04. 01 (水)	[介護記録]		
11:23	【実施項目】		
* 玉 あや *	[サービス準備・記録等]		
	健康チェック		
	[排泄介助]		
	ポータブル, 排便, 排尿		
	[食事介助]		
	一部		
	[清拭]		
	部分		
	[掃除援助]		
	居間, 寝室, ゴミ出し, 掃除機・拭き掃除		
	[洗濯援助]		
	洗濯		
	[ベッドメイク]		
	カバー交換		
R02. 04. 01 (水)	[介護記録]		
13:00～13:59	【実施項目】		
* 玉 あや *	[サービス準備・記録等]		
	環境整備		
	[排泄介助]		
	オムツ		
	[食事介助]		
	水分補給		
	[清拭]		
	部分		
	[身体整容]		
	髭の手入れ		

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
	訪問介護 み●●	* 田 修 *	訪問介護 み●●	* 山 夕 *	訪問介護 み●●	* 角 勇 *
	訪問介護 み●●	* 田山 京 *				
検討した項目	初回訪問介護利用に伴って（要介護） 本人より 家族より サービス事業所より					
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ついては行っていく必要がある。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	①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。 ②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 （次回の開催時期）						

サービス計画書

作成日 [令和2年04月01日] 作成者 [小 * 知 * 訪問介護事業所]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他
体の調子はだいぶ良くなってきています。足が少し痛いです。	服薬管理、健康観察にて、異常の早期対応ができる。	R02/4/1～ R02/10/31			体調の確認。	4回／週	服薬の声かけ、確認。緊急時の対応、連絡。	
家では水道を引いていないため、環境的に風呂が使えない状況ある。また入浴、排泄は声かけ、促しが必要な状況がある。	他者の見守りにて身の回りのこと（入浴、排泄等）が出来る。	R2/4/1～ R2/10/31	排泄失敗時に更衣ができ、不快感無く過ごせる。	R2/4/1～ R2/7/31	トイレ誘導		トイレ誘導、排泄失敗時はリハビリパンツ、尿取りなどの交換を行う。清拭など、清潔にする。皮膚状態の確認。本人に更衣の促し、介助する。	
自分で調理をすることが出来ません。また掃除など家のことをすることも難しいと思います（家族）	食事を確保でき、栄養状態の悪化予防できる。	R2/4/1～ R2/10/31	栄養バランスの取れた食事を摂ることができる。	R2/4/1～ R2/7/31	本人に嗜好を確認をする。	4回／週	食事の準備、調理、片付け。	
			転倒しないように、また室内の環境を清潔に整えることができる。	R2/4/1～ R2/7/31	掃除（トイレ、台所、居間等）本人と一緒にコミュニケーションを図りながら掃除を行う。	2～4回	洗濯、洗濯物干し。布団干し、シーツ交換など。ゴミ出し、分別の援助。	

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

[* 石 京 *

様]

サービス計画書

作成日 [令和2年04月01日]

作成者 [み●●訪問介護事業所
* 知 小 *]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他	評価
体の調子はだいぶ良くなってきています。足が少し痛いです。	服薬管理、健康観察にて、異常の早期対応ができる。	R2/4/1 ~ R2/10/31			体調の確認。	4回／週	服薬の声かけ、確認。緊急時の対応、連絡。		
家では水道を引いていないため、環境的に風呂が使えない状況ある。また入浴、排泄は声かけ、促しが必要な状況がある。	他者の見守りにて身の回りのこと（入浴、排泄等）が出来る。	R2/4/1 ~ R2/10/31	排泄失敗時に更衣ができ、不快感無く過ごせる。	R2/4/1 ~ R2/7/31	トイレ誘導		トイレ誘導、排泄失敗時はリハビリパンツ、尿取りなどの交換を行う。清拭など、清潔にする。皮膚状態の確認。本人に更衣の促し、介助する。		
自分で調理をすることが出来ません。また掃除など家のことをすることも難しいと思います（家族）	食事を確保でき、栄養状態の悪化予防できる。	R2/4/1 ~ R2/10/31	栄養バランスの取れた食事を摂ることができる。	R2/4/1 ~ R2/7/31	本人に嗜好を確認をする。	4回／週	食事の準備、調理、片付け。		
			転倒しないように、また室内の環境を清潔に整えることができる。	R2/4/1 ~ R2/7/31	掃除（トイレ、台所、居間等） 本人と一緒にコミュニケーションを図りながら掃除を行う。	2～4回	洗濯、洗濯物干し。 布団干し、シーツ交換など。 ゴミ出し、分別の援助。		

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

[* 石 京 *

様]

サービス評価表

作成日 [令和2年04月01日]

み●●訪問介護事業所
作成者 [* 知 小 *]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他	評価
体の調子はだいぶ良くなってきています。足が少し痛いです。	服薬管理、健康観察にて、異常の早期対応ができる。	R2/4/1 ～ R2/10/31			体調の確認。	4回／週	服薬の声かけ、確認。緊急時の対応、連絡。		○
家では水道を引いていないため、環境的に風呂が使えない状況ある。また入浴、排泄は声かけ、促しが必要な状況がある。	他者の見守りにて身の回りのこと（入浴、排泄等）が出来る。	R2/4/1 ～ R2/10/31	排泄失敗時に更衣ができ、不快感無く過ごせる。	R2/4/1 ～ R2/7/31	トイレ誘導		トイレ誘導、排泄失敗時はリハビリパンツ、尿取りなどの交換を行う。清拭など、清潔にする。皮膚状態の確認。本人に更衣の促し、介助する。		○
自分で調理をすることが出来ません。また掃除など家のことをすることも難しいと思います（家族）	食事を確保でき、栄養状態の悪化予防できる。	R2/4/1 ～ R2/10/31	栄養バランスの取れた食事を摂ることができる。	R2/4/1 ～ R2/7/31	本人に嗜好を確認をする。	4回／週	食事の準備、調理、片付け。		○
			転倒しないように、また室内の環境を清潔に整えることができる。	R2/4/1 ～ R2/7/31	掃除（トイレ、台所、居間等） 本人と一緒にコミュニケーションを図りながら掃除を行う。	2～4回	洗濯、洗濯物干し。 布団干し、シーツ交換など。 ゴミ出し、分別の援助。		○

[* 城 良 *

様]

予防サービス計画書

み●●訪問介護事業所

作成日 [令和02年04月01日

] 作成者 [* 玉 あや *

]

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	目標についての 支援のポイント	期間	具体的なサービス内容	評価
運動・移動について 腰が痛く、屈むこと や長時間の立位等は 困難。日常生活動作 に制限がある。転倒 の不安もあり、外出 が困難でもある。	腰が痛く、不自由 することがある。 しかし、リハビリ しながら少しずつ 良くしたいと思っ ている。	■有 □無 腰椎圧迫骨折後、下 肢筋力の低下がある 。円背のため、背中 を伸ばしたり、重い ものを持つ事も困難 。	1. 足の筋力 低下によって 歩行が難しく 、転倒の危険 性がある。	1. (目標) 転ばないように安 全に歩く事ができ るようになる。 (具体策) ①適切な機能訓練 を行い、筋力・体 力をつける。	週1回のデイサー ビスは気分転換に なり、他者との交 流ができる。	腰に負担のか かる家事を除 き、自分で出 来る家事は自 分で行い、身 体を動かす。	腰への負担を避け 、痛みがひどくな らないようにする 。自分で出来る事 は自分で行う。	R2/4/1 ～ R2/6/ 30	機能訓練の実施	
日常生活(家庭生活)について 腰痛のため、腰を屈 めることや、長時間 の立位を行う事は困 難である。介護保険 での訪問介護を利用 し、上記について支 援を受けている。	ヘルパーに手助け してもらうことや 、息子に買い物をして もらうなど協 力してもらい、生 活できている。	■有 □無 運動・移動について と同様	2. 身体に負 担のある家事 を行うことに より、腰痛悪 化の恐れがあ る。	2. (目標) 腰に負担のかかる 家事は除き、自分 で出来る家事は自 分で行い、身体を 動かす。 (具体策) ①自分で出来る家 事は今まで通り自 分で行う。 ②腰に負担のかか る家事は、支援を 受ける。	機能訓練に参加し 、身体にきつい内 容でない訓練を行 い、継続していき たい。					
社会参加、対人関係 ・コミュニケーション について 古くから住む住宅の ため、近隣との付き 合いをもつが、最近 は行き来が少ない。 デイサービスに参加 し、他社との交流を もつ。	(本人) 週1回の デイサービスが良 い気分転換になっ ている。	■有 □無 他人と会う機会がな くなり、交流が減っ てきている。								
健康管理について 毎月定期的に通院し 、医師に疾病につい て相談している。内 服も自己管理してい る。	(本人) 血圧の値 など、健康管理に ついては気につ けている。	□有 □無 身体を動かす機会が 減っているため、リ ハビリなど身体を動 かす機会を作る。								

私は、この計画書に同意いたします。

印

[* 城 良 *

様]

予防サービス評価表

み●●訪問介護事業所

作成日 [令和02年04月01日

] 作成者 [* 玉 あや *

]

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	目標についての 支援のポイント	期間	具体的なサービス内容	評価
運動・移動について 腰が痛く、屈むこと や長時間の立位等は 困難。日常生活動作 に制限がある。転倒 の不安もあり、外出 が困難でもある。	腰が痛く、不自由 することがある。 しかし、リハビリ しながら少しずつ 良くしたいと思っ ている。	■有 □無 腰椎圧迫骨折後、下 肢筋力の低下がある 。円背のため、背中 を伸ばしたり、重い ものを持つ事も困難 。	1. 足の筋力 低下によって 歩行が難しく 、転倒の危険 性がある。	1. (目標) 転ばないように安 全に歩く事ができ るようになる。 (具体策) ①適切な機能訓練 を行い、筋力・体 力をつける。	週1回のデイサー ビスは気分転換に なり、他者との交 流ができる。	腰に負担のか かる家事を除 き、自分で出 来る家事は自 分で行い、身 体を動かす。	腰への負担を避け 、痛みがひどくな らないようにする 。自分で出来る事 は自分で行う。	R2/4/1 ～ R2/6/ 30	機能訓練の実施	本人も意欲的であ り継続する。
日常生活（家庭生活 ）について 腰痛のため、腰を屈 めることや、長時間 の立位を行う事は困 難である。介護保険 での訪問介護を利用 し、上記について支 援を受けている。	ヘルパーに手助け してもらうことや 、息子に買い物をして もらうなど協力してもらい、生 活できている。	■有 □無 運動・移動について と同様	2. 身体に負 担のある家事 を行うことに より、腰痛悪 化の恐れがあ る。	2. (目標) 腰に負担のかかる 家事は除き、自分 で出来る家事は自 分で行い、身体を 動かす。 (具体策) ①自分で出来る家 事は今まで通り自 分で行う。 ②腰に負担のかか る家事は、支援を 受ける。	機能訓練に参加し 、身体にきつい内 容でない訓練を行 い、継続していき たい。					
社会参加、対人関係 ・コミュニケーション について 古くから住む住宅の ため、近隣との付き 合いをもつが、最近 は行き来が少ない。 デイサービスに参加 し、他社との交流を もつ。	(本人)週1回の デイサービスが良 い気分転換になっ ている。	■有 □無 他人と会う機会がな くなり、交流が減っ てきている。								
健康管理について 毎月定期的に通院し 、医師に疾病につい て相談している。内 服も自己管理してい る。	(本人)血圧の値 など、健康管理に ついては気にかけ ている。	□有 □無 身体を動かす機会が 減っているため、リ ハビリなど身体を動 かす機会を作る。								

個別援助計画書

作成日： 令和2年4月1日

利用者氏名： * 国 良 *

個別援助計画

作成年月日	令和2年4月1日		前回作成日	令和2年3月1日	
要介護認定日	令和2年3月25日		要支援状態区分	要介護 2	
主たる介護者	* 国 一 *	続柄	次男	同意年月日	令和2年4月1日
電話番号		連絡先			

居宅介護支援事業所情報

事業所番号	4699999999	事業所名	ケアセンター「み●●」		
所在地	X X X 市 X X X 町 X X X X 番地			電話番号	099-XXXX-XXXX
担当者	* 知 菊 *				

【援助目標/期間】

援助目標	期間	見直日	備考
居間・寝室・トイレ・風呂場・台所・玄関・ベッドメイキング・天気の良い日の布団干し・大き目の洗濯干しの作業を一緒に行い、転倒しないように注意する、緊急時の対応を行う	R2/4/1 ~ R2/6/30		過去に転倒事例あり。
一緒に食事の準備を行う	R2/4/1 ~ R2/6/30		

本人及び家族の意向・希望

本人及び家族へのお願い

評価

目標達成度

評価日 令和2年5月1日

雨が多く、布団干しが出来なった。

満足度内容

評価日

食事の手伝いを、積極的に取り組んでもらった。

見直し内容

評価日

転倒しそうな内容について、注意する。

説明日： 令和2年5月1日

説明者： * 阪 太 * 職種： ホームヘルパー

(ご利用者氏名)

令和2年04月 サービス予定カレンダー

印刷日：令和2年06月02日

石 サ

様

訪問介護 み●●

日	月	火	水	木	金	土
			1 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	2 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	3 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	4 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)
5 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	6 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	7 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	8 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	9 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	10 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	11 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)
12 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	13 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	14 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	15 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	16 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	17 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	18 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)
19 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	20 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	21 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	22 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	23 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	24 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	25 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)
26 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	27 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	28 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	29 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)	30 07:30-07:59 訪問介護 (*玉) 12:00-12:29 訪問介護 (*玉)		

※は印刷できない他の予定があります

(スタッフ氏名)

令和2年04月 サービス予定カレンダー

印刷日：令和2年06月02日

玉 あや

様

訪問介護 み●●

日	月	火	水	木	金	土
			1 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	2 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	3 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	4 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)
5 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	6 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	7 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 09:00-09:59 訪問介護 (*路 りさ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	8 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	9 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	10 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	11 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)
12 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	13 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	14 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 09:00-09:59 訪問介護 (*路 りさ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	15 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 11:00-12:00 担当者会議 (*石 京*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	16 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	17 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	18 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)
19 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	20 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	21 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 09:00-09:59 訪問介護 (*路 りさ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	22 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	23 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	24 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	25 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)
26 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	27 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	28 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 09:00-09:59 訪問介護 (*路 りさ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	29 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	30 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)		

※は印刷できない他の予定があります

				4/1（水）	4/2（木）	4/3（金）	4/4（土）
知 小				10:00-10:29 介護 *治 一* 15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*	10:00-10:29 介護 *治 一* 15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*	10:00-10:29 介護 *治 一*	15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*
	4/5（日）	4/6（月）	4/7（火）	4/8（水）	4/9（木）	4/10（金）	4/11（土）
	10:00-10:29 介護 *治 一*		15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*	10:00-10:29 介護 *治 一* 15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*	10:00-10:29 介護 *治 一* 15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*	10:00-10:29 介護 *治 一*	15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*
	4/12（日）	4/13（月）	4/14（火）	4/15（水）	4/16（木）	4/17（金）	4/18（土）
	10:00-10:29 介護 *治 一*		15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*	10:00-10:29 介護 *治 一* 15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*	10:00-10:29 介護 *治 一* 15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*	10:00-10:29 介護 *治 一*	15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*
	4/19（日）	4/20（月）	4/21（火）	4/22（水）	4/23（木）	4/24（金）	4/25（土）
	10:00-10:29 介護 *治 一*		15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*	10:00-10:29 介護 *治 一* 15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*	10:00-10:29 介護 *治 一* 15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*	10:00-10:29 介護 *治 一*	15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*
	4/26（日）	4/27（月）	4/28（火）	4/29（水）	4/30（木）		
	10:00-10:29 介護 *治 一*		15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*	10:00-10:29 介護 *治 一* 15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*	10:00-10:29 介護 *治 一* 15:00-15:59 介護 [身体 59分] *戸 二*		

利用者				4/1（水）	4/2（木）	4/3（金）	4/4（土）
治 一				10:00-10:29 介護 *知 小*	10:00-10:29 介護 *知 小*	10:00-10:29 介護 *知 小*	
	4/5（日）	4/6（月）	4/7（火）	4/8（水）	4/9（木）	4/10（金）	4/11（土）
	10:00-10:29 介護 *知 小*			10:00-10:29 介護 *知 小*	10:00-10:29 介護 *知 小*	10:00-10:29 介護 *知 小*	
	4/12（日）	4/13（月）	4/14（火）	4/15（水）	4/16（木）	4/17（金）	4/18（土）
	10:00-10:29 介護 *知 小*			10:00-10:29 介護 *知 小*	10:00-10:29 介護 *知 小*	10:00-10:29 介護 *知 小*	
	4/19（日）	4/20（月）	4/21（火）	4/22（水）	4/23（木）	4/24（金）	4/25（土）
	10:00-10:29 介護 *知 小*			10:00-10:29 介護 *知 小*	10:00-10:29 介護 *知 小*	10:00-10:29 介護 *知 小*	
	4/26（日）	4/27（月）	4/28（火）	4/29（水）	4/30（木）		
	10:00-10:29 介護 *知 小*			10:00-10:29 介護 *知 小*	10:00-10:29 介護 *知 小*		

月間訪問予定表

介護

印刷日：令和2年6月2日

[illegible]

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				
		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、食事も適当に済まず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。
	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	

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。 家族：以前よりも明るくなったが転倒や火事など事故が心配である。	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らしている要因を、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。

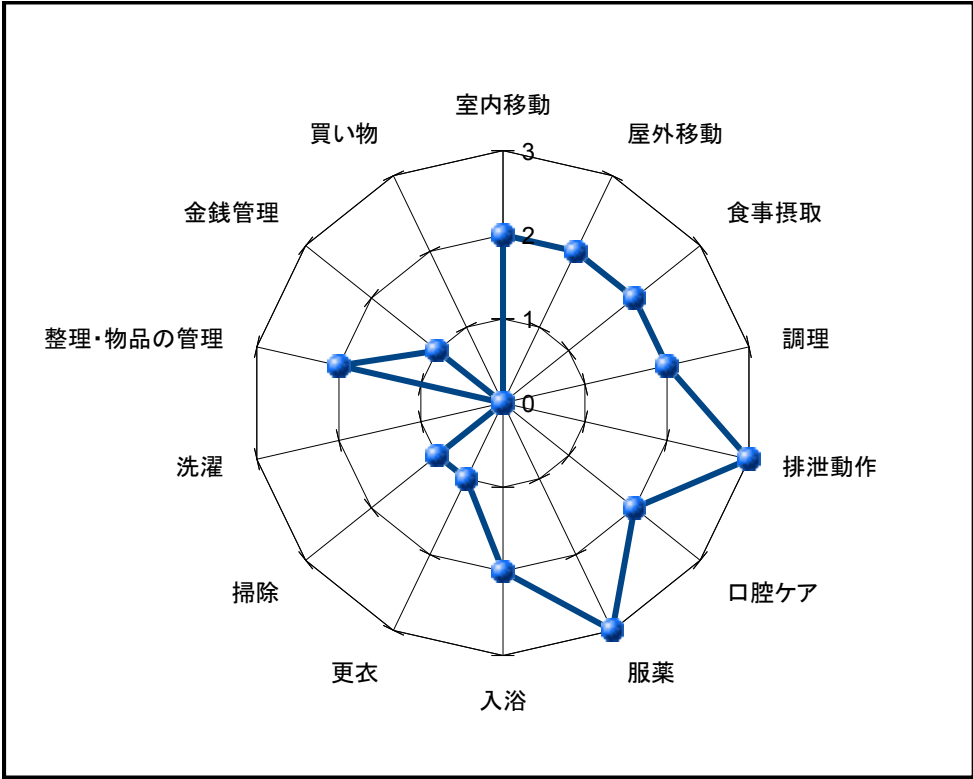
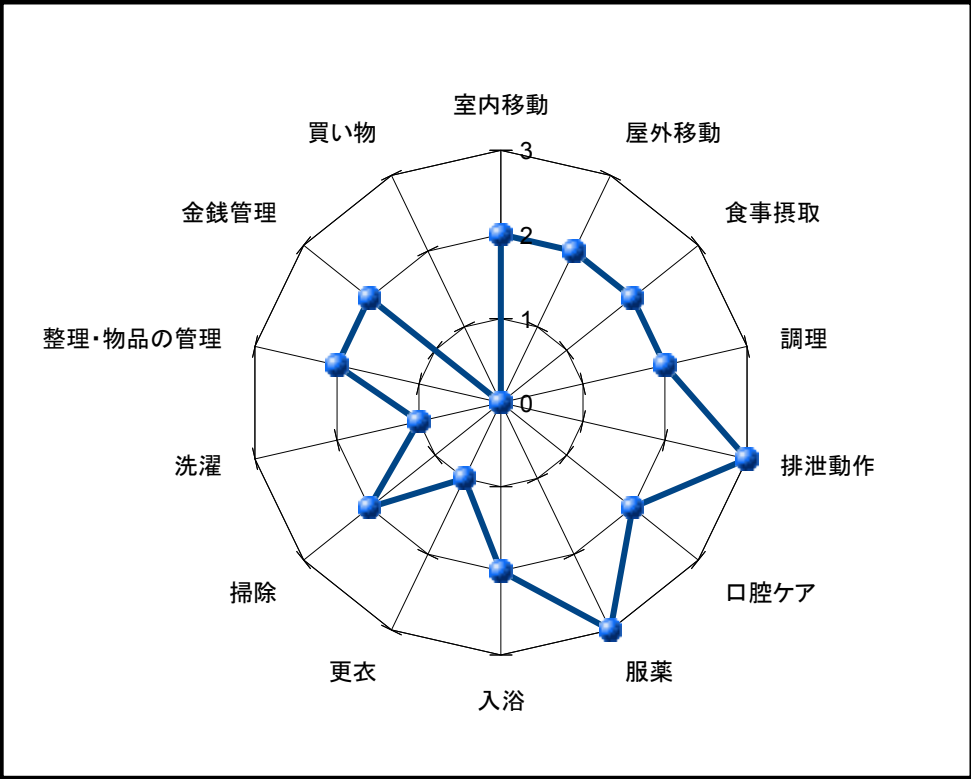
※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

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

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	R03. 03. 31		R02. 04. 1	○	○	○	R02/3/28	R02/3/28	R02. 04. 30		
2		* 戸 道 *	要支援 1	R03. 03. 31		R02. 04. 1	○	○	○	R02/3/26	R02/3/26	R02. 04. 30		
3	1234	* 石 京 *	要介護 4	R03. 03. 31	R02. 01. 29 Ra	R02. 04. 1	○	○	○	R02/3/29	R02/3/29	R02. 04. 30		
4	1001	* 勢崎 京 *	要支援 2	R03. 03. 31		R02. 04. 1	○	○	○	R02/3/20	R02/3/20	R02. 04. 30		
5		* 城 良 *	要支援 2	R03. 03. 31		R02. 04. 1	○	○	○	R02/3/22	R02/3/22	H29. 04. 01		
6		* 川 花 *	要介護 1	R03. 03. 31	R02. 04. 27 Ca	R02. 04. 1	○	○	○	R02/3/25	R02/3/25	R02. 04. 30		
7		* 子 三 *	要介護 5	R03. 03. 31	R02. 01. 29 Ra	R02. 04. 1	○	○	○	R02/3/28	R02/3/28	R02. 04. 30		
8		* 子 りさ *	要支援 2	R03. 03. 31		R02. 04. 1	○	○	○	R02/3/29	R02/3/29	R02. 04. 30		
9		* 下 大 *	要介護 3	R03. 03. 31	R02. 01. 29 Ra	R02. 04. 1	○	○	○	R02/3/26	R02/3/26	R02. 04. 30		
10	1000	* 国 良 *	要介護 2	R03. 03. 31	R02. 04. 27 Ca	R02. 04. 1	○	○	○	R02/3/27	R02/3/27	R02. 04. 30		
11		* 戸 京 *	要介護 3	R03. 03. 31	R02. 01. 29 Ra	R02. 04. 1	○	○	○	R02/3/24	R02/3/24	R02. 04. 30		

業務帳票

■掲示板

タイトル	利用者 ●●さんの担当者会議を、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 ●●さんの担当者会議を、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 *		

利用者番号 1000

〒 891-0115

* 国 良 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 国 良 * 様

発行日 令和2年5月11日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

訪問介護 み●●

管理者：* 松 吉 *

Tel：099-XXX-XXXX

請求書

請求書番号 198

居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
13,365	12,729	636				
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 12,729	② 6,360	③ 10,400	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

請求金額	29,489 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:0円)
医療費控除対象金額	6,288 円

(口座引落)

前月までの未収額	円
合計請求額	円

口座引落のため未収金額は印字されません

保 険 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
身体2・Ⅱ	435	14	交通費	1,000	4		4,000
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1	昼食代	800	8		6,400
通所介護Ⅰ42	679	8					
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8					
通所介護入浴介助加算	50	8					
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ2	12	8					
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1					

※備考

利用者番号 1000

〒 891-0115

* 国 良 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 国 良 * 様

発行日 令和2年5月11日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

訪問介護 み●●

管理者：* 松 吉 *

Tel：099-XXX-XXXX

領収書

請求書番号 198

居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
13,365	12,729	636				
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 12,729	② 6,360	③ 10,400	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

領収金額	29,489 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:0円)
医療費控除対象金額	6,288 円

(口座引落)

前月までの未収額	円
合計請求額	円

口座引落のため未収金額は印字されません

保 険 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
身体2・Ⅱ	435	14	交通費	1,000	4		4,000
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1	昼食代	800	8		6,400
通所介護Ⅰ42	679	8					
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8					
通所介護入浴介助加算	50	8					
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ2	12	8					
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1					

※備考

利用者番号 1000

〒 891-0115

* 国 良 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 国 良 * 様

入金日 令和2年5月11日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

訪問介護 み●●

管理者：* 松 吉 *

Tel：099-XXX-XXXX

請求書（控）

請求書番号 198

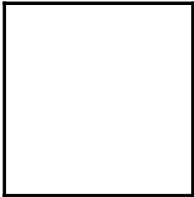
居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
13,365	12,729	636				
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 12,729	② 6,360	③ 10,400	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

請求金額	29,489 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:0円)
医療費控除対象金額	6,288 円

(口座引落)



保 険 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
身体2・Ⅱ	435	14	交通費	1,000	4		4,000
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1	昼食代	800	8		6,400
通所介護Ⅰ42	679	8					
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8					
通所介護入浴介助加算	50	8					
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ2	12	8					
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1					

※備考

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額	項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
身体２・Ⅱ	435	14							
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1							
通所介護Ⅰ４２	679	8							
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8							
通所介護入浴介助加算	50	8							
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ２	12	8							
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1							
交通費	1,000	4		4,000					
昼食代	800	8		6,400					

＊・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%) ※備考

前月までの未収額	
合計請求額	日座引落のため未収金額は印字されません

■様式B A4

領収書

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1

利用者番号1000

*国 良*様 氏 名

*国 良*様

領収金額 29,489 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

介護保険請求額 (①+②-③)	19,089	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	12,729	保険分金額合計	
保険外金額②	6,360	保険分利用者負担④	
減免金額③			
その他費用合計	10,400	医療費控除 対象金額	6,288 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
身体2・Ⅱ	435	14		
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1		
通所介護Ⅰ42	679	8		
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8		
通所介護入浴介助加算	50	8		
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ2	12	8		
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1		
交通費	1,000	4		4,000
昼食代	800	8		6,400

*・・内税(10%) 外・・外税(10%) ★・・内税(8%) 軽・・外税(8%)

入金日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
請求書番号 198

サービス ① ② ③ 4 5 ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
提供日 11 12 ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ 18 19 ⑳
㉑ ㉒ ㉓ ㉔ 25 26 ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

領収印

領収書 (控)

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1

利用者番号1000

*国 良*様 氏 名

*国 良*様

領収金額 29,489 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

介護保険請求額 (①+②-③)	19,089	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	12,729	保険分金額合計	
保険外金額②	6,360	保険分利用者負担④	
減免金額③			
その他費用合計	10,400	医療費控除 対象金額	6,288 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
身体2・Ⅱ	435	14		
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1		
通所介護Ⅰ42	679	8		
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8		
通所介護入浴介助加算	50	8		
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ2	12	8		
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1		
交通費	1,000	4		4,000
昼食代	800	8		6,400

*・・内税(10%) 外・・外税(10%) ★・・内税(8%) 軽・・外税(8%)

入金日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
請求書番号 198

サービス ① ② ③ 4 5 ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
提供日 11 12 ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ 18 19 ⑳
㉑ ㉒ ㉓ ㉔ 25 26 ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

*・・内税(10%) 外・・外税(10%) ★・・内税(8%) 軽・・外税(8%)

891-0115

* 国 良 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 国 良 * 様

入金日 令和2年5月11日

請求書 (控)

請求書番号 198

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

訪問介護 み●●

管理者 : * 松 吉 * TEL : 099-XXX-XXXX

サービス ① ② ③ 4 5 ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
提供日 11 12 ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ 18 19 ⑳
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
13,365	12,729	636				
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 12,729	② 6,360	③ 10,400	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

請求金額	29,489 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:0円)
医療費控除対象金額	6,288 円

(口座引落)

保 険 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
身体 2・Ⅱ	435	14	交通費	1,000	4		4,000
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1	昼食代	800	8		6,400
通所介護Ⅰ 4 2	679	8					
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8					
通所介護入浴介助加算	50	8					
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ 2	12	8					
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1					

※備考

891-0115

* 国 良 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 × × × 番地 1

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 国 良 * 様

入金日 令和2年5月11日

領収書 (控)

請求書番号 198

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 × × × 番地

訪問介護 み●●

管理者 : * 松 吉 * TEL : 099-XXX-XXXX

サービス ① ② ③ 4 5 ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
提供日 11 12 ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ 18 19 ⑳
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
13,365	12,729	636				
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 12,729	② 6,360	③ 10,400	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

領収金額	29,489 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:0円)
医療費控除対象金額	6,288 円

(口座引落)

保 険 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
身体 2 ・ II	435	14	交通費	1,000	4		4,000
訪問介護処遇改善加算 I	834	1	昼食代	800	8		6,400
通所介護 I 4 2	679	8					
通所介護個別機能訓練加算 I	46	8					
通所介護入浴介助加算	50	8					
通所介護サービス提供体制加算 I 2	12	8					
通所介護処遇改善加算 III	145	1					

※備考

■様式D A5

利用者番号 1000

請求書

＊国 良＊ 様

請求日 令和2年5月11日

ご利用期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

請求金額	特定点数※1
29,489	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	※備考

特定点数※1欄には
特別療養加算と特定
治療点数の合計が表
示されます。

(口座引落)

請求書番号 198

医療費控除 対象金額	減免金額
¥6,288	

令和2年4月 ご利用日

日	月	火	水	木	金	土
			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	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	

サービス内訳	単位	回数
身体2・Ⅱ	435	14
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1
通所介護Ⅰ42	679	8
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8
通所介護入浴介助加算	50	8
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ2	12	8
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
交通費	1,000	4		4,000
昼食代	800	8		6,400

＊・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

前月までの未収額	
合計請求額	

口座引落のため未収金額は印字されません

居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

■様式D A5

利用者番号 1000

領収書

＊国 良＊ 様

請求日 令和2年5月11日

ご利用期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

領収金額	特定点数※1
29,489	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	※備考

特定点数※1欄には
特別療養加算と特定
治療点数の合計が表
示されます。

(口座引落)

請求書番号 198

医療費控除 対象金額	減免金額
¥6,288	

令和2年4月 ご利用日

日	月	火	水	木	金	土
			①	②	③	4
5	6	⑦	⑧	⑨	⑩	11
12	13	⑭	⑮	⑯	⑰	18
19	20	⑳	㉑	㉒	㉓	24
26	27	㉘	㉙	㉚	㉛	25

サービス内訳	単位	回数
身体2・Ⅱ	435	14
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1
通所介護Ⅰ42	679	8
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8
通所介護入浴介助加算	50	8
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ2	12	8
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
交通費	1,000	4		4,000
昼食代	800	8		6,400

＊・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

前月までの未収額	
合計請求額	

口座引落のため未収金額は印字されません

居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

■様式D A5

利用者番号 1000

請求書（控）

＊国 良＊ 様

入金日 令和2年5月11日

ご利用期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

請求金額	特定点数※1
29,489	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	※備考

特定点数※1欄には
特別療養加算と特定
治療点数の合計が表
示されます。

(口座引落)

請求書番号 198

医療費控除 対象金額	減免金額
¥6,288	

令和2年4月 ご利用日

日	月	火	水	木	金	土
			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	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	

サービス内訳	単位	回数
身体2・Ⅱ	435	14
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1
通所介護Ⅰ42	679	8
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8
通所介護入浴介助加算	50	8
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ2	12	8
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
交通費	1,000	4		4,000
昼食代	800	8		6,400

＊・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

■様式D A5

利用者番号 1000

領収書（控）

＊国 良＊ 様

入金日 令和2年5月11日

ご利用期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

領収金額	特定点数※1
29,489	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	※備考

特定点数※1欄には
特別療養加算と特定
治療点数の合計が表
示されます。

(口座引落)

請求書番号 198

医療費控除 対象金額	減免金額
¥6,288	

令和2年4月 ご利用日

日	月	火	水	木	金	土
			①	②	③	4
5	6	⑦	⑧	⑨	⑩	11
12	13	⑭	⑮	⑯	⑰	18
19	20	⑳	㉑	㉒	㉓	24
25	26	27	㉘	㉙	㉚	

サービス内訳	単位	回数
身体2・Ⅱ	435	14
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1
通所介護Ⅰ42	679	8
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8
通所介護入浴介助加算	50	8
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ2	12	8
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
交通費	1,000	4		4,000
昼食代	800	8		6,400

＊・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

■様式 E A5

請求書

利用者番号 1000
* 国 良 * 様
請求日 令和2年5月11日

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1
* 国 良 * 様

請求金額	
29,489	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	
①の合計	
前月までの未収額	
合計請求額	

口座引落のため未収金額は印字されません

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	12,729	6,288
保険外金額	6,360	軽減金額合計 ②
その他費用	10,400	
		食費居住費
(口座引落)		

令和2年4月 のご利用日
日 月 火 水 木 金 土
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

[請求明細]			[請求明細]		
訪問介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	6,924			
身体 2・Ⅱ	14 ×	435			
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	1 ×	834			
通所介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	6,441			
通所介護Ⅰ 4 2	8 ×	679			
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	8 ×	46			
通所介護入浴介助加算	8 ×	50			
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ 2	8 ×	12			
通所介護処遇改善加算Ⅲ	1 ×	145			
その他費用 訪問介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	4,000			
交通費	4 ×	1,000			
その他費用 通所介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	6,400			
昼食代	8 ×	800			

居宅介護支援事業所 ケアセンター「み●●」

・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

■様式 E A5

領収書

利用者番号 1000
* 国 良 * 様
請求日 令和2年5月11日

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1
* 国 良 * 様

領収印

請求金額	
29,489	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	
①の合計	
前月までの未収額	
合計請求額	

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	12,729	6,288
保険外金額	6,360	軽減金額合計 ②
その他費用	10,400	
		食費居住費
(口座引落)		

令和2年4月のご利用日
日 月 火 水 木 金 土
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

口座引落のため未収金額は印字されません

[請求明細]			[請求明細]		
訪問介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	6,924			
身体2・Ⅱ	14 ×	435			
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	1 ×	834			
通所介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	6,441			
通所介護Ⅰ 4 2	8 ×	679			
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	8 ×	46			
通所介護入浴介助加算	8 ×	50			
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ 2	8 ×	12			
通所介護処遇改善加算Ⅲ	1 ×	145			
その他費用 訪問介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	4,000			
交通費	4 ×	1,000			
その他費用 通所介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	6,400			
昼食代	8 ×	800			

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

■様式 E A5

請求書（控）

利用者番号 1000
* 国 良 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1

入金日 令和2年5月11日

* 国 良 * 様

請 求 金 額
29,489
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領 収 金 額
29,489

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	12,729	6,288
保険外金額	6,360	軽減金額合計 ②
その他費用	10,400	
		食費居住費
(口座引落)		

令和2年4月 のご利用日
日 月 火 水 木 金 土
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

[請求明細]			[請求明細]		
訪問介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	6,924			
身体2・Ⅱ	14 ×	435			
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	1 ×	834			
通所介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	6,441			
通所介護Ⅰ 4 2	8 ×	679			
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	8 ×	46			
通所介護入浴介助加算	8 ×	50			
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ 2	8 ×	12			
通所介護処遇改善加算Ⅲ	1 ×	145			
その他費用 訪問介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	4,000			
交通費	4 ×	1,000			
その他費用 通所介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	6,400			
昼食代	8 ×	800			

■様式 E A5

領収書（控）

利用者番号 1000
* 国 良 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1

入金日 令和2年5月11日

* 国 良 * 様

請 求 金 額
29,489
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領 収 金 額
29,489

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	12,729	6,288
保険外金額	6,360	軽減金額合計 ②
その他費用	10,400	
		食費居住費

(口座引落)

領収印

令和2年4月 のご利用日
日 月 火 水 木 金 土
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

[請求明細]			[請求明細]		
訪問介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	6,924			
身体2・Ⅱ	14 ×	435			
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	1 ×	834			
通所介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	6,441			
通所介護Ⅰ 4 2	8 ×	679			
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	8 ×	46			
通所介護入浴介助加算	8 ×	50			
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ 2	8 ×	12			
通所介護処遇改善加算Ⅲ	1 ×	145			
その他費用 訪問介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	4,000			
交通費	4 ×	1,000			
その他費用 通所介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	6,400			
昼食代	8 ×	800			

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

■様式 F A5

請求書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1

利用者番号 1000

国 良 様 氏 名 *国 良* 様

請求金額 29,489 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

介護保険請求額 (①+②-③)	19,089	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	12,729	保険分金額合計	
保険外金額②	6,360	保険分利用者負担④	
減免金額③			

その他費用合計	10,400	医療費控除 対象金額	
その他費用減免金額	0		6,288 円

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
身体 2・Ⅱ	435	14		
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1		
通所介護Ⅰ 4 2	679	8		
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8		
通所介護入浴介助加算	50	8		
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ 2	12	8		
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1		
交通費	1,000	4		4,000
昼食代	800	8		6,400

※備考

前月までの未収額	
合計請求額	

口座引落のため未収金額は印字されません

発行日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
請求書番号 198

サービス ① ② ③ 4 5 ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
提供日 11 12 ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ 18 19 ⑳
㉑ ㉒ ㉓ ㉔ 25 26 ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

■様式 F A5

領収書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1

利用者番号 1000

国 良 様 氏 名 *国 良* 様

領収金額 29,489 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

発行日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 198

サービス ① ② ③ 4 5 ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
提供日 11 12 ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ 18 19 ⑳
㉑ ㉒ ㉓ ㉔ 25 26 ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

介護保険請求額 (①+②-③)	19,089	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	12,729	保険分金額合計	
保険外金額②	6,360	保険分利用者負担④	
減免金額③			

その他費用合計	10,400	医療費控除 対象金額	
その他費用減免金額	0		6,288 円

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
身体 2・Ⅱ	435	14		
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1		
通所介護Ⅰ 4 2	679	8		
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8		
通所介護入浴介助加算	50	8		
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ 2	12	8		
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1		
交通費	1,000	4		4,000
昼食代	800	8		6,400

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

前月までの未収額	
合計請求額	

口座引落のため未収金額は印字されません

■様式 F A5

請求書（控）

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1

利用者番号 1000

国 良 様 氏 名 *国 良* 様

請求金額 29,489 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

介護保険請求額 (①+②-③)	19,089	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	12,729	保険分金額合計	
保険外金額②	6,360	保険分利用者負担④	
減免金額③			

その他費用合計	10,400	医療費控除 対象金額	
その他費用減免金額	0		6,288 円

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
身体 2・Ⅱ	435	14		
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1		
通所介護Ⅰ 4 2	679	8		
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8		
通所介護入浴介助加算	50	8		
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ 2	12	8		
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1		
交通費	1,000	4		4,000
昼食代	800	8		6,400

※備考

入金日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
請求書番号 198

サービス ① ② ③ 4 5 ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
提供日 11 12 ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ 18 19 ⑳
㉑ ㉒ ㉓ ㉔ 25 26 ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

*・・内税(10%) 外・・外税(10%) ★・・内税(8%) 軽・・外税(8%)

様式 F A5

領収書（控）

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1

利用者番号 1000

* 国 良 * 様 氏 名 * 国 良 * 様

領収金額 29,489 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

介護保険請求額 (①+②-③)	19,089	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	12,729	保険分金額合計	
保険外金額②	6,360	保険分利用者負担④	
減免金額③			

その他費用合計	10,400	医療費控除 対象金額	
その他費用減免金額	0		6,288 円

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
身体 2・Ⅱ	435	14		
訪問介護処遇改善加算Ⅰ	834	1		
通所介護Ⅰ 4 2	679	8		
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	46	8		
通所介護入浴介助加算	50	8		
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ 2	12	8		
通所介護処遇改善加算Ⅲ	145	1		
交通費	1,000	4		4,000
昼食代	800	8		6,400

※備考

入金日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
請求書番号 198
サービス提供日 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

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

納入通知書
(納付書)
領収書

番号		納入者	*国 良*	様
令和2年度収入				
金 額		29,489 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
納 入 場 所		訪問介護 み●●		
訪問介護、通所介護 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月10日		
上記の金額を納入してください XXXX会XXX XXXX会XXX所長 XXX XXXX				
上記の金額を領収しました				領収印

納 入 書

番号		納入者	*国 良*	納
令和2年度収入				
金 額		29,489 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
納付金の内容 訪問介護、通所介護 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月10日		
上記の金額を納入してください (株)XXX銀行XXX支店 御中				
預金口座 XXX銀行 XX支店 普通預金 No. XXX 口座名義人 XXXX 法人 理事長				収納印

収 入 済 通 知 書

番号		納入者	*国 良*	納
令和2年度収入				
金 額		29,489 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
収入金の内容 (納付金) 訪問介護、通所介護 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月10日		
上記の金額を収納しました XXXX会XXX出納員殿				
預金口座 XXX銀行 XX支店 普通預金 No. XXX				収納印

業務日誌

		施設長	事務長	主任	担当

訪問介護 み●●

令和2年4月1日(水)		天 気		晴れ		作成者		* 知 小 *	
勤務者 4 人									
* 賀 桐 * (ホームヘルパー)、* 阪 太 * (ホームヘルパー)、* 知 小 * (ホームヘルパー)、* 阜 梅 * (ホームヘルパー)									
行事									
担当者会議									
訪問利用者	早朝	男性	0 名	女性	0 名	合計	0 名	未実施	0 名
	日中	男性	0 名	女性	6 名	合計	6 名	未実施	0 名
	夜間	男性	0 名	女性	0 名	合計	0 名	未実施	0 名
	深夜	男性	0 名	女性	0 名	合計	0 名	未実施	0 名
	合計	男性	0 名	女性	6 名	合計	6 名	未実施	0 名
* 国 良 *、* 国 良 *、* 石 京 *、* 石 京 *、* 谷 良 *、* 牟田 良 *									
利用者番号		利用者氏名		訪問開始時間		訪問終了時間		訪問者氏名	
1045		* 牟田 良 *		10:00		10:29		* 阪 太 *	
1234		* 石 京 *		10:00		10:29		* 賀 桐 *	
1234		* 石 京 *		17:00		17:44		* 阜 梅 *	
		* 谷 良 *		13:00		13:59		* 都 八 *	
1000		* 国 良 *		10:00		10:59		* 知 小 *	
1000		* 国 良 *		11:23		12:22		* 知 小 *	
要注意・観察者									
* 国 良 * (最高血圧、最低血圧)									
利用者		申し送り内容							
* 国 良 *		10:00 特記事項							
特記事項									
* 国 良 * さんの血圧が高くなっています。									
(1人)、(1人)									
		* 知 小 *							

	* 阪 太 *			
その他				
項目	内容			
訪問ケア項目ケア内容別男女別集計				
ケア項目	ケア内容	男	女	合計
サービス準備・記録等	健康チェック	0	2	2
サービス準備・記録等	環境整備	0	3	3
サービス準備・記録等	記録等	0	1	1
排泄介助	トイレ	0	0	0
排泄介助	ポータブル	0	2	2
排泄介助	オムツ	0	3	3
排泄介助	陰部洗浄・清拭	0	0	0
排泄介助	排便	0	1	1
排泄介助	排尿	0	1	1
食事介助	全部	0	1	1
食事介助	一部	0	1	1
食事介助	水分補給	0	3	3
清拭	部分	0	3	3
身体整容	髭の手入れ	0	2	2
身体整容	整髪	0	0	0
身体整容	通常の爪切り	0	0	0
外出介助	歩行	0	0	0
外出介助	車いす	0	2	2
外出介助	買物	0	0	0
掃除援助	居間	0	1	1
掃除援助	寝室	0	1	1
掃除援助	トイレ	0	0	0
掃除援助	ゴミ出し	0	1	1
掃除援助	掃除機・拭き掃除	0	1	1
掃除援助	その他	0	0	0
洗濯援助	洗濯	0	1	1

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]

ヒヤリ・ハット記録

利用者氏名 * 国 良 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

アクシデントレポート（事故報告書）

報告日 令和2年4月11日（木）

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 ヘルパー）
事業所名	訪問介護 み●●	管理者名	* 阜 梅*
事業所住所	鹿児島県鹿児島市池之上町 X X X X 番地		
電話番号	099-XXX-XXXX	FAX番号	

2 利用者の状況

氏名	* 石 京*	保険者名	北区	被保険者番号	00XXXXXXXX
生年月日	昭和14年6月16日（80歳）	性別	男・女	要介護度	要介護4
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4				
利用者の生活状況	介護サービス 訪問介護 週1回利用				
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1日（水）10時00分		
発生場所	利用者宅 食堂		
事故の内容	転倒、その他、頭から転倒、意識なし		
発生時の状況	椅子から立ち上がる時、転倒		
事故発生時の対応・経過			
年月日	時刻	状況と対応	反応
R2/4/1	10:00	すぐ救急車を呼ぶ、家族へ報告	意識なし、脈あり
R2/4/1	10:20	救急者へ同乗	呼びかけにも反応なし
R2/4/1	10:35	病院到着、看護師へ状況説明	
R2/4/1	11:30	安静必要の診断結果	意識は取り戻された
R2/4/1	11:49	家族へ報告	
発生要因・原因と思われるもの	利用者、職員、体調について、十分な把握が出来ていなかった。		

4 事故発生後の対応

利用者の現在の状況	●●病院 入院、食事は摂れる様になったが、安静にされている。		
家族への報告・説明内容	転倒時の状況とその後の診察結果及び入院先について報告		
損害賠償等の対応状況	なし		
再発防止に向けた対応策等	4月2日 担当者会議にて対応策検討 通院記録のチェック及び栄養状態について確認		
行政への連絡	上記の通り実施	ケース検討日	令和2年4月2日（木）
結果	対応策の徹底		

アクシデントレポート（事故報告書）

報告日 令和2年4月11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 利用者、職員、体調について、十分な把握が出来ていなかった。			
利用者の現在の状況 ●●病院 入院、食事は摂れる様になったが、安静にされている。			
家族への報告・説明内容 転倒時の状況とその後の診察結果及び入院先について報告			
損害賠償等の対応状況 なし			
再発防止に向けた対応策等 4月2日 担当者会議にて対応策検討 通院記録のチェック及び栄養状態について確認			
行政への連絡	上記の通り実施	ケース検討日	令和2年4月2日（木）
結果 対応策の徹底			職責

インシデントレポート

報告日 令和2年4月15日（水）

1 サービス事業者の概要

法人名	社会福祉法人 XX会	報告者名	* 玉 あや* （職種 ヘルパー）
事業所名	訪問介護 み●●	管理者名	* 阜 梅*
事業所住所	鹿児島県鹿児島市池之上町XXXX番地		
電話番号	099-XXX-XXXX	FAX番号	

2 利用者の状況

氏名	* 石 京*	保険者名	北区	被保険者番号	0024939400
生年月日	昭和14年6月16日（80歳）	性別	男・女	要介護度	要介護4
住所	鹿児島県鹿児島市東開町XXXX番地24				
利用者の生活状況	訪問介護 週1回利用				
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7日（火）13時30分		
発生場所	利用者宅 居間		
事故の内容	転倒、打撲・捻挫・脱臼、異食・誤嚥、左手首の打撲		
発生時の状況	椅子から立ち上がる際に転倒し、手首を負傷		
事故発生時の対応・経過			
年月日	時刻	状況と対応	反応
R2/4/7	13:30	転倒による手首打撲、家族へ報告	物が掴めない
R2/4/7	13:40	病院まで同行	
R2/4/7	13:50	看護師へ状況説明、診察	手首の腫れあり
R2/4/7	14:00	診察完了、家族へ報告	骨に異常なし、痛みのみ
R2/4/7	14:12	担当ケアマネに報告	対応策について、調整
発生要因・原因と思われるもの		利用者、職員、何かに掴まらないと立ち上がれなくなっている。利用者状態の把握ミス	

4 事故発生後の対応

利用者の現在の状況	自宅で安静にされている。痛み止め、服薬中。		
家族への報告・説明内容	事故発生時の状況と診察結果及び対策について説明		
損害賠償等の対応状況	なし		
再発防止に向けた対応策等	担当者会議で対応策検討。ケア内容変更。		
行政への連絡	なし	ケース検討日	令和2年4月8日（水）
結果	ケア内容の見直しと家族への説明を実施し、了承頂いた。		

インシデントレポート

報告日 令和2年4月15日（水）

[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 利用者、職員、何かに掴まらないう立ち上がれなくなっている。利用者状態の把握ミス			
利用者の現在の状況 自宅で安静にされている。痛み止め、服薬中。			
家族への報告・説明内容 事故発生時の状況と診察結果及び対策について説明			
損害賠償等の対応状況 なし			
再発防止に向けた対応策等 担当者会議で対応策検討。ケア内容変更。			
行政への連絡	なし	ケース検討日	令和2年4月8日（水）
結果 ケア内容の見直しと家族への説明を実施し、了承頂いた。			職責

■事業所ラベル

899-0121

鹿児島県出水市米ノ津町××××番地

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

ケアセンター「み●●」

御中

小規模多機能 い●●

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××

東●●●地域包括支援センター

御中

処方箋

利用者番号: 1024

利用者	氏名	*ムタサ*			(病歴・主治医情報)
		牟田 三			
	生年月日	昭和14年8月25日	男	80歳	主治医: *村 陽*
No	処方内容				記録日: 令和2年4月1日
1	1. アムロジン錠5mg 昼食後 昼				1錠 R2/4/1~R2/4/30
	- 以下余白 -				
備考					

処方箋(控え)							利用者番号: 1024	
利用者	氏名	*ムタサ*			(病歴・主治医情報)			
		牟田 三						
	生年月日	昭和14年8月25日	男	80歳	主治医: *村 陽*			
No	処方内容						記録日: 令和2年4月1日	
1	1. アムロジン錠5mg 昼食後						1 錠	R2/4/1~R2/4/30
							- 以下余白 -	
備考								

会議名	介護保険更新でのサービス		司会者	* 玉 あや *
			記録者	* 玉 あや *
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	* 知 小 * (ホームヘルパー)、* 阪 太 * (ホームヘルパー)、* 京 一 * (介護支援専門員)、* 田 二 * (本人)			
利用者 基本情報	氏名	* 田 二 * 様		
	介護度	要介護 4		

【各職種からのコメント】

1 2 3	本人	ヘルパーさんはいつも家をきれいにしてくれるのでありがたい。このまま続けてお願いしたいと思っている。
	家族	一人で、家に過ごすのは不安なようで、外に出ることが好きみたいです。家で過ごす時間が長くなると、体調も悪くなり、気持ちも沈んでしまいそうなので、外に連れ出してもらえるとありがたい。家事のことは一人では難しいと思うので、ヘルパーの支援を今後もお願いしたいです。」
	ホームヘルパー	身体状況：状態に変わりなく、歩行状態も自立で安定している。 生活状況：デイサービスに週〇回通っている。週1回、訪問介護にて、掃除援助を実施。 困りごと・生活ニーズ：上腕骨折後の痛み、関節痛、可動域制限あり。掃除、重い物を持つなどが困難。薬の飲み忘れが時々あり。入浴時に十分に洗身できていないことがある。

【特記事項】

ヘルパー：援助に入ったときに、朝の服薬が残ってないか確認。掃除内容（浴室、トイレ、台所、リビング、廊下）
家族：受診、買い物・外出の援助 夕方の訪問や電話で、本人の不安を軽減。薬の確認、声掛け等

【利用継続】 ☒ 可 ☐ 否 検討

本人の不安な気持ちを少しでも減らす方向で配慮しながらサービスを行う。服薬をしていただきながら、現状の身体機能を維持し、外出の機会を保つ。 本日の担当者会議にて居宅サービス計画書にある内容に沿ってサービスを提供していく事になる。
--

その他

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						用法
						朝	昼	夕	寝	随	
	アムロジン錠5mg	内服薬	錠剤	2	錠				○		就寝前

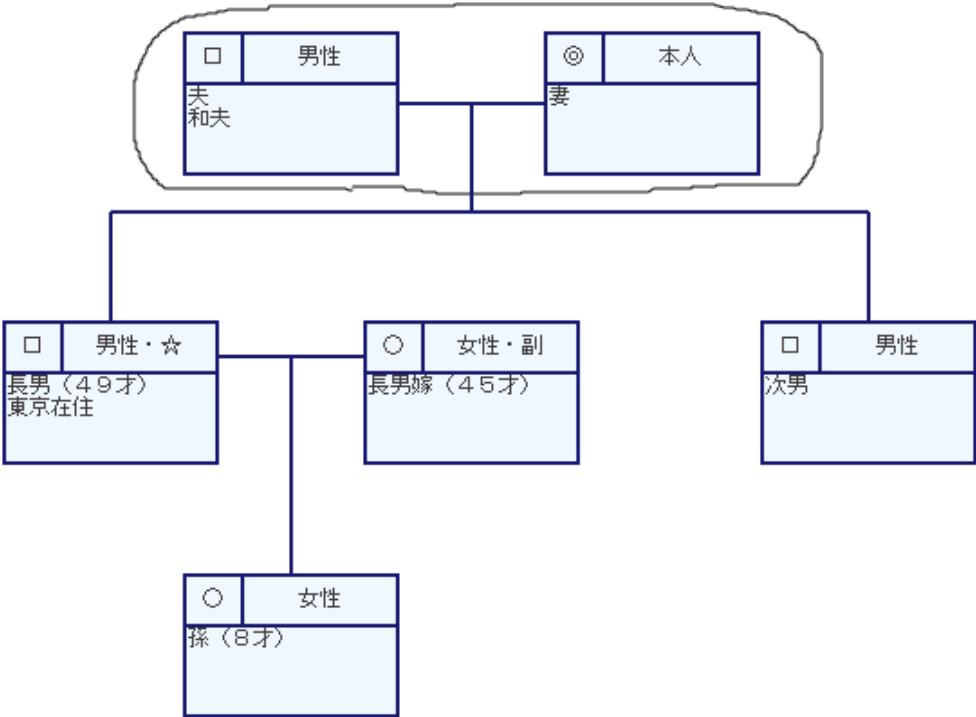
《ADL・IADL》

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	

家族構成図

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
	国 和		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	**カニ ヨシ*		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
	国 芳		男						
	**カニ シ*								
	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。							

《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。	

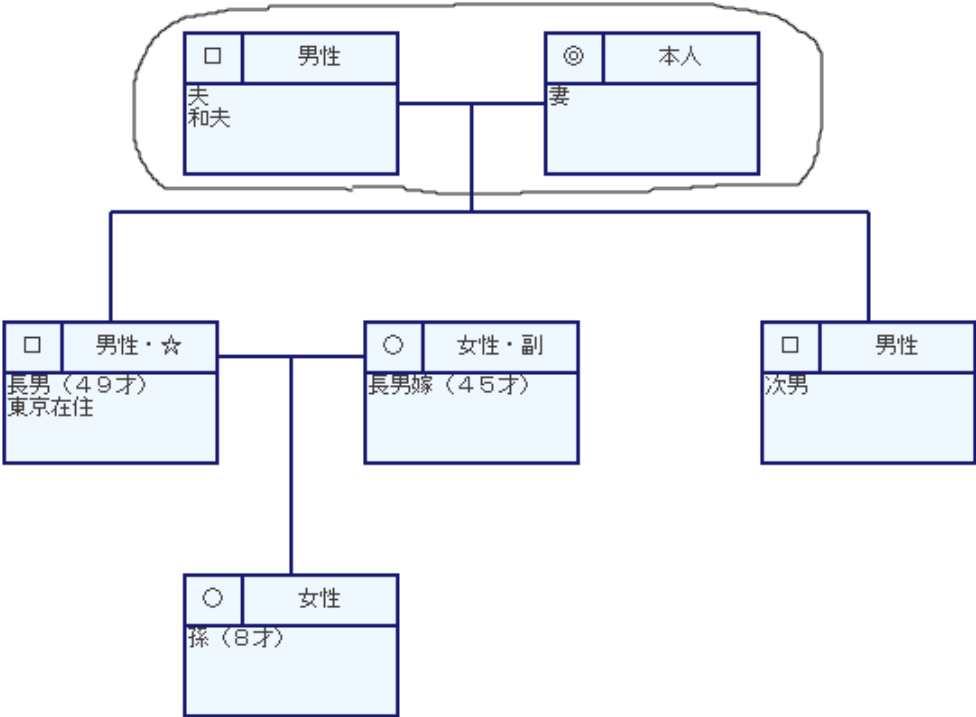
《現病歴・既往歴情報》

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	

家族構成図

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 ジョ	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』
訪問介護サービス 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月