

介護トータルシステム『寿』

通所介護サービス



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。

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
誕生者一覧

■実績関係帳票■

サービス提供実績票／作成状況一覧
通所利用状況一覧表
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
通所個人別出欠予定表／通所個人別出欠実績表
入金日計表／利用者別入金一覧表
介護実施記録
ケア実施状況表
ケア内容統計
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
栄養スクリーニング（通所・居宅）

■統計資料■

年齢別利用者数
通所 日計表
利用終了者状況別流れ図表
月間利用集計表

■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

一 目 次

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

■予定関係帳票■

配車予定一覧／週間配車予定一覧

■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
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）
課題整理総括表／ADLチャート
ケアプラン作成状況

■運動器機能向上計画■

運動器の機能向上プログラム事前・事後アセスメント票
運動器の機能向上プログラム 理学療法評価
個別サービス計画書
運動器の機能向上プログラム 実施計画

■個別機能訓練計画■

興味・関心チェックシート
生活機能チェックシート
個別機能訓練活動チャート（ADL）
個別機能訓練活動チャート（IADL）
個別機能訓練活動チャート（起居動作）
個別機能訓練計画書
通所介護計画書
個別機能訓練状態
体力測定結果

目次

■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
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》

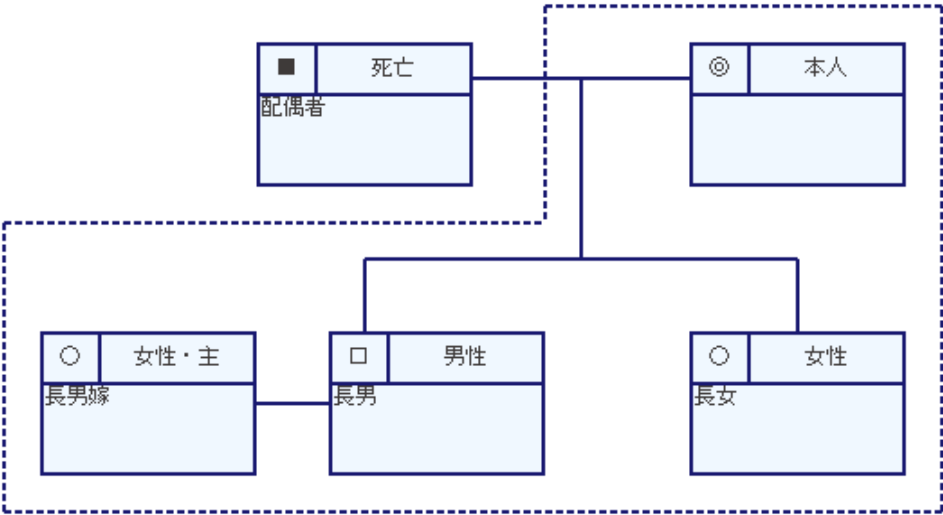
主治医	医師名	所属機関	備考
	村 陽	南●●クリニック	
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地	
		電話番号： 099-XXX-XXX FAX： 099-XXX-XXXX	
	田 明	●田病院	
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地	
		電話番号： 099-XXX-XXX FAX： 099-XXX-XXXX	

	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04月07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	*保 日*	*体 ヒリ*	女	S28/4/26	要支援 2	R1/5/1	R2/4/30		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-xxx-xxxx	R1/8/1～	東●●●地域包括支援センター
2	*津 一*	*ツヅ イチ*	男	S9/4/13	要介護 3	R2/4/1	R4/3/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-xxx-xxxx	H25/3/1～	ケアセンター「み●●」
3	*石 京*	*カシ キョウ*	女	S14/6/16	要介護 4	R1/9/1	R2/8/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4	099-xxx-xxxx	H25/1/1～	ケアセンター「み●●」
5	*合 たつ*	*ゴウ タツ*	女	S10/1/1	要支援 1	H31/4/1	R50/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-xxx-xxxx	H29/4/1～	東●●●地域包括支援センター
6	*岡 三*	*オカ サブロ*	男	S14/7/14	要介護 3	R2/2/1	R3/1/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - X X X - X	099-xxx-xxxx	H29/8/7～	ケアセンター「み●●」
7	*治 一*	*シロ カスナ*	男	S12/1/19	要介護 3	R1/11/1	R2/10/31		891-0141	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-xxx-xxxx	H25/2/1～	ケアセンター「み●●」
8	*路 通*	*シロ ミチ*	男	S20/1/1	要支援 2	R1/9/1	R50/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-xxx-xxxx	H29/9/23～	東●●●地域包括支援センター
9	*勢崎 京*	*セサキ キョウ*	女	S14/2/28	要支援 2	R2/2/1	R3/1/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 0	099-xxx-xxxx	H25/2/1～	東●●●地域包括支援センター
13	*波 あわ*	*ナミ アワ*	女	S1/12/31	要支援 2	R2/1/1	R2/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-xxx-xxxx	R1/10/1～	東●●●地域包括支援センター
14	*戸 久*	*ヘ ク*	女	S20/1/1	要介護 3	R1/10/1	R50/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-xxx-xxxx	H29/9/1～	ケアセンター「み●●」
16	*戸 長*	*ヘ カキ*	女	S15/1/1	要支援 1	R2/2/1	R3/1/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-xxx-xxxx	H29/4/1～	東●●●地域包括支援センター
17	*原 三*	*マハラ サブロ*	男	S14/9/6	要支援 1	R1/11/1	R2/10/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - X X X X	099-xxx-xxxx	H25/2/1～	東●●●地域包括支援センター
20	*路 三*	*ミチ サブロ*	男	S14/6/14	要介護 4	R1/10/1	R2/9/30		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - 2 1	099-xxx-xxxx	H30/1/1～	ケアセンター「み●●」
21	*路 四*	*ミチ シロ*	男	S11/11/11	要介護 2	R2/1/1	R2/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X X - X X	099-xxx-xxxx	R1/9/1～	ケアセンター「み●●」
23	*用 恵*	*ヨウ ケイ*	女	S5/9/19	要介護 1	R1/5/1	R50/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-xxx-xxxx	H29/6/1～	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
南●●デイサービスセンター

【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町XXX番地24

* 石 京 *
(* 石 京 * 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 合 たつ *
(* 合 たつ * 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX-XXX
-X

* 岡 三 *
(* 岡 三 * 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 治 一 *
(* 治 一 * 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 勢崎 京 *
(* 勢崎 京 * 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 波 あわ *
(* 波 あわ * 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 戸 久 *
(* 戸 久 * 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 辺 孝 *
(* 辺 孝 * 様
様分)

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

1.傷病に関する意見

(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日	
1. 脳梗塞	発症年月日 (平成10年 頃)
2. 高血圧	発症年月日 (平成12年 頃)
3.	発症年月日 (頃)
(2)症状としての安定性 ☒ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明	
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)	
(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕	
脳梗塞後遺症による右上下肢不全麻痺があるが、右手で軽いものなら持ち上げることができる。 下肢については前回調査時はゆっくりと歩行可能だったが、現在は脚力低下のために杖を2本使って の歩行である。	

2.特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3.心身の状態に関する意見

(1)日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☒ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☒ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2)認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	☒ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☒ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☒ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的な要求に限られる ☐ 伝えられない
(3)認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☐ 無 ☒ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☒ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他()
(4)その他の精神・神経症状	
☒ 無 ☐ 有 [症状名:	専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無]

(5) 身体の状態

利き腕(☒ 右 ☐ 左) 身長＝ 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: 右下肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の痛み (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

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

☐ 褥瘡 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

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

4.生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 ☐ 自立 ☒ 介助があればしている ☐ していない

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

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

(2) 栄養・食生活

食事行為 ☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

現在の栄養状態 ☒ 良好 ☐ 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (塩分の採り過ぎに注意が必要である。)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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

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

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☒ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

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

☒ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療

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

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

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

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

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

・嚥下 ☒ 特になし ☐ あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください。)

☒ 無 ☐ 有 (_____) ☐ 不明

5.特記すべき事項

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

主治医意見書

* 国 良 *

記入日

令和2年04月01日

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

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

医師氏名 ※村 陽※

医療機関名 南●●クリニック

電話 099-XXX-XXXX

医療機関所在地 鹿児島市東開町XXXX番地

FAX 099-XXX-XXXX

(1)最終診察日 令和2年03月25日

(2)意見書作成回数 ☐ 初回 ☒ 2回目以上

(3)他科受診の有無 ☒ 有 ☐ 無

(有の場合)→ ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科
☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☒ 歯科 ☐ その他()

1.傷病に関する意見

(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入)及び発症年月日

1. 脳梗塞 発症年月日(平成10年 頃)
2. 高血圧 発症年月日(平成12年 頃)
3. 発症年月日(頃)

(2)症状としての安定性 ☒ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明

(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕

脳梗塞後遺症による右上下肢不全麻痺があるが、右手で軽いものなら持ち上げることができる。
下肢については前回調査時はゆっくりと歩行可能だったが、現在は脚力低下のために杖を2本使って の歩行である。

2.特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3.心身の状態に関する意見

(1)日常生活の自立度等について

- ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ☒ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度 ☒ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M

(2)認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

- ・短期記憶 ☒ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 ☒ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力 ☒ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的な要求に限られる ☐ 伝えられない

(3)認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

☐ 無 ☒ 有
→ { ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊
☒ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他()

(4)その他の精神・神経症状

☒ 無 ☐ 有 [症状名: 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無]

(5)身体の状態

利き腕(☒ 右 ☐ 左) 身長= 150 cm 体重= 41 kg (過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☒ 維持 ☐ 減少)

☐ 四肢欠損 (部位:)

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

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

☐ その他(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 筋力の低下 (部位: 右下肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の拘縮 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の痛み (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

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

☐ 褥瘡 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ その他の皮膚疾患(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

4.生活機能とサービスに関する意見

(1)移動

屋外歩行 ☐ 自立 ☒ 介助があればしている ☐ していない
車いすの使用 ☒ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可) ☐ 用いていない ☒ 屋外で使用 ☒ 屋内で使用

(2)栄養・食生活

食事行為 ☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助
現在の栄養状態 ☒ 良好 ☐ 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (塩分の採り過ぎに注意が必要である。)

(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊
☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他()
→ 対処方針 ()

(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☒ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

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

☒ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療
☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導
☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス()

(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 ☐ 特になし ☒ あり (食事の管理) ・移動 ☒ 特になし ☐ あり ()
・摂食 ☒ 特になし ☐ あり () ・運動 ☒ 特になし ☐ あり ()
・嚥下 ☒ 特になし ☐ あり () ・その他 ()

(7)感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください。)

☒ 無 ☐ 有 () ☐ 不明

5.特記すべき事項

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

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					

令和2年度4月 生まれ

誕生者一覽

印刷日：令和2/07/08

[illegible]

実績関係帳票

利用者番号：1000

令和2年4月

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：南●●デイサービスセンター

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：6,200

実績単位：6,200

提供時間帯	サービス内容	月間サービス計画及び実績の記録																														合計		
		日付	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	回数	概算単位
		曜日	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		
09:30 ~ 16:00	通所介護Ⅰ 4 2	予定			1				1			1				1			1				1			1			1				8	
		実績			1				1			1				1			1				1			1			1				8	5,432
	通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	予定			1				1			1				1			1				1			1			1				8	
		実績			1				1			1				1			1				1			1			1				8	368
	通所介護入浴介助加算	予定			1				1			1				1			1				1			1			1				8	
		実績			1				1			1				1			1				1			1			1				8	400
	通所介護サービス提供体制加算Ⅰ 2	予定			1				1			1				1			1				1			1			1				8	
		実績			1				1			1				1			1				1			1			1				8	(96)
	通所介護処遇改善加算Ⅲ	予定			1				1			1				1			1				1			1			1				8	
		実績			1				1			1				1			1				1			1			1				8	(145)

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	通所（みなし）	・	通所（独自）	・	通所（独自/定率）	・	通所（独自/定額）	・
-----------	---------	---	--------	---	-----------	---	-----------	---

サービス提供実績票別表

※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。

サービス内容	コード	単位数	回数	単位/金額	区分支給超過単位数	区分支給内単位数	単価	費用総額(保険分)	給付率	保険請求額	定額利用者負担単価金額	公費・軽減給付額	利用者負担(保険分)	利用者負担(公費/軽減分)
通所介護Ⅰ 4 2	152347	679	8	5,432			10.00		90					
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	155051	46	8	368			10.00		90					
通所介護入浴介助加算	155301	50	8	400			10.00		90					
通所介護サービス提供体制加算Ⅰ 2	156101	12	8	(96)			10.00		90					
通所介護処遇改善加算Ⅲ	156104	145	1	(145)			10.00		90					
計画単位		6,200	合計	6,200	0	6,200		64,410		57,969		0	6,441	0

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
通所介護	6,200	6,200	241	6,441

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4月8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	* 合 たつ *	要支援 1	2822939991	282293	1, 216	1, 216	200	1, 416	0
		2	* 路 通 *	要支援 2	2899999123	282012	1, 880	1, 880	187	2, 067	0
		3	* 勢崎 京 *	要支援 2	9900000022	462010	3, 738	3, 738	221	3, 959	0
		4	* 波 あわ *	要支援 2	4564564646	282244	3, 663	3, 663	260	3, 923	0
		5	* 戸 長 *	要支援 1	H899999991	462135	1, 220	1, 220	100	1, 320	0
469999997	南●●デイサービスセンター	1	* 津 一 *	要介護 3	9900000026	462010	10, 000	14, 178	580	10, 580	4, 178
		2	* 石 京 *	要介護 4	0024939400	011023	10, 000	11, 953	690	10, 690	1, 953
		3	* 治 一 *	要介護 3	4600000001	462010	7, 040	7, 040	96	7, 136	0
		4	* 勢崎 二 *	要介護 2	9900000021	462101	9, 480	9, 480	570	10, 050	0
		5	* 関 二 *	要介護 3	9900000023	462101	10, 000	14, 178	377	10, 377	4, 178
		6	* 出 二 *	要介護 2	9900000025	462010	10, 000	10, 206	605	10, 605	206
		7	* 路 四 *	要介護 2	1111111000	282012	6, 561	6, 561	395	6, 956	0
		8	* 用 恵 *	要介護 1	2899999960	284810	5, 625	5, 625	446	6, 071	0
		9	* 国 良 *	要介護 2	0012000000	011007	6, 200	6, 200	241	6, 441	0

利用日： 令和2年4月1日（水）

[illegible]

利用日： 令和2年4月1日（水）

利用日： 令和2年4月1日（水）																		加算サービス																												
No.	氏 名	介護度	出欠	送迎		予定時間			実績時間			健康状態							栄養改善	口腔機能	認知症加算	若年認知	個別機能Ⅰ	個別機能Ⅱ	入浴介助	中重度ケア	運動機能	グループ活動	複数サービス	同一建物減算	送迎減算	事業所評価	サービス提供	処遇改善	中山間	入浴体制強化	個別送迎体制	共生型サービス	生活相談員	生活機能向上	ADL維持	栄養スクリーニング				
				迎	送	開始	終了	時間	開始	終了	時間	体重	身長	体温	脈拍	血圧	呼吸	SpO2																												
1	* 津 一 *	Ⅲ	●			09:30	16:00	6' 30	09:30	16:00	6' 30	55.3		36.5	72	125 / 85	21	98						●							●	●														
2	* 石 京 *	Ⅳ	●			10:30	17:00	6' 30	10:30	17:00	6' 30	55.3		36.5	72	125 / 85	23	95													●	2											2			
3	* 路 通 *	予 2	●			10:00	15:00	5' 00	10:00	15:00	5' 00	35.3		36.5	72	125 / 85	22	94								●					●	●														
4	* 関 二 *	Ⅲ	●			09:30	16:00	6' 30	09:30	16:00	6' 30	45.6		36.7	76	123 / 91	26	96						●							●	●														
5	* 出 二 *	Ⅱ	●			09:30	16:00	6' 30	09:30	16:00	6' 30	48.2		36.1	77	124 / 89	27	97						●							●	●														
6	* 波 あわ *	予 2	●			10:00	15:00	5' 00	10:00	15:00	5' 00	55.6		36.5	72	125 / 85	24	98		●										●		2									●					
7	* 戸 久 *	Ⅲ	●			10:00	17:15	7' 15	10:00	17:15	7' 15	60.3		36.5	72	125 / 85	27	95					●								●	●														
8	* 戸 長 *	予 1	●			10:00	16:30	6' 30	10:00	16:30	6' 30	59.5		36.5	72	125 / 85	22	96		●										●	●	●														
9	* 原 三 *	予 1	●			09:00	15:00	6' 00	09:00	15:00	6' 00	57.6		36.8	76	115 / 85	26	97														2														
10	* 用 恵 *	I	●			09:00	16:00	7' 00	09:00	16:00	7' 00	58.2		36.2	77	126 / 82	27	98					●								●	●														
	合 計		10	0	0											/			0	2	0	0	0	0	5	0	1	0	0	0	0	2	8	13	0	0	0	0	0	0	1	2	0			

未収金一覧

請求金額合計	189,007
未収金額合計	189,007
入金額合計	0

R2/05/01～R2/05/31

R2/06/01 時点

印刷日

R2/07/13

請求書番号	利用者番号	利用者名	請求グループ名	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
239		* 津 一 *	南●●デイサービスセンター	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	68,380	68,380		区分 請求書送付 * 津 一 * 電話 099-xxxx-xxxx 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 津 一 *				計	68,380	68,380		
240	1234	* 石 京 *	南●●デイサービスセンター	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	52,530	52,530		区分 請求書送付 * 石 京 * 電話 099-xxxx-xxxx 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4
	1234	* 石 京 *				計	52,530	52,530		
241		* 合 たつ *	南●●デイサービスセンター	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	16,080	16,080		区分 請求書送付 * 合 たつ * 電話 099-xxxx-xxxx 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 合 たつ *				計	16,080	16,080		
242	107	* 治 一 *	南●●デイサービスセンター	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	14,336	14,336		区分 請求書送付 * 治 一 * 電話 099-xxxx-xxxx 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
	107	* 治 一 *				計	14,336	14,336		
243		* 路 通 *	南●●デイサービスセンター	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	8,192	8,192		区分 請求書送付 * 路 通 * 電話 099-xxx-xxxx 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 路 通 *				計	8,192	8,192		
256	1000	* 国 良 *	南●●デイサービスセンター	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	29,489	29,489		区分 口座引落 ●●銀行 * 国 良 * 電話 099-xxxx-xxxx 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1
	1000	* 国 良 *				計	29,489	29,489		

事業所別未収金一覧表 (南●●デイサービスセンター)

印刷日 2020年5月2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 額計	今月末未収 金額計
	* 津 一 *	男	¥10,580	¥0	¥0	¥0	¥0	¥13,600	¥0	¥68,380	¥0	¥68,380	¥172,360	¥0	¥240,740
1234	* 石 京 *	女	¥21,380	¥0	¥0	¥0	¥0	¥24,000	¥0	¥66,230	¥0	¥66,230	¥130,644	¥0	¥196,874
	* 木 おとま *	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥87,000	¥0	¥87,000	¥0	¥87,000	¥0	¥0	¥87,000
	* 合 たつ *	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥3,200	¥0	¥16,080	¥0	¥16,080	¥0	¥0	¥16,080
107	* 治 一 *	男	¥7,136	¥0	¥0	¥0	¥0	¥7,200	¥0	¥14,336	¥0	¥14,336	¥90,252	¥0	¥104,588
	* 路 通 *	男	¥4,192	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥4,192	¥0	¥4,192	¥0	¥0	¥4,192
1001	* 勢崎 京 *	女	¥3,959	¥0	¥0	¥0	¥0	¥4,000	¥0	¥7,959	¥0	¥7,959	¥45,791	¥0	¥53,750
	* 勢崎 二 *	男	¥10,050	¥0	¥0	¥0	¥0	¥10,400	¥0	¥20,450	¥0	¥20,450	¥120,040	¥0	¥140,490
	* 関 二 *	男	¥10,377	¥0	¥0	¥0	¥0	¥13,600	¥0	¥67,337	¥0	¥67,337	¥185,537	¥0	¥252,874
	* 出 二 *	男	¥10,605	¥0	¥0	¥0	¥0	¥11,200	¥0	¥23,955	¥0	¥23,955	¥119,170	¥0	¥143,125
	* 子 良 *	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥6,400	¥0	¥6,400	¥0	¥6,400	¥0	¥0	¥6,400
	* 波 あわ *	女	¥3,923	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥3,923	¥0	¥3,923	¥0	¥0	¥3,923
	* 戸 久 *	女	¥89,080	¥0	¥0	¥0	¥0	¥8,100	¥0	¥97,180	¥0	¥97,180	¥10,138	¥0	¥107,318
	* 戸 長 *	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥4,500	¥0	¥4,500	¥0	¥4,500	¥14,060	¥0	¥18,560
1021	* 原 三 *	男	¥1,773	¥0	¥0	¥0	¥0	¥7,200	¥0	¥8,973	¥0	¥8,973	¥44,596	¥0	¥53,569
	* 治 良 *	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥6,400	¥0	¥6,400	¥0	¥6,400	¥92,671	¥0	¥99,071
	* 路 百 *	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥3,200	¥0	¥3,200	¥0	¥3,200	¥0	¥0	¥3,200
1012	* 路 三 *	男	¥9,875	¥0	¥0	¥0	¥0	¥7,200	¥0	¥17,075	¥51,440	¥68,515	¥0	¥0	¥68,515
1003	* 路 四 *	男	¥6,956	¥0	¥0	¥0	¥0	¥7,200	¥0	¥14,156	¥0	¥14,156	¥0	¥0	¥14,156
	* 路 良 *	女	¥2,386	¥0	¥0	¥0	¥0	¥4,000	¥0	¥6,386	¥0	¥6,386	¥0	¥0	¥6,386
	* 用 恵 *	女	¥6,071	¥0	¥0	¥0	¥0	¥7,200	¥0	¥13,271	¥0	¥13,271	¥6,973	¥0	¥20,244
1000	* 国 良 *	女	¥6,441	¥0	¥0	¥0	¥0	¥6,400	¥0	¥12,841	¥16,648	¥29,489	¥91,131	¥0	¥120,620
	全体合計		¥204,784	¥0	¥0	¥0	¥0	¥242,000	¥0	¥570,224	¥68,088	¥638,312	¥1,123,363	¥0	¥1,761,675

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8日			
						処遇改善単位合計			2,034			特定処遇改善単位合計		145	
						保険内単位合計			1,767			保険内単位合計		122	
						保険外単位合計			267			保険外単位合計		23	
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				
	* 津 一 *	通所介護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	618	436	182	0	0	0	南●●デイサービスセンター			
	* 津 一 *				計	618	436	182	0	0	0	* 津 一 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地			
1234	* 石 京 *	通所介護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	521	436	85	145	122	23	南●●デイサービスセンター			
1234	* 石 京 *				計	521	436	85	145	122	23	* 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 4			
	* 路 通 *	通所型サービス (独自)	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	115	115	0	0	0	0	南●●デイサービスセンター			
	* 路 通 *				計	115	115	0	0	0	0	* 路 通 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地			
1001	* 勢崎 京 *	通所型サービス (独自)	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	221	221	0	0	0	0	南●●デイサービスセンター			
1001	* 勢崎 京 *				計	221	221	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			
	* 勢崎 二 *	通所介護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	414	414	0	0	0	0	南●●デイサービスセンター			
	* 勢崎 二 *				計	414	414	0	0	0	0	* 勢崎 二 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地			
1000	* 国 良 *	通所介護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	145	145	0	0	0	0	南●●デイサービスセンター			
1000	* 国 良 *				計	145	145	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 1			

実施日 R02/04/01～R02/04/30

その他費用一覧表 (南●●デイサービスセンター)

印刷日 R02/05/08

	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	昼食代								
	テレビ代									
* 津 一 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	13,600								0
	0									0
小 計							13,600	0	13,600	0
* 石 京 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	10,400								0
	0									0
小 計							10,400	0	10,400	0
* 合 たつ *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	3,200								0
	0									0
小 計							3,200	0	3,200	0
* 治 一 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	7,200								0
	0									0
小 計							7,200	0	7,200	0
* 路 通 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	4,000								0
	0									0
小 計							4,000	0	4,000	0
* 勢崎 京 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	4,000								0
	0									0
小 計							4,000	0	4,000	0
* 国 良 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	6,400								0
	0									0
小 計							6,400	0	6,400	0
総合計	0	0								
	0	0								
	0	132,000								0
	0									0
							48,800	0	48,800	0

実施日 R02/04/01～R02/04/30

サービス費請求一覧表 (南●●デイサービスセンター 介護)

印刷日 R02/05/02

通所介護

	(基本)	入浴介助加算	A D L 維持等加算	栄養スクリーニング加算	サービス提供体制加算	介護(保険)	合計金額	軽減額	請求金額
	共生型サービス	中重度者ケア体制加算	認知症加算	口腔機能向上加算	処遇改善加算等	介護(自費)			
	生活相談員配置等加算	生活機能向上連携加算	若年性認知症受入加算	同一建物減算					
	中山間地域等提供加算	個別機能訓練加算	栄養改善加算	送迎減算		保険内単位			
路三	7,992	450	0	0	108	9,875	9,875	0	9,875
	0	0	0	0	407	0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0					
	0	918	0	0		9,875			
小計							9,875	0	9,875
路四	6,111	450	0	0	108	6,956	6,956	0	6,956
	0	0	0	0	287	0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0					
	0	0	0	0		6,956			
小計							6,956	0	6,956
用恵	5,175	450	0	0	108	6,071	6,071	0	6,071
	0	0	0	0	338	0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0					
	0	0	0	0		6,071			
小計							6,071	0	6,071
国良	5,432	400	0	0	96	6,441	6,441	0	6,441
	0	0	0	0	145	0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0					
	0	368	0	0		6,441			
小計							6,441	0	6,441
総合計	95,498	6,050	12	0	1,512	188,551	299,111	0	299,111
	0	0	0	0	4,019	110,560			
	0	0	0	0					
	0	1,654	0	0		97,689			

実施日 R02/04/01～R02/04/30

サービス費請求一覧表 (南●●デイサービスセンター

総合事業)

印刷日 R02/07/08

通所型サービス (独自)

	通所型 1	中山間地域等提供加算	運動器機能向上加算	複数実施加算Ⅱ	栄養スクリーニング加算	介護(保険) 介護(自費)	合計金額	軽減額	請求金額
	通所型 2	若年性認知症受入加算	栄養改善加算	事業所評価加算	処遇改善加算等				
	通所型 1 回数	同一建物減算	口腔機能向上加算	サービス提供体制加算					
	通所型 2 回数	生活向上活動加算	複数実施加算Ⅰ	生活機能向上連携加算					
* 路 通 *	0	0	225	0	0	4,192	4,192	0	4,192
	1,655	0	0	0	115	0			
	R02/04/01～R02/04/30	0	0	72					
	0	0	0	0		2,067			
	小 計								
* 勢崎 京 *	0	0	225	0	0	3,959	3,959	0	3,959
	3,393	0	0	120	221	0			
	R02/04/01～R02/04/30	0	0	0					
	0	0	0	0		3,959			
	小 計								
* 波 あわ *	0	0	0	0	0	3,923	3,923	0	3,923
	3,393	0	0	120	260	0			
	R02/04/01～R02/04/30	0	150	0					
	0	0	0	0		3,923			
	小 計								
* 戸 長 *	1,655	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	120	116	0			
	R02/04/01～R02/04/30	0	150	48					
	0	0	0	0		2,089			
	小 計								
* 原 三 *	1,655	0	0	0	0	1,773	1,773	0	1,773
	0	0	0	0	118	0			
	R02/04/01～R02/04/30	0	0	0					
	0	0	0	0		1,773			
	小 計								
* 路 良 *	1,655	0	225	0	0	2,386	2,386	0	2,386
	0	0	0	120	131	0			
	R02/04/01～R02/04/30	0	150	72					
	0	0	0	0		2,353			
	小 計								
総合計	4,965	0	675	0	0	16,233	16,233	0	16,233
	8,441	0	0	480	961	0			
	0	0	450	192					
	0	0	0	0		16,164			

* 津 一 *		様	生年月日		昭和09年4月13日		(85 歳)	
<u>令和02年4月1日(水)</u>								
		血圧		125 / 85				
【健康チェック】		脈拍		72 回/分				
		体温		36.5 °C				
【食事】		食事量	昼	主食	10 割	副食	割	
			昼間	主食	割			
【水分】		摂取量	2000					
【排泄】		排尿量	1000	排便	△とても少ない			
【ご家族への連絡事項】								
本日は寒い一日でしたので、湯船に少し長い間浸かられて体が温かくなつたと喜んでおられました。								
【ご家族からの連絡事項】								

		様	生年月日		(歳)			
<u></u>								
		血圧		/				
【健康チェック】		脈拍		回/分				
		体温		°C				
【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】								

* 津 一 * 様 生年月日 昭和09年4月13日 (85 歳)
令和02年4月1日(水)

【健康チェック】	血圧	125 / 85
	脈拍	72 回/分
	体温	36.5 °C

【ご家族への連絡事項】

計算問題がお好きなようで間違いも無く、レクリエーションを楽しんでいらっしゃいました。

【ご家族からの連絡事項】



* 津 一 *		様	生年月日		昭和09年4月13日		(85 歳)	
<u>令和02年4月1日(水)</u>								
			血压		125 / 85			
【健康チェック】			脈拍		72 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		2500			
【排泄】			排尿量		1000		排便 △とても少ない	
【ご家族への連絡事項】								
本日は寒い一日でしたので、湯船に少し長い間浸かられて体が温かくなつたと喜んでおられました。								
【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】								

* 津 一 * 様 生年月日 昭和09年4月13日 (85 歳)

令和02年4月1日(水)

健康チェック
 血圧 125 / 85
 脈拍 72 回/分
 体温 36.5 ℃
 【食事】 食事量 昼 主食 10割 副食 割
 夜間 主食 割
 【水分】 摂取量 2000
 【排泄】 排尿量 1000 排便 △とても少ない

【実施内容】

清潔保持介助	整容介助
更衣介助	更衣動作の介助
入浴介助	洗髪介助
食事等介助	食事等の摂取介助

【ご家族への連絡事項】

お疲れになった様子も無く、積極的にレクレーションに参加されてました。

【ご家族からの連絡事項】

サービス記録

利用者氏名 * 津　一 * 殿

印刷日：R02. 04. 01

年月日	内　　　　容	年月日	内　　　　容
R02. 04. 01 (水)	【バイタル】		
09:53	体温：36.5℃ 脈拍：72(拍/分) 血圧：125 / 85		
* 玉　あや*	体重：55.2kg		
R02. 04. 01 (水)	【水分・排泄】		
09:57	排尿回数：1回 排便状態：硬便		
* 玉　あや*			
R02. 04. 01 (水)	【食事摂取】		
12:00	昼食 主食：10割		
* 玉　あや*			
R02. 04. 01 (水)	【ケア実施記録】		
14:00	[更衣介助] 更衣動作の介助		
* 玉　あや*	[入浴介助] ×入浴の準備、後始末、入浴時の移乗、移動の介助, 洗身介助, 洗髪介助, ×部分浴介助		
R02. 04. 01 (水)	【介護支援経過記録】		
14:00	【実施項目】		
* 玉　あや*	[更衣介助]		
	更衣動作の介助		
	[入浴介助]		
	×入浴の準備、後始末、入浴時の移乗、移動の介助, 洗身介助, 洗髪介助, ×部分浴介助		
R02. 04. 01 (水)	【その他費用登録】		
14:30	[昼食代] 単価：800 回数：1 金額：800		
* 玉　あや*	[合計金額]800円		
R02. 04. 01 (水)	【実績】		
17:30	[提供時間] 17:30～18:00		
* 玉　あや*	[主サービス] 通所介護 I 4 3		

サービス記録

利用者氏名 * 津 一 * 殿

印刷日：R02.07.08

[illegible]

利用料請求一覽表

(南●●デイサービスセンター

印刷日 令和2年5月8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 累計入金額 未収金額 消費税額	請求区分 金融機関名 発行日
	食事代	洗濯代			介護（自費）					
	共益費	昼食代								
	テレビ代				保険内単位					
* 津 一 *	0	0			10,580	68,380	0		0	請求書送付 0 68,380 R02/05/11
	0	0			44,200					
R02/04/01～R02/04/30	0	13,600								
221	0				10,580					
小 計								68,380	0	
* 石 京 *	0	0			21,380	52,530	0		0	請求書送付 0 52,530 R02/05/11
1234	0	0			20,750					
R02/04/01～R02/04/30	0	10,400								
222	0				10,690					
小 計								52,530	0	
* 合 たつ *	0	0			0	16,080	0		0	請求書送付 0 16,080 R02/05/11
	0	0			12,880					
R02/04/01～R02/04/30	0	3,200								
223	0				0					
小 計								16,080	0	
* 治 一 *	0	0			7,136	14,336	0		0	請求書送付 0 14,336 R02/05/11
107	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	7,200								
224	0				7,136					
小 計								14,336	0	
* 路 通 *	0	0			4,192	8,192	0		0	請求書送付 0 8,192 R02/05/11
	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	4,000								
225	0				2,067					
小 計								8,192	0	
* 勢崎 京 *	0	0			3,959	7,959	0		0	口座引落 0 ●●銀行 7,959 R02/05/11
1001	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	4,000								
226	0				3,959					
小 計								7,959	0	
* 勢崎 二 *	0	0			10,050	20,450	0		0	口座引落 0 ●●銀行 20,450 R02/05/11
	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	10,400								
227	0				10,050					
小 計								20,450	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

(南●●デイサービスセンター)

印刷日 令和2年5月8日

	おむつ代	ベッド代			介護（保険）	合計金額	介護軽減額 軽減額合計	最終入金日 請求金額	入金額 累計入金額 未収金額 消費税額	請求区分 金融機関名 発行日
	食事代	洗濯代			介護（自費）					
	共益費	昼食代								
	テレビ代				保険内単位					
* 関 二 *	0	0			10,377	67,337	0	67,337	0	口座引落 ●●銀行 R02/05/11
R02/04/01～R02/04/30	0	0			43,360					
228	0	13,600								
小 計	0				10,377					
* 出 二 *	0	0			10,605	23,955	0	23,955	0	請求書送付 R02/05/11
R02/04/01～R02/04/30	0	0			2,150					
229	0	11,200								
小 計	0				10,605					
* 波 あわ *	0	0			3,923	7,923	0	7,923	0	請求書送付 R02/05/11
R02/04/01～R02/04/30	0	0			0					
230	0	4,000								
小 計	0				3,923					
* 戸 久 *	0	0			89,080	96,280	0	96,280	0	口座引落 南●●銀行 R02/05/11
R02/04/01～R02/04/30	0	0			0					
231	0	7,200								
小 計	0				8,908					
* 戸 長 *	0	0			0	4,000	0	4,000	0	請求書送付 R02/05/11
R02/04/01～R02/04/30	0	0			0					
232	0	4,000								
小 計	0				2,089					
* 原 三 *	0	0			1,773	8,973	0	8,973	0	請求書送付 R02/05/11
1021	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	7,200								
233	0				1,773					
小 計										
* 路 三 *	0	0			9,875	17,075	0	17,075	0	請求書送付 R02/05/11
1012	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	7,200								
234	0				9,875					
小 計										

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

(南●●デイサービスセンター)

印刷日 令和2年5月8日

	おむつ代	ベッド代			介護（保険）	合計金額	介護軽減額 軽減額合計	最終入金日 請求金額	入金額 累計入金額 未収金額 消費税額	請求区分 金融機関名 発行日
	食事代	洗濯代			介護（自費）					
	共益費	昼食代								
	テレビ代				保険内単位					
路 四	0	0			6,956	14,156	0	14,156	0	請求書送付 R02/05/11
1003	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	7,200								
235	0				6,956					
小 計										
路 良	0	0			2,386	6,386	0	6,386	0	請求書送付 R02/05/11
	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	4,000								
236	0				2,353					
小 計										
用 恵	0	0			6,071	13,271	0	13,271	0	請求書送付 R02/05/11
	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	7,200								
237	0				6,071					
小 計										
国 良	0	0			6,441	12,841	0	12,841	0	口座引落 ●●銀行 R02/05/11
1000	0	0			0					
R02/04/01～R02/04/30	0	6,400								
238	0				6,441					
小 計										
総合計	0	0			204,784	460,124	0	460,124	0	
	0	0			123,340					
	0	132,000								
	0				113,853					

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	北●●デイサービスセンター
1	* 津 一 *	68,380	68,380
2	* 石 京 *	52,530	52,530
3	* 国 良 *	12,967	12,967
4	* 合 たつ *	16,080	16,080
5	* 治 一 *	14,336	14,336
6	* 路 通 *	8,192	8,192
7	* 勢崎 京 *	7,959	7,959
8	* 勢崎 二 *	20,450	20,450
9	* 関 二 *	67,337	67,337
10	* 出 二 *	23,955	23,955
11	* 波 あわ *	7,923	7,923
12	* 原 三 *	8,973	8,973
13	* 戸 久 *	96,280	96,280
14	* 戸 長 *	4,000	4,000
15	* 路 一 *	17,075	17,075
16	* 路 四 *	14,156	14,156
17	* 路 良 *	6,386	6,386
18	* 用 恵 *	13,271	13,271
合計		460,250	460,250

通所個人別出欠予定表

○：予定

令和2年4月 分

南●●デイサービスセンター

NO.	名 前	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	合計
	曜 日	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	
1	* 津 一 *	○		○	○		○		○		○	○		○		○		○	○		○		○		○	○		○		○		17
2	* 石 京 *	○		○			○		○		○			○		○		○			○		○		○			○		○		13
3	* 合 たつ *						○							○							○							○				4
4	* 治 一 *			○				○			○				○			○				○			○				○			8
5	* 路 通 *	○							○							○							○							○		5
6	* 勢崎 京 *		○							○							○							○							○	5
7	* 勢崎 二 *		○		○			○		○		○		○		○		○				○		○		○			○		○	13
8	* 関 二 *	○		○	○		○		○		○	○		○		○		○	○		○		○		○	○		○		○		17
9	* 出 二 *	○	○		○				○	○		○				○	○		○				○	○		○				○	○	14
10	* 波 あわ *	○							○							○							○							○		5
11	* 戸 久 *	○		○					○		○					○		○					○		○					○		9
12	* 戸 長 *	○							○							○							○							○		5
13	* 原 三 *	○		○					○		○					○		○					○		○					○		9
14	* 路 三 *		○					○		○					○		○					○		○					○		○	9
15	* 路 四 *		○				○			○				○			○				○			○				○			○	9
16	* 路 良 *		○							○						○							○								○	5
17	* 用 恵 *	○		○					○		○					○		○					○		○					○		9
18	* 国 良 *			○				○			○				○			○				○			○				○			8
合 計		10	6	8	4	0	5	4	10	6	8	4	0	5	4	10	6	8	4	0	5	4	10	6	8	4	0	5	4	10	6	164

通所個人別出欠実績表

●：実績

令和2年4月 分

南●●デイサービスセンター

NO.	名 前	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	合計
	曜 日	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	
1	* 津 一 *	●		●	●		●		●		●	●		●		●		●	●		●		●		●	●		●		●		17
2	* 石 京 *	●		●			●		●		●			●		●		●			●		●		●			●		●		13
3	* 合 たつ *						●							●							●							●				4
4	* 治 一 *			●				●			●				●			●				●			●				●			8
5	* 路 通 *	●							●							●							●							●		5
6	* 勢崎 京 *		●							●						●								●							●	5
7	* 勢崎 二 *		●		●			●		●		●			●		●		●			●		●		●			●		●	13
8	* 関 二 *	●		●	●		●		●		●	●		●		●		●	●		●		●		●	●		●		●		17
9	* 出 二 *	●	●		●				●	●		●				●	●		●				●	●		●				●	●	14
10	* 波 あわ *	●							●							●							●							●		5
11	* 戸 久 *	●		●					●		●					●		●					●		●					●		9
12	* 戸 長 *	●							●							●							●							●		5
13	* 原 三 *	●		●					●		●					●		●					●		●					●		9
14	* 路 三 *		●					●		●					●		●					●		●					●		●	9
15	* 路 四 *		●				●			●				●			●				●			●				●			●	9
16	* 路 良 *		●							●						●							●		●						●	5
17	* 用 恵 *	●		●					●		●					●		●					●		●					●		9
18	* 国 良 *			●				●			●				●			●				●			●				●			8
合 計		10	6	8	4	0	5	4	10	6	8	4	0	5	4	10	6	8	4	0	5	4	10	6	8	4	0	5	4	10	6	164

入金日計表

入金日期间： 令和02年05月01日 ～ 令和02年05月31日

印刷日： 令和02年05月26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	1234	*石 京*	R02/04/01～R02/04/30	222	R02/05/12	52,530	42,130	10,400	0	52,530	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	52,530	0	
2	1045	*牟田 良*	R02/04/01～R02/04/30	191	R02/05/13	9,042	9,042	0	0	9,042	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	9,042	0	
3		*合 たつ*	R02/04/01～R02/04/30	223	R02/05/16	16,080	12,880	3,200	0	16,080	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	16,080	0	
4	1029	*吉 花*	R02/04/01～R02/04/30	174	R02/05/20	120,860	0	120,860	0	120,860	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	120,860	0	
5		*出 二*	R02/04/01～R02/04/30	229	R02/05/24	23,955	12,755	11,200	0	23,955	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	23,955	0	
6		*津 一*	R02/04/01～R02/04/30	221	R02/05/25	68,380	54,780	13,600	0	68,380	0	窓口入金
7	1234	*石 京*	R02/04/01～R02/04/30	192	R02/05/25	144,070	144,070	0	0	144,070	0	口座振替
8	1001	*勢崎 京*	R02/04/01～R02/04/30	226	R02/05/25	7,959	3,959	4,000	0	7,959	0	口座振替
9		*勢崎 二*	R02/04/01～R02/04/30	227	R02/05/25	20,450	10,050	10,400	0	20,450	0	口座振替
10		*関 二*	R02/04/01～R02/04/30	228	R02/05/25	67,337	53,737	13,600	0	67,337	0	口座振替
11		*戸 久*	R02/04/01～R02/04/30	231	R02/05/25	96,280	89,080	7,200	0	96,280	0	口座振替
12	1000	*国 良*	R02/04/01～R02/04/30	238	R02/05/25	29,489	19,089	10,400	0	29,489	0	口座振替
				小計		-	-	-	-	433,965	0	
					合計	-	-	-	-	656,432	0	

利用者別入金一覧表

入金日期间： 令和02年05月01日 ～ 令和02年05月31日

印刷日： 令和02年05月26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		*津 一*	R02/04/01～R02/04/30	221	R02/05/25	68,380	54,780	13,600	0	68,380	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	68,380	0	
2	1045	*牟田 良*	R02/04/01～R02/04/30	191	R02/05/13	9,042	9,042	0	0	9,042	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	9,042	0	
3	1234	*石 京*	R02/04/01～R02/04/30	222	R02/05/12	52,530	42,130	10,400	0	52,530	0	窓口入金
4	1234	*石 京*	R02/04/01～R02/04/30	192	R02/05/25	144,070	144,070	0	0	144,070	0	口座振替
				小計		-	-	-	-	196,600	0	
5		*合 たつ*	R02/04/01～R02/04/30	223	R02/05/16	16,080	12,880	3,200	0	16,080	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	16,080	0	
6	1001	*勢崎 京*	R02/04/01～R02/04/30	226	R02/05/25	7,959	3,959	4,000	0	7,959	0	口座振替
				小計		-	-	-	-	7,959	0	
7		*勢崎 二*	R02/04/01～R02/04/30	227	R02/05/25	20,450	10,050	10,400	0	20,450	0	口座振替
				小計		-	-	-	-	20,450	0	
8		*関 二*	R02/04/01～R02/04/30	228	R02/05/25	67,337	53,737	13,600	0	67,337	0	口座振替
				小計		-	-	-	-	67,337	0	
9		*出 二*	R02/04/01～R02/04/30	229	R02/05/24	23,955	12,755	11,200	0	23,955	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	23,955	0	
10		*戸 久*	R02/04/01～R02/04/30	231	R02/05/25	96,280	89,080	7,200	0	96,280	0	口座振替
				小計		-	-	-	-	96,280	0	
11	1029	*吉 花*	R02/04/01～R02/04/30	174	R02/05/20	120,860	0	120,860	0	120,860	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	120,860	0	
12	1000	*国 良*	R02/04/01～R02/04/30	238	R02/05/25	29,489	19,089	10,400	0	29,489	0	口座振替
				小計		-	-	-	-	29,489	0	
				合計		-	-	-	-	656,432	0	

介護実施記録

* 出 二 * 様

男性

昭和14年4月25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								0:00 【その他費用】
								[昼食代]
1:00								単価: 800
								回数: 1 金額: 800
2:00								[合計金額]800円
								9:30 【実績】
3:00								[提供時間]9:30~16:00(6時間30分)
								[主サービス]通所介護 I 4 2
4:00								[送迎有無]送迎あり
								9:53 【バイタル】
5:00								体重: 61.2kg
								9:57 【水分・排泄】
6:00								排尿回数: 2回 排便状態: 軟便
								10:00 【ケア実施記録】
7:00								[清潔保持介助]
								口腔清潔介助
8:00								[更衣介助]
								更衣動作の介助
9:00	送迎サービス(迎え) 健康チェック・水分補給	124 89	36.1 77				排尿	[入浴介助]
								入浴の準備、後始末、入浴時の移乗
10:00	作業療法・リハビリ							、移動の介助、洗髪介助、部分浴介助
								[食事等介助]
11:00								食事等の摂取介助
								[排泄]
12:00	食事サービス				8			排便介助
								[基本動作介助]
13:00								移乗介助
								[薬剤の使用]
14:00								服薬等の介助
								[バイタル測定]
15:00	入浴サービス・水分補給							バイタルの測定・観察
								[レクリエーション]
16:00	送迎サービス(送り)							レクリエーションの介助
								12:00 【昼食】
17:00								主食: 8割
								支援経過記録
18:00								10:00 * 玉 あや *
								【実施項目】
19:00								[清潔保持介助]
								口腔清潔介助
20:00								[更衣介助]
								更衣動作の介助
21:00								[入浴介助]
								入浴の準備、後始末、入浴時の移乗
22:00								、移動の介助、洗髪介助、部分浴介助
								[食事等介助]
23:00								食事等の摂取介助
								[排泄]

実施記録	実施記録
排便介助	バイタルの測定・観察
[基本動作介助]	[レクリエーション]
移乗介助	レクリエーションの介助
[薬剤の使用]	
服薬等の介助	
[バイタル測定]	

ケア実施状況表（レクリエーション）

対象期間 R2/4/1～R2/4/30

南●●デイサービスセンター

No.	利用者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
		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	
1	*保 日*			レ							レ							レ							レ							
2	*津 一*		レ				レ							レ			レ				レ			レ				レ			レ	
3	*石 京*		レ							レ						レ								レ							レ	
4	*木 おとま*			レ							レ							レ							レ							
5	*国 良*	レ	レ																													
6	*合 たつ*				レ							レ							レ							レ						
7	*治 一*	レ							レ							レ							レ							レ		
8	*路 通*					レ								レ							レ							レ				
9	*勢崎 京*							レ							レ							レ							レ			
10	*勢崎 二*				レ							レ							レ							レ						
11	*関 二*				レ							レ							レ							レ						
12	*出 二*	レ							レ							レ							レ									
13	*子 良*		レ							レ							レ							レ							レ	
14	*波 あわ*	レ							レ														レ							レ		
15	*原 三*			レ							レ							レ							レ							
16	*戸 久*						レ							レ							レ								レ			
17	*辺 孝*							レ							レ							レ							レ			
18	*戸 長*		レ					レ		レ					レ		レ					レ		レ					レ		レ	
19	*治 良*						レ							レ							レ							レ				
20	*路 一*	レ							レ							レ							レ							レ		
21	*路 則*				レ							レ							レ							レ						
22	*路 四*			レ				レ			レ				レ			レ				レ			レ				レ			
23	*路 良*						レ							レ							レ							レ				
24	*用 恵*			レ							レ							レ							レ							
25	*出 京*	レ							レ							レ							レ							レ		

記号説明 レ:レクリエーションの準備 レ:レクリエーションの見守り レ:レクリエーションの介助

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8日

清潔保持介助	
口腔清潔介助	1
清拭介助	1
小計	2

更衣介助	
更衣動作の介助	3
小計	3

入浴介助	
入浴の準備、後始末	1
入浴時の移乗、移動の介助	3
洗身介助	2
洗髪介助	3
部分浴介助	2
小計	11

食事等介助	
食事等の摂取介助	3
小計	3

排泄	
排便介助	1
小計	1

基本動作介助	
移乗介助	1
小計	1

薬剤の使用	
服薬等の介助	5
小計	5

バイタル測定	
バイタルの測定・観察	3
小計	3

レクリエーション	
レクリエーションの介助	1

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8日

小計	1
総計	30

印刷日 R2/5/8

その他費用名： 昼食代

[illegible]

温度板

南●●デイサービスセンター

利用者番号 1234

氏名 *石 京*

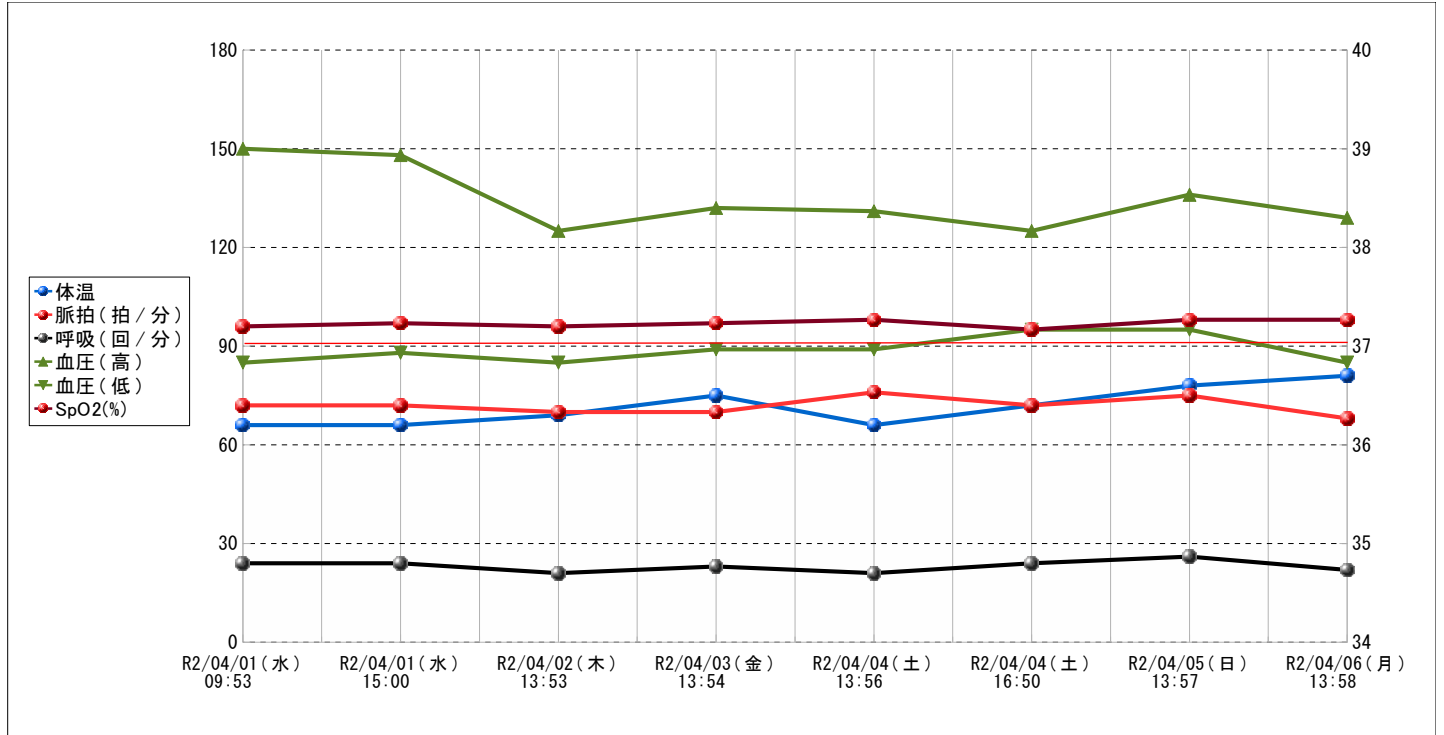
性別 女

生年月日

昭和14年6月16日

年齢

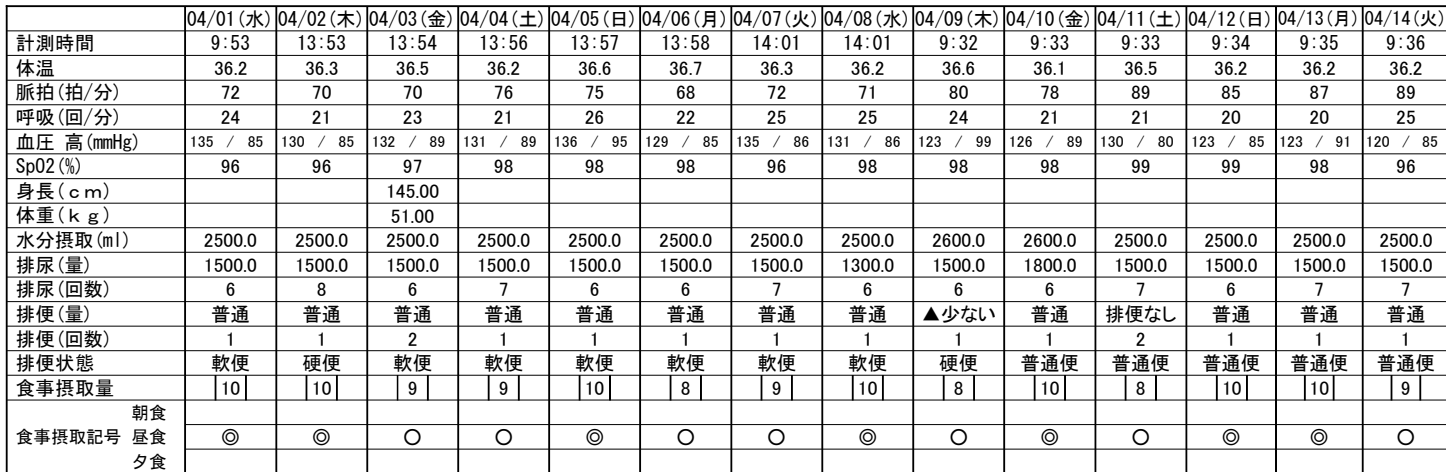
80 歳



	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							

南●●デイサービスセンター

年齡 80 歲



南●●デイサービスセンター

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(木)	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	36.2	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	23	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	2400
排泄(量)	1500	1300	1500	1300	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1300	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500
排泄(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	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	2	1	2	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	軟便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	軟便
食事摂取量	10	10	10	9	10	10	8	9	8	8	9	8	8	9	9	8	9	9	9	9	8	8	9	9	10	10	9	10	10	10	
朝食 朝食摂取記号 朝食	◎	◎	◎	○	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	○	◎	◎	◎	

月別医療費控除一覧

* 石 京 * 様 住所 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4

医療費控除対象金額 149,556 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	38,756 円	27,556 円
令和2年2月	33,252 円	23,652 円
令和2年3月	36,056 円	25,656 円
令和2年4月	52,530 円	21,380 円
令和2年5月	36,056 円	25,656 円
令和2年6月	36,056 円	25,656 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	232,706 円	149,556 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ことを証明いたします。

令和2年7月8日

鹿児島市東開町 X X X 番地

利用者氏名： * 石 京 *

測定日： 令和3年4月1日

生年月日： 昭和14年6月16日 女 81 歳

測定者： * 媛 悟 *

要介護度： 要介護4

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	15
3 整容	5 ☒ 0 0	自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り） 部分介助 全介助	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	0
5 入浴	5 ☒ 0 0	自立 部分介助 全介助	0
6 平地歩行	15 10 5 ☒ 0	45M 以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わず 45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 歩行不能の場合、車椅子にて45M 以上の操作可能 上記以外	0
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	0
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	0
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（ 35 / 100点）

栄養スクリーニング（通所・居宅）

利用者番号：1000

ふりがな	*わくに よし*	☐ 男 ☒ 女	☐ 明 ☐ 大 ☒ 昭	14 年 7 月 29 日生まれ	80 歳
氏名	*国 良*	要介護度・病名・ 特記事項等	糖尿病	記入者名： *玉 あや*	
				作成年月日： 令和02年04月01日	
				事業所内の管理栄養士・栄養士 ☐ 無 ☒ 有	

実 施 日	令和02年04月01日 (*玉 あや*)	()	()	()
身長 (cm) ※1	160 (cm)	(cm)	(cm)	(cm)
体重 (kg)	56 (kg)	(kg)	(kg)	(kg)
BMI (kg/m ²) ※1 18.5未満	☒ 無 ☐ 有 (21.9 kg/m ²)	☐ 無 ☐ 有 (kg/m ²)	☐ 無 ☐ 有 (kg/m ²)	☐ 無 ☐ 有 (kg/m ²)
直近1～6か月間における 3%以上の体重減少	☐ 無 ☒ 有 (53.3 kg/ 3 か月)	☐ 無 ☐ 有 (kg/ か月)	☐ 無 ☐ 有 (kg/ か月)	☐ 無 ☐ 有 (kg/ か月)
直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少	☐ 無 ☒ 有 (52.6 kg/6か月)	☐ 無 ☐ 有 (kg/6か月)	☐ 無 ☐ 有 (kg/6か月)	☐ 無 ☐ 有 (kg/6か月)
血清アルブミン値 (g/dl) ※2 3.5g/dl 未満	☒ 無 ☐ 有 ((g/dl))	☐ 無 ☐ 有 ((g/dl))	☐ 無 ☐ 有 ((g/dl))	☐ 無 ☐ 有 ((g/dl))
食事摂取量 75%以下※3	☐ 無 ☒ 有 (72 %)	☐ 無 ☐ 有 (%)	☐ 無 ☐ 有 (%)	☐ 無 ☐ 有 (%)
特記事項 (医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)				

- ※1 身長が測定できない場合は、空欄でも差し支えない。
 ※2 確認できない場合は、空欄でも差し支えない。
 ※3 管理栄養士・栄養士がいない事業所の場合は、参考値とする。

(参考) 低栄養状態のリスク分類について

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5 未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥 瘡			褥瘡

統計資料

年齢別利用者数

サービス：通所介護
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			5(1)							5(1)
	女						9(1)				9(1)
	計			5(1)			9(1)				14(2)
80 ～ 84	男		9(1)			36(3)	25(2)	9(1)			79(7)
	女		5(1)	10(2)		8(1)		13(1)			36(5)
	計		14(2)	10(2)		44(4)	25(2)	22(2)			115(12)
85 ～ 89	男						17(1)				17(1)
	女		4(1)		9(1)						13(2)
	計		4(1)		9(1)		17(1)				30(3)
90 ～ 94	男										
	女			5(1)							5(1)
	計			5(1)							5(1)
95 ～ 99	男										
	女										
	計										
100 ～	男										
	女										
	計										
合 計	男		9(1)	5(1)		36(3)	42(3)	9(1)			101(9)
	女		9(2)	15(3)	9(1)	8(1)	9(1)	13(1)			63(9)
	計		18(3)	20(4)	9(1)	44(4)	51(4)	22(2)			164(18)

平均介護度： 1.76 男性： 2.19 女性： 1.32

平均年齢： 81.7 男性： 80.9 女性： 82.6

- 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。

令和2年4月

通所

日計表

南●●デイサービスセンター

印刷日：令和2年5月18日

通所者数	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		合 計
曜 日	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		
通所者数																																
日別合計	10	6	8	4		5	4	10	6	8	4		5	4	10	6	8	4		5	4	10	6	8	4		5	4	10	6		164
地域																																
鹿児島市東開町×××番地	8	5	5	1		3	2	8	5	5	1		3	2	8	5	5	1		3	2	8	5	5	1		3	2	8	5		109
鹿児島市谷山中央			1				1			1				1			1				1			1				1				8
魚津市相木	1		1	1		1		1		1	1		1		1		1	1		1		1		1	1		1		1			17
未設定(振分不可)	1	1	1	2		1	1	1	1	1	2		1	1	1	1	1	2		1	1	1	1	1	2		1	1	1	1		30
状況区分																																
家庭	9	4	8	3		5	4	9	4	8	3		5	4	9	4	8	3		5	4	9	4	8	3		5	4	9	4		145
その他医療機関																																0
その他																																0
介護医療院																																0
併設医療機関																																0
特養																																0
療養型																																0
有料老人ホーム																																0
協力医療機関	1	2		1			1	2		1				1	2		1				1	2		1				1	2			19
介護度																																
再調査																																0
取消																																0
なし																																0
非該当																																0
事業対象者																																0
要支援 1	2		1			1		2		1			1		2		1			1		2		1			1		2			18
要支援 2	2	2					2	2						2	2						2	2							2	2		20
要介護 1	1		1				1		1					1		1					1		1					1				9
要介護 2	1	3	1	2		1	2	1	3	1	2		1	2	1	3	1	2		1	2	1	3	1	2		1	2	1	3		44
要介護 3	3		4	2		2	1	3		4	2		2	1	3		4	2		2	1	3		4	2		2	1	3			51
要介護 4	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1		22
要介護 5																																0
一次予防対象者																																0
二次予防対象者																																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7月9日
令和2年5月1日 ～ 令和2年6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	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 %

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 %

※割合(人数÷総数)は小数点第2位以下を四捨五入しているため、総数と各項目の総和が違うことがあります。

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7月9日
令和2年5月1日 ～ 令和2年6月30日
利用終了後の場所（どこへ）

特養	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%

療養型	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%

有料老人ホーム	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%

協力医療機関	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%

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	18 人	内	男 性	9 人	延利用者数	164 人
		訳	女 性	9 人		
				実施日数	26 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	1 人	7 人	1 人	0 人	0 人	0 人	9 人
女 性	0 人	0 人	0 人	0 人	1 人	5 人	1 人	2 人	0 人	0 人	9 人
計	0 人	0 人	0 人	0 人	2 人	12 人	2 人	2 人	0 人	0 人	18 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	4 人	2 人	2 人	9 人
女 性	5 人	3 人	1 人	0 人	9 人
計	6 人	7 人	3 人	2 人	18 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	1 人	0 人	2 人	0 人	0 人	6 人	0 人	9 人
女 性	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	3 人	2 人	0 人	3 人	0 人	9 人
計	0 人	0 人	0 人	2 人	0 人	5 人	2 人	0 人	9 人	0 人	18 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	1 人	2 人	3 人	ランク I	0 人	1 人	1 人
要支援2	1 人	3 人	4 人	〃 II a	0 人	0 人	0 人
要介護1	0 人	1 人	1 人	〃 II b	0 人	1 人	1 人
要介護2	3 人	1 人	4 人	〃 III a	0 人	0 人	0 人
要介護3	3 人	1 人	4 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	9 人	7 人	16 人
計	9 人	9 人	18 人	計	9 人	9 人	18 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 険 者

(別記) 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	1
請求事業所	名称 南●●デイサービスセンター									
	〒 8 9 1 - 0 1 1 5									
	所在地 鹿児島市 X X 町 X X 番地 1									
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	19	218,948	2,189,480	1,879,670		309,810	3	109,635	44,000		65,635
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	19	218,948	2,189,480	1,879,670		309,810	3	109,635	44,000		65,635

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 険 者 (011023)

××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	1
請求 事業所	名称	北●●デイサービスセンター								
	所在地	〒891-0115								
		鹿児島市X X町X X番地1								
	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	1	10,690	106,900	85,520		21,380					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	1	10,690	106,900	85,520		21,380					

公費請求

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

様式第一

介護給付費請求書

			年		月分
--	--	--	---	--	----

令和2年5月請求分合計

保 険 者 (011023)

××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	1
請求事業所	名称	南●●デイサービスセンター								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5								
		鹿児島市X X町X X番地 1								
	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	1	10,690	106,900	85,520		21,380					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	1	10,690	106,900	85,520		21,380					

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

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(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02年04月分													
公費受給者番号										保険者番号462010													
被保険者	被保険者番号	0012000000										請求事業者	事業所番号	469999991									
	(フリガナ)	*ケニ ヨシ*											事業所名称	南●●デイサービスセンター									
	氏名	*国良*											所在地	〒891-0115 鹿児島市XX町XX番地1									
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 性別 1. 男 ②. 女 14年07月29日																					
	要介護状態区分	要介護1・②・3・4・5																					
認定有効期間	令和02年01月01日から										連絡先	電話番号 099-XXX-XXXX											
	令和02年12月31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	469999997										事業所名称	ケアセンター み●●									
開始年月日		年 月 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				
	通所介護Ⅰ42		152347				679		8	5432													
	通所介護個別機能訓練加算Ⅰ		155051				46		8	368													
	通所介護入浴介助加算		155301				50		8	400													
	通所介護サービス提供体制加算Ⅰ2		156101				12		8	96													
	通所介護処遇改善加算Ⅱ		156107				271		1	271													
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		15		通所介護																		
	③サービス実日数		8		日				日				日										
	④計画単位数		20000																				
	⑤限度額管理対象単位数		6200																				
	⑥限度額管理対象外単位数		367														給付率 (/100)						
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥		6567														保険 90						
	⑧公費分単位数																公費						
	⑨単位数単価		1000		円/単位		▲		円/単位		▲		円/単位		▲		円/単位 合計						
	⑩保険請求額		59103				▲				▲						59103						
	⑪利用者負担額		6567														6567						
	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02年04月分													
公費受給者番号										保険者番号462010													
被保険者	被保険者番号	0012000000										請求事業者	事業所番号	469999991									
	(フリガナ)	*ケニ ヨシ*											事業所名称	南●●デイサービスセンター									
	氏名	*国良*											所在地	〒891-0115 鹿児島市XX町XX番地1									
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 性別 1. 男 ②. 女 14年07月29日																					
	要介護状態区分	要介護1・②・3・4・5																					
	認定有効期間	令和02年01月01日から 令和02年12月31日まで											連絡先	電話番号 099-XXX-XXXX									
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469999997 事業所名称ケアセンター み●●																					
開始年月日		年 月 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				
	通所介護Ⅰ42		152347				679		8	5432													
	通所介護個別機能訓練加算Ⅰ		155051				46		8	368													
	通所介護入浴介助加算		155301				50		8	400													
	通所介護サービス提供体制加算Ⅰ2		156101				12		8	96													
	通所介護処遇改善加算Ⅱ		156107				271		1	271													
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		15		通所介護																		
	③サービス実日数		8		日				日				日										
	④計画単位数																						
	⑤限度額管理対象単位数				6200																		
	⑥限度額管理対象外単位数				367														給付率 (/100)				
	⑦給付単位数(④⑤のうち 少ない数)+⑥				6567														保険				
	⑧公費分単位数																		公費				
	⑨単位数単価		1000		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				6567														6567				
	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			

レセプト一覧 請求年月: 令和2年5月 南●●デイサービスセンター

印刷日: 令和2年5月15日

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	
	通所介護 I 4 2	152347	679	8	5,432					
	通所介護個別機能訓練加算 I	155051	46	8	368					
	通所介護入浴介助加算	155301	50	8	400					
	通所介護サービス提供体制加算 I 2	156101	12	8	96					
	通所介護処遇改善加算 II	156107	271	1	271					

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	
	通所介護		8		20,000		6,200	367
	6,567		0		0		10.00	59,103
	6,567		0		0		0	0
	合計情報							59,103
	6,567		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： R02/05/09

サービス種類	介護度	サービスコード	サービス内容名称	合成単位	延回数(日数)	合計単位	合計金額	人数
通所介護	要介護 1	152346	通所介護 I 4 1	575	9	5,175	51,750	1
通所介護	要介護 1	155301	通所介護入浴介助加算		9	450	4,500	1
通所介護	要介護 1	156101	通所介護サービス提供体制加算 I 2		9	108	1,080	1
通所介護	要介護 1	156108	通所介護処遇改善加算 I		1	338	3,380	1
通所介護	要介護 2	152347	通所介護 I 4 2	679	44	29,876	298,760	4
通所介護	要介護 2	155051	通所介護個別機能訓練加算 I		8	368	3,680	1
通所介護	要介護 2	155301	通所介護入浴介助加算		44	2,200	22,000	4
通所介護	要介護 2	156101	通所介護サービス提供体制加算 I 2		44	528	5,280	4
通所介護	要介護 2	156104	通所介護処遇改善加算Ⅲ		1	145	1,450	1
通所介護	要介護 2	156107	通所介護処遇改善加算Ⅱ		3	1,138	11,380	3
通所介護	要介護 2	156340	通所介護 A D L 維持等加算 I		1	3	30	1
通所介護	要介護 3	152348	通所介護 I 4 3	784	42	32,928	329,280	3
通所介護	要介護 3	152443	通所介護 I 5 3	887	9	7,983	79,830	1
通所介護	要介護 3	155051	通所介護個別機能訓練加算 I		8	368	3,680	1
通所介護	要介護 3	155301	通所介護入浴介助加算		51	2,550	25,500	4
通所介護	要介護 3	156101	通所介護サービス提供体制加算 I 2		41	492	4,920	4
通所介護	要介護 3	156104	通所介護処遇改善加算Ⅲ		1	233	2,330	1
通所介護	要介護 3	156107	通所介護処遇改善加算Ⅱ		2	803	8,030	2
通所介護	要介護 4	152349	通所介護 I 4 4	888	22	19,536	195,360	2
通所介護	要介護 4	155051	通所介護個別機能訓練加算 I		9	414	4,140	1
通所介護	要介護 4	155052	通所介護個別機能訓練加算Ⅱ		9	504	5,040	1
通所介護	要介護 4	155301	通所介護入浴介助加算		17	850	8,500	2
通所介護	要介護 4	156101	通所介護サービス提供体制加算 I 2		20	240	2,400	2
通所介護	要介護 4	156107	通所介護処遇改善加算Ⅱ		2	843	8,430	2
通所介護	要介護 4	156111	通所介護特定処遇改善加算 I		1	122	1,220	1
小計		15****	通所介護	-	-	108,195	1,081,950	49
短期入所生活介護	要介護 3	211131	単独短期生活 I 3	765	14	10,710	107,100	1
短期入所生活介護	要介護 3	216005	短期生活個別機能訓練加算		14	784	7,840	1
短期入所生活介護	要介護 3	216101	短期生活サービス提供体制加算 I 2		14	168	1,680	1
短期入所生活介護	要介護 3	216108	短期生活処遇改善加算 I		1	1,003	10,030	1
短期入所生活介護	要介護 3	216113	短期生活看護体制加算 I		14	56	560	1
短期入所生活介護	要介護 3	219200	短期入所生活介護送迎加算		2	368	3,680	1
小計		21****	短期入所生活介護	-	-	13,089	130,890	6
介護予防短期入所生活介護	要支援 2	241125	予単独短期生活Ⅱ 2	579	30	17,370	173,700	1

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: R02/05/09

サービス種類	介護度	サービスコード	サービス内容名称	合成単位	延回数(日数)	合計単位	合計金額	人数
通所介護	要介護 1	152346	通所介護 I 4 1	575	9	5,175	51,750	1
通所介護	要介護 1	155301	通所介護入浴介助加算		9	450	4,500	1
通所介護	要介護 1	156101	通所介護サービス提供体制加算 I 2		9	108	1,080	1
通所介護	要介護 1	156108	通所介護処遇改善加算 I		1	338	3,380	1
通所介護	要介護 2	152347	通所介護 I 4 2	679	44	29,876	298,760	4
通所介護	要介護 2	155051	通所介護個別機能訓練加算 I		8	368	3,680	1
通所介護	要介護 2	155301	通所介護入浴介助加算		44	2,200	22,000	4
通所介護	要介護 2	156101	通所介護サービス提供体制加算 I 2		44	528	5,280	4
通所介護	要介護 2	156104	通所介護処遇改善加算 III		1	145	1,450	1
通所介護	要介護 2	156107	通所介護処遇改善加算 II		3	1,138	11,380	3
通所介護	要介護 2	156340	通所介護 A D L 維持等加算 I		1	3	30	1
通所介護	要介護 3	152348	通所介護 I 4 3	784	42	32,928	329,280	3
通所介護	要介護 3	152443	通所介護 I 5 3	887	9	7,983	79,830	1
通所介護	要介護 3	155051	通所介護個別機能訓練加算 I		8	368	3,680	1
通所介護	要介護 3	155301	通所介護入浴介助加算		51	2,550	25,500	4
通所介護	要介護 3	156101	通所介護サービス提供体制加算 I 2		41	492	4,920	4
通所介護	要介護 3	156104	通所介護処遇改善加算 III		1	233	2,330	1
通所介護	要介護 3	156107	通所介護処遇改善加算 II		2	803	8,030	2
通所介護	要介護 4	152349	通所介護 I 4 4	888	22	19,536	195,360	2
通所介護	要介護 4	155051	通所介護個別機能訓練加算 I		9	414	4,140	1
通所介護	要介護 4	155052	通所介護個別機能訓練加算 II		9	504	5,040	1
通所介護	要介護 4	155301	通所介護入浴介助加算		17	850	8,500	2
通所介護	要介護 4	156101	通所介護サービス提供体制加算 I 2		20	240	2,400	2
通所介護	要介護 4	156107	通所介護処遇改善加算 II		2	843	8,430	2
通所介護	要介護 4	156111	通所介護特定処遇改善加算 I		1	122	1,220	1
小計		15****	通所介護	-	-	108,195	1,081,950	49
短期入所生活介護	要介護 3	211131	単独短期生活 I 3	765	14	10,710	107,100	1
短期入所生活介護	要介護 3	216005	短期生活個別機能訓練加算		14	784	7,840	1
短期入所生活介護	要介護 3	216101	短期生活サービス提供体制加算 I 2		14	168	1,680	1
短期入所生活介護	要介護 3	216108	短期生活処遇改善加算 I		1	1,003	10,030	1
短期入所生活介護	要介護 3	216113	短期生活看護体制加算 I		14	56	560	1
短期入所生活介護	要介護 3	219200	短期入所生活介護送迎加算		2	368	3,680	1
小計		21****	短期入所生活介護	-	-	13,089	130,890	6
介護予防短期入所生活介護	要支援 2	241125	予単独短期生活 II 2	579	30	17,370	173,700	1
介護予防短期入所生活介護	要支援 2	246101	予短期生活サービス提供体制加算 I 2		30	360	3,600	1

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： R02/05/09

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
介護予防短期入所生活介護	要支援 2	246104	予短期生活処遇改善加算Ⅲ		1	585	5,850	1
小計		24****	介護予防短期入所生活介護	-	-	18,315	183,150	3
介護老人福祉施設	要介護 4	511145	福祉施設Ⅱ 4	765	30	22,950	229,500	1
介護老人福祉施設	要介護 4	516003	福祉施設個別機能訓練加算		30	360	3,600	1
介護老人福祉施設	要介護 4	516107	福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1		30	540	5,400	1
介護老人福祉施設	要介護 4	516110	福祉施設処遇改善加算Ⅰ		1	2,119	21,190	1
介護老人福祉施設	要介護 4	516113	福祉施設看護体制加算Ⅰ 1		30	180	1,800	1
介護老人福祉施設	要介護 4	516117	福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1		30	660	6,600	1
介護老人福祉施設	要介護 4	516274	福祉施設経口移行加算		30	840	8,400	1
小計		51****	介護老人福祉施設	-	-	27,649	276,490	7
地域密着型通所介護	要介護 3	781348	地域通所介護 4 3	908	5	4,540	45,400	1
地域密着型通所介護	要介護 3	784002	地域通所介護生活機能向上連携加算 1		1	200	2,000	1
地域密着型通所介護	要介護 3	785301	地域通所介護入浴介助加算		5	250	2,500	1
地域密着型通所介護	要介護 3	786100	地域通所介護サービス提供体制加算Ⅰ 1		5	90	900	1
地域密着型通所介護	要介護 3	786108	地域通所介護処遇改善加算Ⅰ		1	300	3,000	1
小計		78****	地域密着型通所介護	-	-	5,380	53,800	5
通所型サービス(独自)	要支援 1	A61111	通所型独自サービス 1	1655	1	1,655	16,550	1
通所型サービス(独自)	要支援 1	A66100	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	59	1	98	980	1
通所型サービス(独自)	要支援 1	A66118	通所型独自サービス特定処遇改善加算Ⅰ	12	1	20	200	1
通所型サービス(独自)	要支援 2	A61111	通所型独自サービス 1	1655	1	1,655	16,781	1
通所型サービス(独自)	要支援 2	A61121	通所型独自サービス 2	3393	2	6,786	67,860	2
通所型サービス(独自)	要支援 2	A61221	通所型独自サービス／2 2	1655	1	1,655	16,781	1
通所型サービス(独自)	要支援 2	A65002	通所型独自サービス運動器機能向上加算	225	2	450	4,531	2
通所型サービス(独自)	要支援 2	A65004	通所型独自サービス口腔機能向上加算	150	2	300	3,021	2
通所型サービス(独自)	要支援 2	A65005	通所型独自サービス事業所評価加算	120	3	360	3,616	3
通所型サービス(独自)	要支援 2	A65012	通所型独自サービス運動器機能向上加算／2	225	1	225	2,281	1
通所型サービス(独自)	要支援 2	A66100	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	59	4	683	6,864	4
通所型サービス(独自)	要支援 2	A66107	通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ 1 1	72	1	72	730	1
通所型サービス(独自)	要支援 2	A66118	通所型独自サービス特定処遇改善加算Ⅰ	12	1	44	440	1
通所型サービス(独自)	要支援 2	A66128	通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ／2 1 2	72	1	72	730	1
小計		A6****	通所型サービス(独自)	-	-	14,075	141,365	22
通所型サービス(独自/定率)	要支援 1	A71011	通所型サービス 1 (9割)	304	4	1,216	12,160	1
小計		A7****	通所型サービス(独自/定率)	-	-	1,216	12,160	1
合計		-	-	-	-	187,919	1,879,805	93

サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ～ R02/04

作成日： R02/07/09

サービス種類	サービスコード	サービス内容名称	合成単位	延回数(日数)	合計単位	合計金額	人数
通所介護	152346	通所介護Ⅰ 4 1	575	9	5,175	51,750	1
通所介護	152347	通所介護Ⅰ 4 2	679	44	29,876	298,760	4
通所介護	152348	通所介護Ⅰ 4 3	784	42	32,928	329,280	3
通所介護	152349	通所介護Ⅰ 4 4	888	22	19,536	195,360	2
通所介護	152443	通所介護Ⅰ 5 3	887	9	7,983	79,830	1
通所介護	155051	通所介護個別機能訓練加算Ⅰ		25	1,150	11,500	3
通所介護	155052	通所介護個別機能訓練加算Ⅱ		9	504	5,040	1
通所介護	155301	通所介護入浴介助加算		121	6,050	60,500	11
通所介護	156101	通所介護サービス提供体制加算Ⅰ 2		114	1,368	13,680	11
通所介護	156104	通所介護処遇改善加算Ⅲ		2	378	3,780	2
通所介護	156107	通所介護処遇改善加算Ⅱ		7	2,784	27,840	7
通所介護	156108	通所介護処遇改善加算Ⅰ		1	338	3,380	1
通所介護	156111	通所介護特定処遇改善加算Ⅰ		1	122	1,220	1
通所介護	156340	通所介護ＡＤＬ維持等加算Ⅰ		1	3	30	1
小計	15****	通所介護	-	-	108,195	1,081,950	49
短期入所生活介護	211131	単独短期生活Ⅰ 3	765	14	10,710	107,100	1
短期入所生活介護	216005	短期生活個別機能訓練加算		14	784	7,840	1
短期入所生活介護	216101	短期生活サービス提供体制加算Ⅰ 2		14	168	1,680	1
短期入所生活介護	216108	短期生活処遇改善加算Ⅰ		1	1,003	10,030	1
短期入所生活介護	216113	短期生活看護体制加算Ⅰ		14	56	560	1
短期入所生活介護	219200	短期入所生活介護送迎加算		2	368	3,680	1
小計	21****	短期入所生活介護	-	-	13,089	130,890	6
介護予防短期入所生活介護	241125	予単独短期生活Ⅱ 2	579	30	17,370	173,700	1
介護予防短期入所生活介護	246101	予短期生活サービス提供体制加算Ⅰ 2		30	360	3,600	1
介護予防短期入所生活介護	246104	予短期生活処遇改善加算Ⅲ		1	585	5,850	1
小計	24****	介護予防短期入所生活介護	-	-	18,315	183,150	3
介護老人福祉施設	511145	福祉施設Ⅱ 4	765	30	22,950	229,500	1
介護老人福祉施設	516003	福祉施設個別機能訓練加算		30	360	3,600	1
介護老人福祉施設	516107	福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1		30	540	5,400	1
介護老人福祉施設	516110	福祉施設処遇改善加算Ⅰ		1	2,119	21,190	1
介護老人福祉施設	516113	福祉施設看護体制加算Ⅰ 1		30	180	1,800	1
介護老人福祉施設	516117	福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1		30	660	6,600	1
介護老人福祉施設	516274	福祉施設経口移行加算		30	840	8,400	1
小計	51****	介護老人福祉施設	-	-	27,649	276,490	7

サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ～ R02/04

作成日： R02/07/09

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
地域密着型通所介護	781348	地域通所介護 4 3	908	5	4,540	45,400	1
地域密着型通所介護	784002	地域通所介護生活機能向上連携加算 1		1	200	2,000	1
地域密着型通所介護	785301	地域通所介護入浴介助加算		5	250	2,500	1
地域密着型通所介護	786100	地域通所介護サービス提供体制加算 I 1		5	90	900	1
地域密着型通所介護	786108	地域通所介護処遇改善加算 I		1	300	3,000	1
小計	78****	地域密着型通所介護	-	-	5,380	53,800	5
通所型サービス (独自)	A61111	通所型独自サービス 1	1655	2	3,310	33,331	2
通所型サービス (独自)	A61121	通所型独自サービス 2	3393	2	6,786	67,860	2
通所型サービス (独自)	A61221	通所型独自サービス / 2 2	1655	1	1,655	16,781	1
通所型サービス (独自)	A65002	通所型独自サービス運動器機能向上加算	225	2	450	4,531	2
通所型サービス (独自)	A65004	通所型独自サービス口腔機能向上加算	150	2	300	3,021	2
通所型サービス (独自)	A65005	通所型独自サービス事業所評価加算	120	3	360	3,616	3
通所型サービス (独自)	A65012	通所型独自サービス運動器機能向上加算 / 2	225	1	225	2,281	1
通所型サービス (独自)	A66100	通所型独自サービス処遇改善加算 I	59	5	781	7,844	5
通所型サービス (独自)	A66107	通所型独自サービス提供体制加算 I 1 1	72	1	72	730	1
通所型サービス (独自)	A66118	通所型独自サービス特定処遇改善加算 I	12	2	64	640	2
通所型サービス (独自)	A66128	通所型独自サービス提供体制加算 I / 2 1 2	72	1	72	730	1
小計	A6****	通所型サービス (独自)	-	-	14,075	141,365	22
通所型サービス (独自/定率)	A71011	通所型サービス 1 (9割)	304	4	1,216	12,160	1
小計	A7****	通所型サービス (独自/定率)	-	-	1,216	12,160	1
合計	-	-	-	-	187,919	1,879,805	93

稼動額集計表

提供年月：令和2年4月

(全請求分)

南●●デイサービスセンター

印刷日：R2/5/16

要支援 1				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		
2822939991	*合 たつ*	R2/4	A7	0	0	0	0	0	0	0	12,880	3,200	0	16,080	
0155352551	*原 三*	R2/4	A6	15,957	0	0	0	0	0	1,773	0	7,200	0	24,930	
	合計	(件数計)	2	15,957	0	0	0	0	0	1,773	12,880	10,400	0	41,010	

要支援 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		
2899999123	*路 通*	R2/4	A6	16,767	0	0	0	0	0	4,192	0	4,000	0	24,959	
9900000022	*勢崎 京*	R2/4	A6	35,631	0	0	0	0	0	3,959	0	4,000	0	43,590	
9900000018	*沢 一*	R2/4	24	60,444	0	0	0	0	0	18,315	0	65,720	0	144,479	
4564564646	*波 あわ*	R2/4	A6	35,307	0	0	0	0	0	3,923	0	4,000	0	43,230	
2800000002	*路 良*	R2/4	A6	21,473	0	0	0	0	0	2,386	0	4,000	0	27,859	
	合計	(件数計)	5	169,622	0	0	0	0	0	32,775	0	81,720	0	284,117	

要介護 1				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		
2899999960	*用 恵*	R2/4	15	54,639	0	0	0	0	0	6,071	0	7,200	0	67,910	
	合計	(件数計)	1	54,639	0	0	0	0	0	6,071	0	7,200	0	67,910	

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		
4623161616	*田 良*	R2/4	51	115,875	0	19,440	0	0	0	12,875	0	16,320	0	164,510	
0012000000	*国 良*	R2/4	15	59,103	0	0	0	0	0	6,567	0	6,400	0	72,070	
9900000021	*勢崎 二*	R2/4	15	90,450	0	0	0	0	0	10,050	0	10,400	0	110,900	
9900000025	*出 二*	R2/4	15	95,445	0	0	0	0	0	10,605	2,150	11,200	0	119,400	
1111111000	*路 四*	R2/4	15	62,604	0	0	0	0	0	6,956	0	7,200	0	76,760	
	合計	(件数計)	5	423,477	0	19,440	0	0	0	47,053	2,150	51,520	0	543,640	

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		
4600000525	*津 三*	R2/4	78	48,420	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48,420	
9900000026	*津 一*	R2/4	15	95,220	0	0	0	0	0	10,580	44,200	13,600	0	163,600	
8888888888	*京*	R2/4	51	76,320	0	12,270	0	0	0	8,480	0	10,200	0	107,270	
9900000017	*岡 三*	R2/4	21	117,801	0	0	0	0	0	13,089	0	35,882	0	166,772	
4600000001	*治 一*	R2/4	15	64,224	0	0	0	0	0	7,136	0	7,200	0	78,560	
9900000023	*関 二*	R2/4	15	93,393	0	0	0	0	0	10,377	43,360	13,600	0	160,730	
2899999990	*戸 久*	R2/4	15	0	0	0	0	0	0	89,080	0	7,200	0	96,280	
	合計	(件数計)	7	495,378	0	12,270	0	0	0	138,742	87,560	87,682	0	821,632	

稼動額集計表

提供年月：令和2年4月 (全請求分) 南●●デイサービスセンター 印刷日：R2/5/16

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	15	85,520	0	0	0	0	0	21,380	20,750	10,400	0	138,050	
4612121212	* 蘇 花 *	R2/4	51	218,385	0	0	0	0	0	24,265	0	66,700	0	309,350	
2800000003	* 路 三 *	R2/4	15	88,875	0	0	0	0	0	9,875	0	7,200	0	105,950	
9900000013	* 津 三 *	R2/4	51	248,625	0	0	0	0	0	27,649	0	70,410	0	346,684	
	合計	(件数計)	4	641,405	0	0	0	0	0	83,169	20,750	154,710	0	900,034	

要介護 5				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		
2899990001	* 路 一 *	R2/4	51	204,327	0	33,925	0	0	0	22,703	0	19,780	0	280,735	
	合計	(件数計)	1	204,327	0	33,925	0	0	0	22,703	0	19,780	0	280,735	

利用者請求のみ				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		
	* 戸 長 *	R2/4	65	0	0	0	0	0	0	0	0	4,000	0	4,000	
	合計	(件数計)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4,000	0	4,000	

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	26	2,004,805	0	65,635	0	0	0	332,286	123,340	417,012	0	2,943,078
	総 合 計		26	2,004,805	0	65,635	0	0	0	332,286	123,340	417,012	0	2,943,078

介護給付費請求額一覧

請求年月：令和02年05月

特別養護老人ホーム ●苑

印刷日：R02/05/09

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
15	通所介護									
	11	97,689	788,339	0	188,551	0	0	0	0	0
21	短期入所生活介護									
	1	13,089	117,801	0	13,089	0	0	0	0	0
24	介護予防短期入所生活介護									
	1	18,315	164,835	0	18,315	0	0	0	0	0
51	介護老人福祉施設									
	1	27,649	248,841	0	27,649	0	0	0	0	0
78	地域密着型通所介護									
	1	5,380	48,420	0	5,380	0	0	0	0	0
A6	通所型サービス（独自）									
	5	14,075	125,135	0	16,233	0	0	0	0	0
A7	通所型サービス（独自/定率）									
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事業所計										
	20	176,197	1,493,371	0	269,217	0	0	0	0	0
全体計										
	20	176,197	1,493,371	0	269,217	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：15

区分	件数	日数	費用額	保険負担額	公費負担額	本人負担額
011007	●●市					
居宅系	1	8	64,410	57,969	0	6,441
計	1	8	64,410	57,969	0	6,441
011023	●●区					
居宅系	1	13	106,900	85,520	0	21,380
計	1	13	106,900	85,520	0	21,380
282012	●●市					
居宅系	1	9	69,560	62,604	0	6,956
計	1	9	69,560	62,604	0	6,956
284810	●●市					
居宅系	1	9	60,710	54,639	0	6,071
計	1	9	60,710	54,639	0	6,071
462010	●●市					
居宅系	5	57	471,040	343,764	0	127,276
計	5	57	471,040	343,764	0	127,276
462101	●●市					
居宅系	2	30	204,270	183,843	0	20,427
計	2	30	204,270	183,843	0	20,427
合計						
居宅系	11	126	976,890	788,339	0	188,551
計	11	126	976,890	788,339	0	188,551

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：通所介護

印刷日：R02/05/09

氏名	(基本) 共生型サービス	入浴介助加算 中重度者ケア体制加算	A D L維持等加算 認知症加算	栄養スクリーニング加算 口腔機能向上加算	サービス提供体制加算 処遇改善加算等					
利用者番号	生活相談員配置等加算	生活機能向上連携加算	若年性認知症受入加算	同一建物減算	【保険単位数】	種別	保険請求額	保険利用者負担額	公費請求額	公費本人負担額
被保険者番号	中山間地域等提供加算	個別機能訓練加算	栄養改善加算	送迎減算						
低所得者区分										
要介護 1										
* 用 恵 *	5, 175	450	0	0	108	保険	54, 639	6, 071	0	0
	0	0	0	0	338	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	6, 071	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 1 小計 (1 人)	5, 175	450	0	0	108	保険	54, 639	6, 071	0	0
	0	0	0	0	338	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	6, 071	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 2										
* 勢 崎 二 *	8, 827	650	3	0	156	保険	90, 450	10, 050	0	0
	0	0	0	0	414	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	10, 050	特定治療・療養	0	0	0	0
* 出 二 *	9, 506	700	0	0	168	保険	95, 445	10, 605	0	0
	0	0	0	0	437	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	10, 605	特定治療・療養	0	0	0	0
* 路 四 *	6, 111	450	0	0	108	保険	62, 604	6, 956	0	0
	0	0	0	0	287	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	6, 956	特定治療・療養	0	0	0	0
* 国 良 *	5, 432	400	0	0	96	保険	57, 969	6, 441	0	0
	0	0	0	0	145	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	368	0	0	6, 441	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 2 小計 (4 人)	29, 876	2, 200	3	0	528	保険	306, 468	34, 052	0	0
	0	0	0	0	1, 283	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	368	0	0	34, 052	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 3										

サービス集計一覧

提供年月： 令和02年04月 ～ 令和02年04月

サービス種類名： 通所介護

印刷日： R02/05/09

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	(基本) 共生型サービス 生活相談員配置等加算 中山間地域等提供加算	入浴介助加算 中重度者ケア体制加算 生活機能向上連携加算 個別機能訓練加算	A D L維持等加算 認知症加算 若年性認知症受入加算 栄養改善加算	栄養スクリーニング加算 口腔機能向上加算 同一建物減算 送迎減算	サービス提供体制加算 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
* 津 一 *	13,328	850	0	0	144	保険	95,220	10,580	0	0
9900000026	0	0	0	0	436	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	10,580	特定治療・療養	0	0	0	0
* 治 一 *	6,272	400	0	0	96	保険	64,224	7,136	0	0
107 4600000001	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	368	0	0	7,136	特定治療・療養	0	0	0	0
	0	0	0	0						
* 関 二 *	13,328	850	0	0	144	保険	93,393	10,377	0	0
9900000023	0	0	0	0	233	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	10,377	特定治療・療養	0	0	0	0
	0	0	0	0						
* 戸 久 *	7,983	450	0	0	108	保険	0	89,080	0	0
2899999990	0	0	0	0	367	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	8,908	特定治療・療養	0	0	0	0
	0	0	0	0						
要介護3 小計	40,911	2,550	0	0	492	保険	252,837	117,173	0	0
(4人)	0	0	0	0	1,036	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	368	0	0	37,001	特定治療・療養	0	0	0	0
	0	0	0	0						
要介護4										
* 石 京 *	11,544	400	0	0	132	保険	85,520	21,380	0	0
1234 0024939400	0	0	0	0	558	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	10,690	特定治療・療養	0	0	0	0
	0	0	0	0						
* 路 三 *	7,992	450	0	0	108	保険	88,875	9,875	0	0
1012 2800000003	0	0	0	0	407	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	918	0	0	9,875	特定治療・療養	0	0	0	0
	0	0	0	0						

サービス集計一覧

提供年月： 令和02年04月 ～ 令和02年04月
サービス種類名： 通所介護

印刷日： R02/05/09

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	(基本) 共生型サービス 生活相談員配置等加算 中山間地域等提供加算	入浴介助加算 中重度者ケア体制加算 生活機能向上連携加算 個別機能訓練加算	A D L維持等加算 認知症加算 若年性認知症受入加算 栄養改善加算	栄養スクリーニング加算 口腔機能向上加算 同一建物減算 送迎減算	サービス提供体制加算 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4 小計 (2人)	19,536	850	0	0	240	保険	174,395	31,255	0	0
	0	0	0	0	965	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	918	0	0	20,565	特定治療・療養	0	0	0	0
総合計 (11人)	95,498	6,050	3	0	1,368	保険	788,339	188,551	0	0
	0	0	0	0	3,622	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	1,654	0	0	97,689	特定治療・療養	0	0	0	0

アセスメント

[* 国 良 *

様]

簡易アセスメント

女性 昭和14年7月29日 生

作成日 [令和 2年4月1日]

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

[* 国 良 * 様]

簡易アセスメント

女性 昭和14年7月29日 生

作成日 [令和 2年4月1日]

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

予定関係

配車予定一覧

迎え送り

印刷日

令和02年4月1日 水曜日

日付	4/1(水)	4/1(水)	4/1(水)	4/1(水)	4/1(水)	4/1(水)			
地区	X X 地区	X X 地区	X X 地区	X X 地区	x x 地区	x x 地区			
送迎車	南風ケアセンター 1号車	南風ケアセンター 1号車	南風ケアセンター 2号車	南風ケアセンター 2号車	南風ケアセンター 3号車	南風ケアセンター 3号車			
送迎	迎え	送り	迎え	送り	迎え	送り			
出発	08:30	16:00	08:30	16:00	08:30	16:00			
到着	09:00	16:30	09:00	16:30	09:00	16:30			
運転手	* 知 小 *	* 京 一 *	* 本 紅 *	* 阜 梅 *	* 庫 三 *	* 庫 三 *			
補助員	* 媛 悟 *	* 知 小 *	* 崎 六 *	* 本 紅 *	* 良 林 *	* 良 林 *			
1	* 津 一 *	* 津 一 *	* 関 二 *	* 関 二 *	* 出 二 *	* 出 二 *			
2	* 勢崎 京 *	* 勢崎 京 *							
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
日付									
地区									
送迎車									
送迎									
出発									
到着									
運転手									
補助員									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

週間配車予定一覧

印刷日 令和02年4月1日 水曜日

日付		4/1(水)		4/2(木)		4/3(金)		4/4(土)		4/5(日)		4/6(月)	
南風ヶアセンタ－ 1号車	地区	X X 地区	X X 地区	X X 地区	X X 地区	X X 番地	X X 地区					X X 地区	X X 地区
	送 出発	迎 08:30	送 16:00	迎 08:00	送 16:00	迎 08:30	送 16:00					迎 08:30	送 16:00
	迎 到着	09:00	16:30	08:30	16:30	09:00	16:30					09:00	16:30
	運転手	* 知 小 *	* 京 一 *	* 知 小 *	* 知 小 *	* 知 小 *	* 知 小 *					* 知 小 *	* 知 小 *
	補助員	* 媛 悟 *	* 知 小 *	* 京 一 *	* 京 一 *	* 京 一 *	* 京 一 *					* 京 一 *	* 京 一 *
	1	* 津 一 *	* 津 一 *	* 岡 三 *	* 岡 三 *	* 津 一 *	* 津 一 *					* 津 一 *	* 津 一 *
	2	* 勢崎 京 *	* 勢崎 京 *	* 勢崎 二 *	* 勢崎 二 *	* 勢崎 京 *	* 勢崎 京 *					* 岡 三 *	* 岡 三 *
	3												
	4												
	5												
	6												
南風ヶアセンタ－ 2号車	地区	X X 地区	X X 地区	X X 地区	X X 地区	X X 番地	X X 地区					X X 地区	X X 地区
	送 出発	迎 08:30	送 16:00	迎 08:30	送 16:00	迎 08:30	送 16:00					迎 08:30	送 16:00
	迎 到着	09:00	16:30	09:00	16:30	09:00	16:30					09:00	16:30
	運転手	* 本 紅 *	* 阜 梅 *	* 媛 悟 *	* 媛 悟 *	* 媛 悟 *	* 媛 悟 *					* 媛 悟 *	* 媛 悟 *
	補助員	* 崎 六 *	* 本 紅 *	* 媛 悟 *	* 本 紅 *	* 本 紅 *	* 本 紅 *					* 本 紅 *	* 本 紅 *
	1	* 関 二 *	* 関 二 *	* 出 二 *	* 出 二 *	* 関 二 *	* 関 二 *					* 勢崎 京 *	* 勢崎 京 *
	2			* 原 三 *	* 原 三 *	* 子 良 *	* 子 良 *					* 関 二 *	* 関 二 *
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

週間配車予定一覧

印刷日 令和02年4月1日 水曜日

日付		4/1(水)		4/2(木)		4/3(金)		4/4(土)		4/5(日)		4/6(月)	
南風ヶア センタ ー 3号車	地区	x x 地区	x x 地区	X X 地区	X X 地区	X X 地区	X X 地区					X X 地区	X X 地区
	送 出発	迎 08:30	送 16:00	迎 08:30	送 16:00	迎 08:30	送 16:00					迎 08:30	送 16:00
	迎 到着	09:00	16:30	09:00	16:30	09:00	16:30					09:00	16:30
	運転手	*庫 三*	*庫 三*	*崎 六*	*庫 三*	*崎 六*	*崎 六*					*崎 六*	*庫 三*
	補助員	*良 林*	*良 林*	*良 林*	*良 林*	*良 林*	*庫 三*					*良 林*	*良 林*
	1	*出 二*	*出 二*	*路 三*	*路 三*	*治 良*	*治 良*					*子 良*	*子 良*
	2			*路 良*	*路 良*	*国 良*	*国 良*					*原 三*	*原 三*
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												
	地区												
	送 出発												
	迎 到着												
	運転手												
	補助員												
	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

サービス計画書

日課計画表

作成年月日 令和2年4月1日

利用者名 * 国 良 * 殿

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例
深夜	4:00						食事介護 朝食 昼食 夕食 入浴介助(曜日) 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位変換
早朝	6:00					起床 (自立)	
午前	8:00	迎え	D s スタッフ	デイサービス (送迎)		朝食	
		バイタルチェック	D s スタッフ			散歩	
	10:00	レクレーション	D s スタッフ				
午後	12:00	食事支援・見守り	D s スタッフ	デイサービス (昼食)		昼食準備 (長男嫁支援)	
		昼寝				昼食	
	14:00	入浴介助	D s スタッフ			昼寝	
						入浴	
	16:00	送り	D s スタッフ	デイサービス (送迎)			
夜間	18:00					夕食準備 (長男嫁支援)	
						夕食	
	20:00						
深夜						就眠	
	22:00						
	24:00						
深夜	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)	[ケース記録]		
10:00	【実施項目】	R02. 04. 02(木)	[ケース記録]
* 玉 あや*	[排泄]	11:00	【実施項目】
	排泄時の移乗、移動介助	* 玉 あや*	[レクリエーション]
	[バイタル測定]		レクリエーションの準備, レクリエーションの見守り, レク
	バイタルの測定・観察		リエーションの介助
	[レクリエーション]		
	レクリエーションの準備, レクリエーションの見守り	R02. 04. 02(木)	[ケース記録]
		12:00~12:30	【実施項目】
R02. 04. 01(水)	[ケース記録]	* 玉 あや*	[食事等介助]
11:00	【実施項目】		食事等の摂取介助
* 玉 あや*	[レクリエーション]		[薬剤の使用]
	レクリエーションの準備, レクリエーションの見守り, レク		服薬等の準備等, 服薬等の見守り, 服薬等の介助
	リエーションの介助		
		R02. 04. 02(木)	[ケース記録]
R02. 04. 01(水)	[ケース記録]	14:30~15:00	【実施項目】
12:00~12:30	【実施項目】	* 玉 あや*	[入浴介助]
* 玉 あや*	[食事等介助]		入浴の準備、後始末, 入浴時の移乗、移動の介助, 洗身介助
	食事等の摂取介助		
	[水分摂取介助]	R02. 04. 02(木)	[ケース記録]
	×水分摂取等の見守り, 水分摂取動作の介助	15:50	【実施項目】
		* 玉 あや*	[基本動作介助]
R02. 04. 01(水)	[ケース記録]		移乗介助, 移動介助
14:00~14:30	【実施項目】		
* 玉 あや*	[更衣介助]		
	更衣の準備等		
	[入浴介助]		
	入浴の準備、後始末, 入浴時の移乗、移動の介助, 洗身介助		
R02. 04. 01(水)	[ケース記録]		
15:50~16:00	【実施項目】		
* 玉 あや*	[基本動作介助]		
	移乗介助, 移動介助		
R02. 04. 02(木)	[ケース記録]		
10:00	【実施項目】		
* 玉 あや*	[基本動作介助]		
	移動介助		
	[バイタル測定]		
	バイタルの測定・観察		

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 会議室

開催時間 09:00～11:00

開催回数 3

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
	ケアセンター「みずき」 （介護支援専門員）	* 田 修 *	南●●デイサービスセンター	* 山 良 *	南●●デイサービスセンター	* 玉 あ *
	南●●デイサービスセンター	* 田山 京 *				
検討した項目		初回通所介護利用に伴って（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るとの事。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。 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通所介護・・・週2回（火・金曜日）利用。病院受診など用事等で利用できない場合など、曜日変更等必要に応じて調整する。入浴に関しては、本人の希望にて自宅にて実施していく。起居動作・立位座位の安定・寝返りの訓練を実施。引き続き歩行訓練を行っていく。集団活動を通し、他者との交流を図る。手芸など本人の状態を見て、無理のない程度に実施する。 福祉用具貸与・・・特殊寝台・寝台付属（介助バー）、手すりの利用。寝台を使用することで、起居動作など一人で行えるよう援助。歩行器の使用。自宅内での移動が一人で行えるよう使用する。歩行状態や本人の状態に応じて、機種など検討調整する。定期点検・不具合時の修理など。踵や臀部の痛みなど軽減できるよう、また褥瘡などの形成を防ぐ為、状態に合わせてマットの変更など検討調整を行っていく。				
残された課題 （次の開催時期）						

サービス計画書

作成日 [令和2年04月01日] 作成者 [特別養護老人ホーム ● 苑
* 玉 あや *

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
自宅での入浴を希望しているが、家族の介助では不安が高く、介護負担を感じている。	定期的な入浴で清潔の保持と気分をリラックスさせる。	R2/4/1 ~ R2/6/30	入浴の介助を行う。	R2/4/1 ~ R2/4/30	浴室前まで車いすで移動を介助して、車いす上で脱衣を介助する。	随時	入浴の介助を行う。	
					浴室内は手つなぎで移動を介助して洗体いすに腰掛けて手すりを両手で握ってもらう。			
					浴槽にはバスボードを置き、移乗する手助けし湯につかるようにする			
肺炎を起こし、入院となっているため、今後の予防の観点からも口腔ケアが重要となる。	肺炎を予防する。	R2/4/1 ~ R2/6/30	口腔ケアの徹底	R2/4/1 ~ R2/4/30	洗面所で実施するよう準備して車いすで連れて行く。	週1回	口腔ケアの徹底を行う。	
					自分で磨いてもらったら、口腔内に残渣物がないか点検する。			
					間食などの後は、口をゆすぐことを励行するよう準備する。			

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

サービス計画書

作成日 [令和2年04月01日]

作成者 [特別養護老人ホーム ● 苑
* 玉 あや *]

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
自宅での入浴を希望しているが、家族の介助では不安が高く、介護負担を感じている。	定期的な入浴で清潔の保持と気分をリラックスさせる。	R2/4/1 ~ R2/6/30	入浴の介助を行う。	R2/4/1 ~ R2/4/30	浴室前まで車いすで移動を介助して、車いす上で脱衣を介助する。	随時	入浴の介助を行う。		
					浴室内は手つなぎで移動を介助して洗体いすに腰掛けて手すりを両手で握ってもらう。				
					浴槽にはバスボードを置き、移乗する手助けし湯につかるようにする				
肺炎を起こし、入院となっているため、今後の予防の観点からも口腔ケアが重要となる。	肺炎を予防する。	R2/4/1 ~ R2/6/30	口腔ケアの徹底	R2/4/1 ~ R2/4/30	洗面所で実施するよう準備して車いすで連れて行く。	週1回	口腔ケアの徹底を行う。		
					自分で磨いてもらったら、口腔内に残渣物がないか点検する。				
					間食などの後は、口をゆすぐことを励行するよう準備する。				

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

サービス評価表

作成日 [令和2年04月01日]

特別養護老人ホーム ● 苑
* 玉 あや *

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
自宅での入浴を希望しているが、家族の介助では不安が高く、介護負担を感じている。	定期的な入浴で清潔の保持と気分をリラックスさせる。	R2/4/1 ~ R2/6/30	入浴の介助を行う。	R2/4/1 ~ R2/4/30	浴室前まで車いすで移動を介助して、車いす上で脱衣を介助する。	随時	入浴の介助を行う。		○
					浴室内は手つなぎで移動を介助して洗体いすに腰掛けて手すりを両手で握ってもらう。				
					浴槽にはバスボードを置き、移乗する手助けし湯につかるようにする				
肺炎を起こし、入院となっているため、今後の予防の観点からも口腔ケアが重要となる。	肺炎を予防する。	R2/4/1 ~ R2/6/30	口腔ケアの徹底	R2/4/1 ~ R2/4/30	洗面所で実施するよう準備して車いすで連れて行く。	週1回	口腔ケアの徹底を行う。		○
					自分で磨いてもらったら、口腔内に残渣がないか点検する。				
					間食などの後は、口をゆすぐことを励行するよう準備する。				

予防サービス計画書

特別養護老人ホーム ●苑

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	（本人）どこに行 くわけでは無いの で、不自由ではな い。	■有 □無 機能的には問題は無 いが出かける目的も 無く、歩くきっかけ もないため、下肢機 能が低下してきてお り、このままの生活 を続けることにより 、歩行に支障が生じ るおそれがある。	1. 活動性が 低下したこと による下肢筋 力と体力の低 下が生じてい る。	1. 目標：足腰（ 下肢の筋力）の強 化や体力の向上し 、健康管理を自分 でおこなう。 具体策：運動器の 機能向上教室など に行き、機能訓練 をおこなう。なた 、なるべく自分 で 買い物に行く機会 などを増やしてい く。生活機能評価 を受ける。	1. （本人）どこ も具合が悪くない ので医者へは行き づらいが、健診（ 生活機能評価）な ら行ってみたい。 確かに体力は落ち てきているし、足 腰も弱ってきてい る。ただ、改めて どこかに通うとい うのは気が引ける 。でも、このまま では、旅行にも行 けないか。 （家族）是非健診 も受けて欲しいし 、機能訓練にも行 って欲しい。少し でも、今の状態か ら活動的になって くれるとよい。	1. 自分の健 康状態を把握 する。旅行に 行ける程度の 足腰（下肢の 筋力）の強化 や体力の向上 を図る。	（１）急に機能訓 練などに行くには 、躊躇があるよう なので、まずは生 活機能評価、次に 機能訓練の見学な どを勧めていく。	R2/4/1 ～ R2/6/ 30	機能訓練実施 週1 回							
日常生活（家庭生活 ）について	（本人）食事作り は面倒。家事はや れないのではなく 、やらないだけ。	■有 □無 妻が死亡後、食生活 の偏りから栄養状態 が悪化している恐れ があるが、本人、家 族ともに健康状態と 食生活の係に気づ いていない。又、調 理行為もやらない。 家族はやれないとあ きらめている為、本 人に合わせた支援に より食生活が改善で きえると思われる。本 人の得意分野である 電気修理技術を生か す方策も考慮する。						2. 義歯を含 めた口腔状態 や食生活が良 くないことに より、体力向 上等健康管理 に支障をきた す可能性があ る。			2. 目標：義歯を 含めた口腔内状態 を整えることで、 おいしくパランス のよい食事が食べ られる。 具体策：歯科医院 に受診する。口腔 機能向上教室へ参 加する。 栄養教室に参加す る。地域の会食会	2. （本人）以前 に何回も歯医者で 調節したがうまく いかなかったの で、歯医者に行っ ても治らないだろ う。手入れは教え てもらいたい。娘と 一緒に料理するの は恥ずかしい。会 食も毎年誘われる が女性ばかりで気	（２）自分の健康 状態を把握して、 自分にあった体力 向上のための方法 を学び、実践でき るようにする。	R2/4/1 ～ R2/6/ 30	口腔機能向上サービ ス 週1回実施	
社会参加、対人関係 、コミュニケーションについて	（本人）高齢者の 集まりに参加する ことは好まない。 昔仲間との旅行は 参加したい。	■有 □無 本人は旅行への参加 を希望しており、実 現に向け一緒に生活 見直しと合わせて検 討する必要がある。 日常的な交流の拡大														
老人会や、地域の行事 には参加しない。 昔の仕事仲間との電話 や手紙のやり取り	（家族）万が一の															

[* 原 三 *

様]

予防サービス計画書

特別養護老人ホーム ● 苑

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
はあり、旅行にも2 年前まで参加してい た。普段は娘の電話 以外まったく会話を しないこともある。	ときのために近所 とも交流していて 欲しい。	にていては、娘の希 望しており、体力低 下と共に閉じこもり にならないよう社会 参加の方法を考える 。		に参加する。娘と 一緒に食事を作る 。	が引ける。栄養の 話は聞きたい。 （家族）私はヘル パーさんとか誰か にやってもらえれ ば、良いと思って いたが、それでは 本人にとってもあ まり良くないのよ ね。本人も少し興 味もあるみたいだ し、教室に参加す ることはよいこと だと思う。今まで お茶も入れない人 だったので調理を するか分からない が、自分も、どん な勉強をしている か一緒に聞いてみ たい。					
健康管理について 退職以来、健康診断 を受けず、定期受診 もない。残存歯がぐ らつき、部分義歯が 合わなくなっている が、受診していない 。タバコは1日1箱 、飲酒は2合と決め ている。運動は散歩 を日課にしていたが 、寒くなったことと 風邪を引きやすくな り、中止している。 テレビの健康番組は 好んでみている。	（本人）どこか痛 い所があるわけ ではないので受診は 必要ない。風邪を 引きやすいのは年 のせいと思う。義 歯は今更作り直す のも面倒だし、あ きらめている。 （娘）急に倒れた ら困るので、健康 診断ぐらいは受け て欲しい。	■有 □無 体重の減少、体力の 低下について総合的 な健康状態の把握が 必要。葉の状態も低 栄養や風邪の引きや すさにつながってい ると思われる。本人 は健康に関心がある が、一般論としての 知識はあっても自分 にあった方法が分か らないことや諦めが 見られるため、わか りやすく効果が実感 できる方法を検討す る。								

私は、この計画書に同意いたします。

印

予防サービス評価表

特別養護老人ホーム ●苑

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	（本人）どこに行 くわけでは無いの で、不自由ではな い。	■有 □無 機能的には問題は無 いが出かける目的も 無く、歩くきっかけ もないため、下肢機 能が低下してきてお り、このままの生活 を続けることにより 、歩行に支障が生じ るおそれがある。	1. 活動性が 低下したこと による下肢筋 力と体力の低 下が生じてい る。	1. 目標：足腰（ 下肢の筋力）の強 化や体力の向上し 、健康管理を自分 でおこなう。 具体策：運動器の 機能向上教室など に行き、機能訓練 をおこなう。なた 、なるべく自分で 買い物に行く機会 などを増やしてい く。生活機能評価 を受ける。	1. （本人）どこ も具合が悪くない ので医者へは行き づらいが、健診（ 生活機能評価）な ら行ってみたい。 確かに体力は落ち てきているし、足 腰も弱ってきてい る。ただ、改めて どこかに通うとい うのは気が引ける 。でも、このまま では、旅行にも行 けないか。 （家族）是非健診 も受けて欲しいし 、機能訓練にも行 って欲しい。少し でも、今の状態か ら活動的になって くれるとよい。	1. 自分の健 康状態を把握 する。旅行に 行ける程度の 足腰（下肢の 筋力）の強化 や体力の向上 を図る。	（１）急に機能訓 練などに行くには 、躊躇があるよう なので、まずは生 活機能評価、次に 機能訓練の見学な どを勧めていく。	R2/4/1 ～ R2/6/ 30	機能訓練実施 週1 回	○
日常生活（家庭生活 ）について	（本人）食事作り は面倒。家事はや れないのではなく 、やらないだけ。	■有 □無 妻が死亡後、食生活 の偏りから栄養状態 が悪化している恐れ があるが、本人、家 族ともに健康状態と 食生活の係に気づ いていない。又、調 理行為もやらない。 家族はやれないとあ きらめている為、本 人に合わせた支援に より食生活が改善で きと思われる。本 人の得意分野である 電気修理技術を生か す方策も考慮する。					2. 義歯を含 めた口腔状態 や食生活が良 くないことに より、体力向 上等健康管理 に支障をきた す可能性があ る。	2. 目標：義歯を 含めた口腔内状態 を整えることで、 おいしくバランス のよい食事が食べ られる。 具体策：歯科医院 に受診する。口腔 機能向上教室へ参 加する。 栄養教室に参加す る。地域の会食会	2. （本人）以前 に何回も歯医者で 調節したがうまく いかなかったの で、歯医者に行っ ても治らないだろ う。手入れは教えて もらいたい。娘と 一緒に料理するの は恥ずかしい。会 食も毎年誘われる が女性ばかりで気	（２）自分の健康 状態を把握して、 自分にあった体力 向上のための方法 を学び、実践でき るようにする。
社会参加、対人関係 、コミュニケーションについて	（本人）高齢者の 集まりに参加する ことは好まない。	■有 □無 本人は旅行への参加 を希望しており、実 現に向け一緒に生活 見直しと合わせて検 討する必要がある。	2. 義歯を含 めた口腔状態 や食生活が良 くないことに より、体力向 上等健康管理 に支障をきた す可能性があ る。	2. 目標：義歯を 含めた口腔内状態 を整えることで、 おいしくバランス のよい食事が食べ られる。 具体策：歯科医院 に受診する。口腔 機能向上教室へ参 加する。 栄養教室に参加す る。地域の会食会	2. （本人）以前 に何回も歯医者で 調節したがうまく いかなかったの で、歯医者に行っ ても治らないだろ う。手入れは教えて もらいたい。娘と 一緒に料理するの は恥ずかしい。会 食も毎年誘われる が女性ばかりで気	2. 義歯を含 めた口腔内状 態を整えるこ とで、おいし くバランスの よい食事が食 べられる。				
老人会や、地域の行 事には参加しない。 昔の仕事仲間との電 話や手紙のやり取り	昔仲間との旅行は 参加したい。	（家族）万が一の								

[* 原 三 *

様]

予防サービス評価表

特別養護老人ホーム ● 苑

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
はあり、旅行にも2 年前まで参加してい た。普段は娘の電話 以外まったく会話を しないこともある。	ときのために近所 とも交流していて 欲しい。	にていては、娘の希 望しており、体力低 下と共に閉じこもり にならないよう社会 参加の方法を考える 。		に参加する。娘と 一緒に食事を作る 。	が引ける。栄養の 話は聞きたい。 （家族）私はヘル パーさんとか誰か にやってもらえれ ば、良いと思って いたが、それでは 本人にとってもあ まり良くないのよ ね。本人も少し興 味もあるみたいだ し、教室に参加す ることはよいこと だと思う。今まで お茶も入れない人 だったので調理を するか分からない が、自分も、どん な勉強をしている か一緒に聞いてみ たい。					
健康管理について 退職以来、健康診断 を受けず、定期受診 もない。残存歯がぐ らつき、部分義歯が 合わなくなっている が、受診していない 。タバコは1日1箱 、飲酒は2合と決め ている。運動は散歩 を日課にしていたが 、寒くなったことと 風邪を引きやすくな り、中止している。 テレビの健康番組は 好んでみている。	（本人）どこか痛 い所があるわけ ではないので受診は 必要ない。風邪を 引きやすいのは年 のせいと思う。義 歯は今更作り直す のも面倒だし、あ きらめている。 （娘）急に倒れた ら困るので、健康 診断ぐらいは受け て欲しい。	■有 □無 体重の減少、体力の 低下について総合的 な健康状態の把握が 必要。葉の状態も低 栄養や風邪の引きや すさにつながってい ると思われる。本人 は健康に関心がある が、一般論としての 知識はあっても自分 にあった方法が分か らないことや諦めが 見られるため、わか りやすく効果が実感 できる方法を検討す 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1月10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 * 郎	続柄	長男	同意年月日	令和2年4月1日
電話番号	099-XXX-XXXX	連絡先	自宅		

居宅介護支援事業所情報

事業所番号	4699999997	事業所名	ケアセンター「み●●」		
所在地	鹿児島県出水市米ノ津町 X X X X 番地			電話番号	099-XXX-XXXX
担当者	愛● ● 菊				

【援助目標/期間】

援助目標	期間	見直日	備考
入浴介助	R2/4/1 ~ R2/6/30	令和2年6月30日	

本人及び家族の意向・希望

自宅での入浴を希望しているが、家族の介助では不安が高く、介護負担を感じている。

本人及び家族へのお願い

援助内容

デイリープラン

No	月	火	水	木	金	土	日	提供時間帯
1		○			○			09:30～16:00

No	提供曜日	提供時間
1	火, 金	09:30～16:00
	送迎	送迎時留意事項
	送迎あり	
	提供時間	サービス内容
	10:00	送迎サービス（迎え）
	11:00	口腔ケア
	12:00	食事サービス
	13:00	入浴サービス・水分補給
	14:00	趣味活動
	15:00	おやつ
	16:00	送迎サービス（送り）
	必要に応じて提供されるサービス	
	機能訓練サービス	
	【個別援助内容】	
	入浴介助	

評価

目標達成度

評価日 令和2年4月30日

入浴介助の負担軽減として、一部利用者の協力を得られるようになった。

満足度内容

評価日 令和2年4月30日

自宅での入浴介助の支援方法の説明により、負担軽減を図る事が出来た。

見直し内容

評価日

入浴時の取っ手について、設置場所の見直しを図る。

(ご利用者氏名) 1000

令和2年04月 サービス予定カレンダー

印刷日: 令和2年07月10日

国 良 様 南●●デイサービスセンター

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3 09:30-16:00 通所介護	4
5	6	7 09:30-16:00 通所介護	8	9	10 09:30-16:00 通所介護	11
12	13	14 09:30-16:00 通所介護	15	16	17 09:30-16:00 通所介護	18
19	20	21 09:30-16:00 通所介護	22	23	24 09:30-16:00 通所介護	25
26	27	28 09:30-16:00 通所介護	29	30		

※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04月01日

* 京 一 *

様

南●●デイサービスセンター

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3 09:30-16:00 通所介護 (*国 良*)	4
5	6	7 09:30-16:00 通所介護 (*国 良*)	8	9	10 09:30-16:00 通所介護 (*国 良*)	11
12	13	14 09:30-16:00 通所介護 (*国 良*)	15	16	17 09:30-16:00 通所介護 (*国 良*)	18
19	20	21 09:30-16:00 通所介護 (*国 良*)	22	23	24 09:30-16:00 通所介護 (*国 良*)	25
26	27	28 09:30-16:00 通所介護 (*国 良*)	29	30		

※は印刷できない他の予定があります

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。

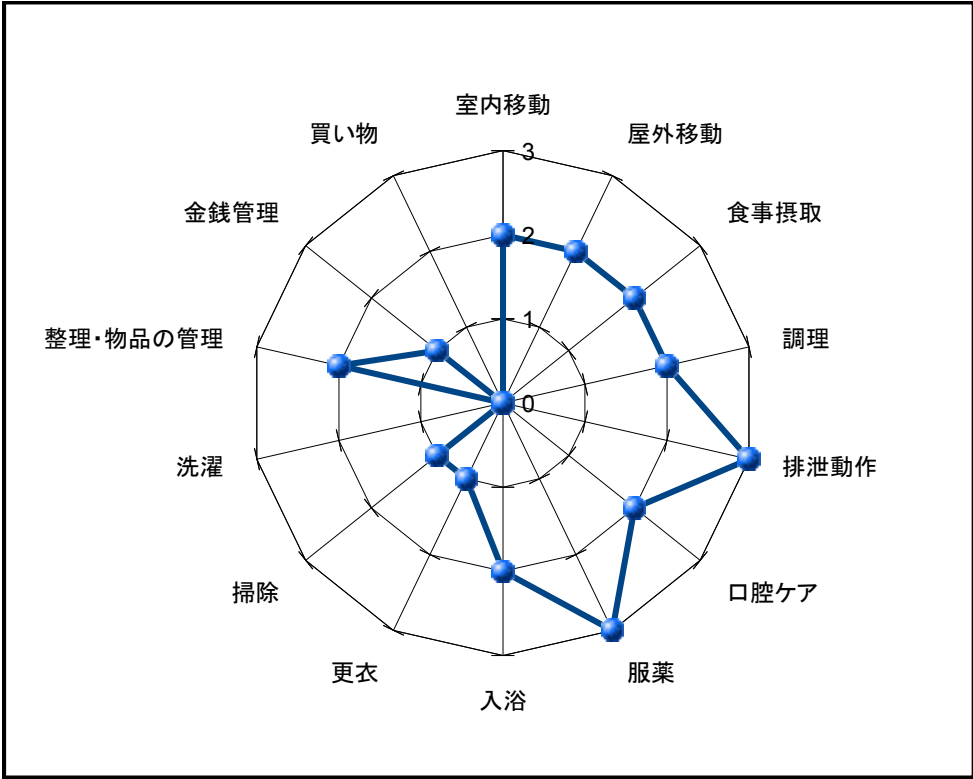
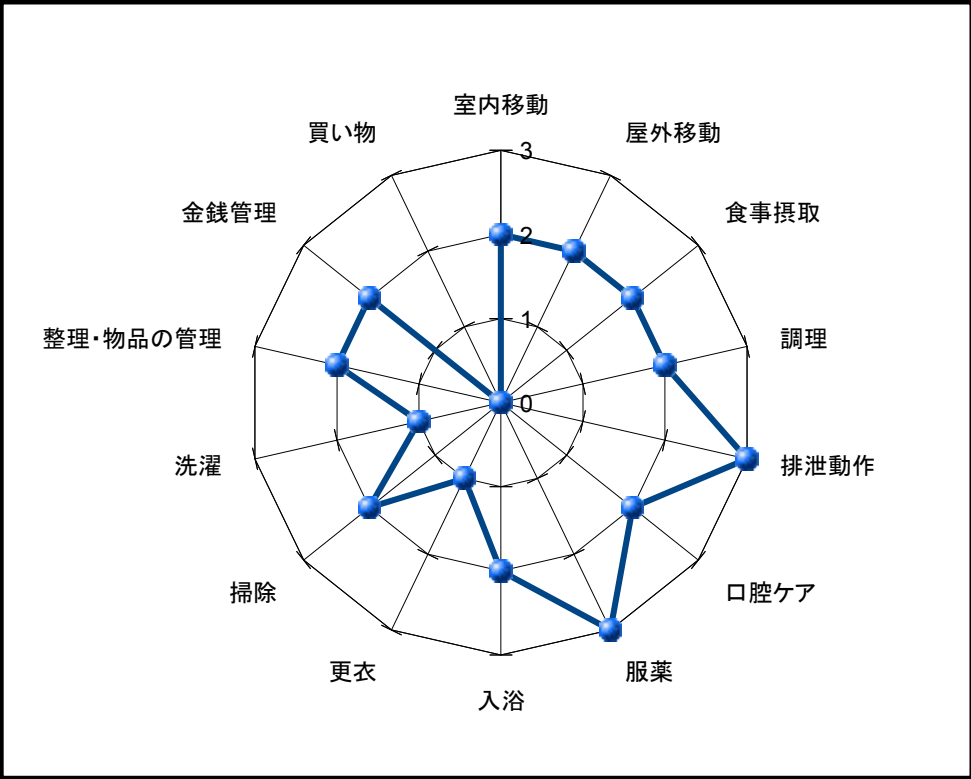
※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

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： 担当者なし

印刷日：令和2年5月10日

[illegible]

運動器機能向上計画

運動器の機能向上プログラム事前・事後アセスメント票 -地域支援事業版-

評価実施日 令和2年04月01日 (1 回目評価)

氏名 *石 京*	昭和14年06月16日生 (80 歳)	評価者名 *阪 太*
実施プログラム 筋力運動		評価者職種 介護福祉士

バイタルチェック

血圧 1. 150 / 85 2. 126 / 90 3. 123 / 89

脈拍 1. 62 2. 65 3. 63

不整 【(無)・有 (回/分) 】

形態測定

身長 140 cm 体重 50 kg

運動機能

握力 1. (26 kg ; (右)・左) 2. (28 kg ; 右・(左))

片足立ち(開眼) 1. (5 秒 ; (右)・左) 2. (4 秒 ; 右・(左))

TUG 1. (10.2 秒) 2. (10 秒)

通常歩行時間 1. (7 秒)

最大歩行時間 (5m) 1. (6.5 秒) 2. (6.2 秒)

評価時の特記事項：

運動器の機能向上プログラム 理学療法評価

評価実施日 令和2年04月01日

(1 回目評価)

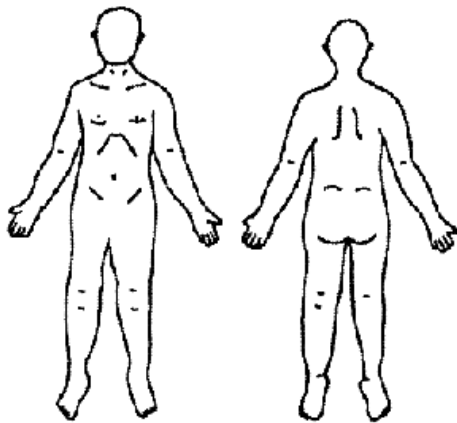
氏名 *石 京*	昭和14年06月16日生 (80 歳)	評価者名
実施プログラム	背筋の筋力向上	* 阪 太 *

ニーズ

腰痛の痛みを和らげたい。

痛みの評価

痛みの部位



痛みの既往歴

腰痛 令和元年 4月頃から病状あり

痛みの質的評価 (S&S、P1・P2、T1・T2・T3)

S&S : しばらく歩き続けると腰が痛む。

T 1 : 30分

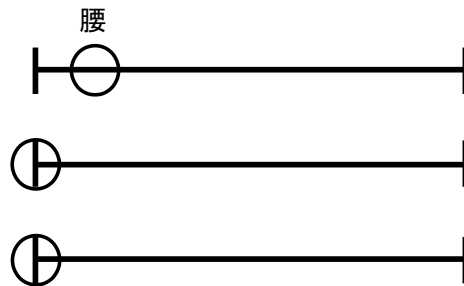
T 2 : 10分

T 3 : 10分

身体アライメント

不定期的な腰痛

VAS (visual analogue scale)



日常生活活動能力

入浴、更衣で不便あり、痛みが出るケースもある。

評価時の特記事項：

運動療法で改善を図る。

S&S : 症状と兆候、P1 : 痛みが始まる関節可動域、P2 : 痛みでそれ以上動かせなくなる関節可動域

T1 : 運動を始めてから痛みが起こるまでの時間、T2 : 痛みの出る動作を続けられる時間、

T3 : 痛みが緩和するような努力を始めてから痛みが消失するまでの時間

個別サービス計画書

利用者名 * 石 京 * 殿

生年月日 昭和14年06月16日 生 80 歳

記載日 令和02年04月01日

課題分析情報	※既往歴、家族歴などの特記事項を転記する	記入者： * 阪 太 *
平成20年 ヘルニア発症		職種： 介護福祉士

機能状態	握力 (26 kg , (右) ・ 左)	痛み (部位と程度) :
	(28 kg , 右 ・ (左)	腰 たまに痛みあり
	片足立ち (開眼) (5 秒) TUG (10.2 秒)	
	最大歩行時間 (5m) (6.5 秒)	運動に際してのリスク :
	【補助具使用 ((無) ・ 有) 種類 () 】	転倒
	ファンクショナルリーチ (30 cm)	
	座位体前屈 (31 cm)	身体機能 :
	身長 (140 cm) 体重 (50 kg)	寝起きでの不便さがある

本人の希望	全体の目標
腰痛の不安解消	一人で散歩に行ける。

方法	実施回数 (3 日/週) 内訳 : 個別 (3 日/週) ・ 集団 (1 日/週)
	一回運動時間 (約 30 分) 負荷強度 (高 ・ (中) ・ 低) 負荷方法 (漸増 ・ (一定))

	初期 (1 ヶ月)	中期 (2 ヶ月)	後期 (3 ヶ月)
目標	腰痛を持つものでは、円背を呈しているものが多い、背筋の筋力を向上させ、良姿勢を作る	日常生活の不良姿勢が腰痛を引き起こす原因となる。良姿勢を意識し日常生活に活かす。	腹筋・背筋ともに筋力強化されることが望ましい。
プログラム	背筋の筋力向上 腹筋の強化	座位姿勢の改善 中間位を保ったままの運動 (お尻歩き)	背筋の強化
評価	腰痛回数の減少	腰痛回数の減少	15分程度の歩行は可能であるが、階段昇降はやや困難を認める。

地域包括支援センターへの報告事項 :
運動器の機能向上プログラムによって客観的な効果が認められる。ケアプランの目標には達していないが、このプログラムをもう少し継続することにより、目標を達成できると考えられる。

運動器の機能向上プログラム
実施計画（本人記載）

氏名 * 石 京 *

提出日 令和02年05月11日

運動の目標	一人で散歩に行ける。
-------	------------

それぞれを○で囲みましょう

行動 目標	いつ	朝	(昼間)	夜	
	どこで	家	(集会所)	()	
	だれと	ひとり	(仲間)	()	
	どれくらい	週1回	週2回	(週3～5回)	毎日

月

今週の目標（上に書いてあるもの）の達成度を評価しましょう
行ったら○、行わなかったら×をつけましょう

日	曜日	できればここに種目などを具体的に書く
	月	○
	火	×
	水	○
	木	○
	金	×
	土	
	日	
今週の 目標達成度		大変 よくできた (よく できた) あまり できなかった ほとんど できなかった

個別機能訓練計画

興味・関心チェックシート

氏名: ＊石 京＊ 殿 年齢: 81 歳 性別 (男・女)

記入日: 令和3年4月1日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く		○		生涯学習・歴史		○	
一人でお風呂に入る		○		読書	○		
自分で服を着る	○			俳句	○		
自分で食べる	○			書道・習字	○		
歯磨きをする	○			絵を描く・絵手紙		○	
身だしなみを整える	○			パソコン・ワープロ		○	
好きなときに眠る		○		写真	○		
掃除・整理整頓	○			映画・観劇・演奏会		○	
料理を作る				お茶・お花		○	
買い物			○	歌を歌う・カラオケ		○	
家や庭の手入れ・世話		○		音楽を聴く・楽器演奏	○		
洗濯・洗濯物たたみ	○			将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等		○	
自転車・車の運転		○		体操・運動		○	
電車・バスでの外出			○	散歩	○		
孫・子供の世話	○			ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ		○	
動物の世話	○			ダンス・踊り		○	
友達とおしゃべり・遊ぶ		○		野球・相撲観戦等		○	
家族・親戚との団らん		○		競馬・競輪・競艇・パチンコ		○	
デート・異性との交流				編み物	○		
居酒屋に行く		○		針仕事	○		
ボランティア		○		畑仕事	○		
地域活動(町内会・老人クラブ)		○		賃金を伴う仕事		○	
お参り・宗教活動		○		旅行・温泉		○	
その他()				その他()			
その他()				その他()			

生活機能チェックシート

利用者氏名	* 石 京 *	生年月日	昭和14年6月16日	男 ・ ☒ 女
評価日	令和3年4月2日(金)	10:00 ~ 11:00	要介護度	要介護 2
評価スタッフ	* 玉 あや *	職種	介護福祉士	

	項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助具等)	状況・生活課題
ADL	食事	・ 自立 (10) ・ 一部 有 助 (5) ・ 全介助 (0)	有 ・ 無	排泄: トイレ 入浴: 浴室 更衣: 浴室 移乗: 乗車	入浴介助必要、屋内移動については、支援もしくは見守りが必要です。
	椅子とベッド間の移乗	・ 自立 (15) ・ 監視 有 (10) ・ 座れるが移れない (5) ・ 全介助 (5)	有 ・ 無		
	整容	・ 自立 (5) ・ 一部介助 (0) ・ 全介助 (0)	有・ 無		
	トイレ動作	・ 自立 (10) ・ 一部介助 (5) ・ 全介助 (0)	有・ 無		
	入浴	・ 自立 (5) ・ 一部 有 助 (0) ・ 全介助 (0)	有 ・ 無		
	平地歩行	・ 自立 (15) ・ 歩行 有 等 (10) ・ 車椅子操作が可能 (5) ・ 全介助 (0)	有 ・ 無		
	階段昇降	・ 自立 (10) ・ 一部 有 助 (5) ・ 全介助 (0)	有 ・ 無		
	更衣	・ 自立 (10) ・ 一部介助 (5) ・ 全介助 (0)	有・ 無		
	排便コントロール	・ 自立 (10) ・ 一部介助 (5) ・ 全介助 (0)	有・ 無		
	排尿コントロール	・ 自立 (10) ・ 一部介助 (5) ・ 全介助 (0)	有・ 無		
IADL	調理	・ 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	有 ・ 無	屋外移動: 屋外 階段昇降: 屋外 掃除: 屋内 狭部屋	血圧に上昇時は、掃除は控える
	洗濯	・ 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	有 ・ 無		
	掃除	・ 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	有 ・ 無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
起居動作	寝返り	・ 自立 ・ 一部介助	・ 見守り ・ 全介助	起居動作での姿勢によっては、腰痛あり	
	起き上がり	・ 自立 ・ 一部 介助	・ 見守り ・ 全介助		
	座位	・ 自立 ・ 一部介助	・ 見守り ・ 全介助		
	立ち上がり	・ 自立 ・ 一部 介助	・ 見守り ・ 全介助		
	立位	・ 自立 ・ 一部介助	・ 見守り ・ 全介助		

個別機能訓練活動チャート(ADL)

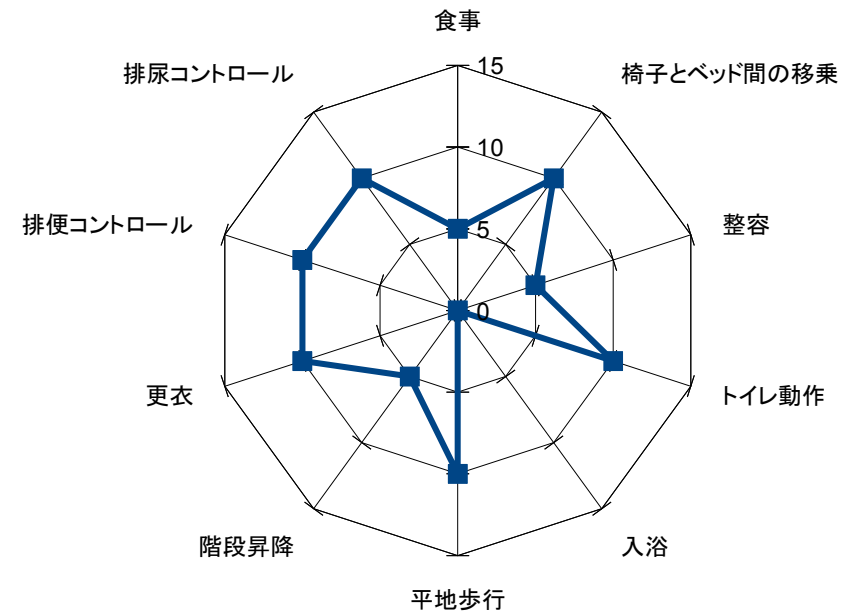
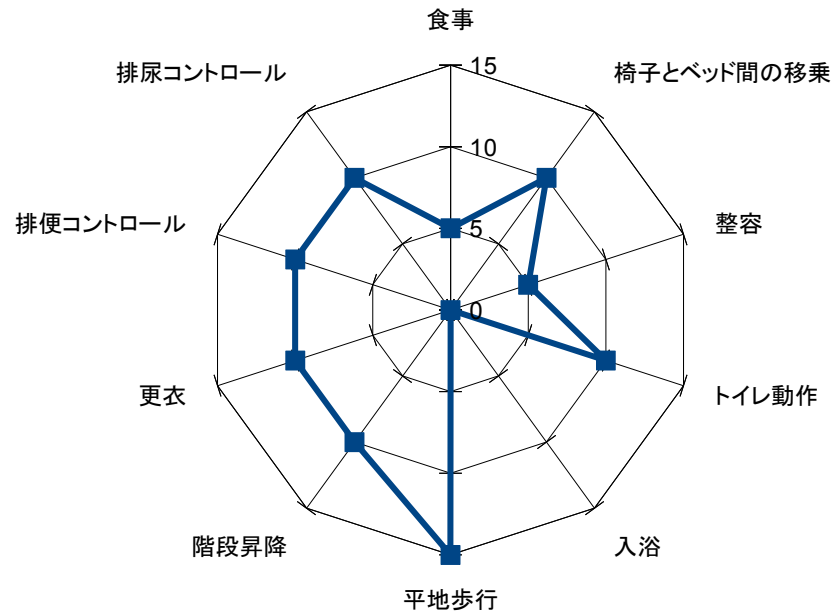
氏名: * 石 京 *

年齢: 81 歳

性別: (男 ・ 女)

■ 今回 評価日: R03/4/15、記録日: R03/4/15

■ 前回 評価日: R03/4/2、記録日: R03/4/2



ADL	点数
食事	5
椅子とベッド間の移乗	10
整容	5
トイレ動作	10
入浴	0
平地歩行	15
階段昇降	10
更衣	10
排便コントロール	10
排尿コントロール	10

ADL	点数
食事	5
椅子とベッド間の移乗	10
整容	5
トイレ動作	10
入浴	0
平地歩行	10
階段昇降	5
更衣	10
排便コントロール	10
排尿コントロール	10

個別機能訓練活動チャート(IADL)

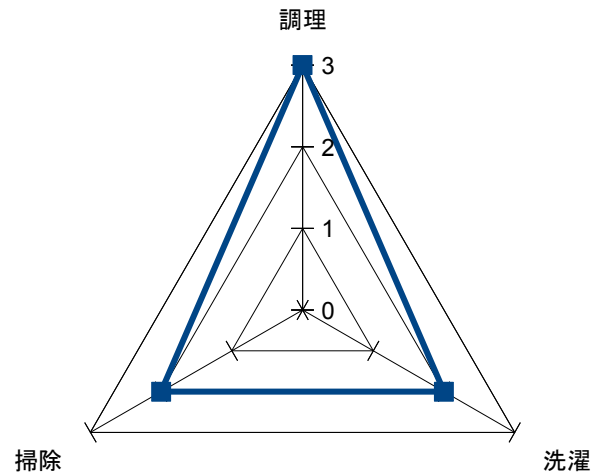
氏名: * 石 京 *

年齢: 81 歳

性別: (男 ・ 女)

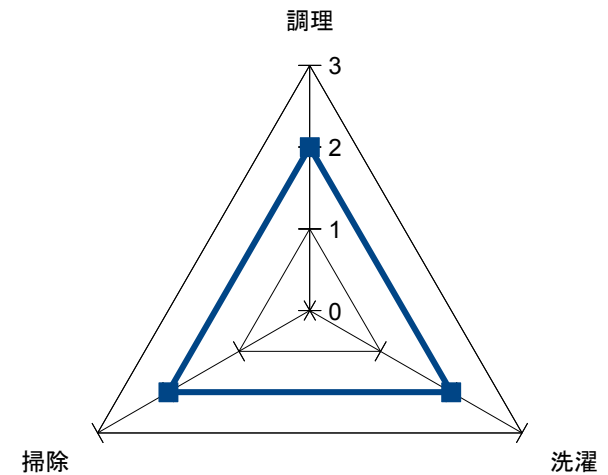
■今回 評価日: R03/4/15、記録日: R03/4/15

■前回 評価日: R03/4/2、記録日: R03/4/2



IADL	レベル
調理	3
洗濯	2
掃除	2

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助



IADL	レベル
調理	2
洗濯	2
掃除	2

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

個別機能訓練活動チャート(起居動作)

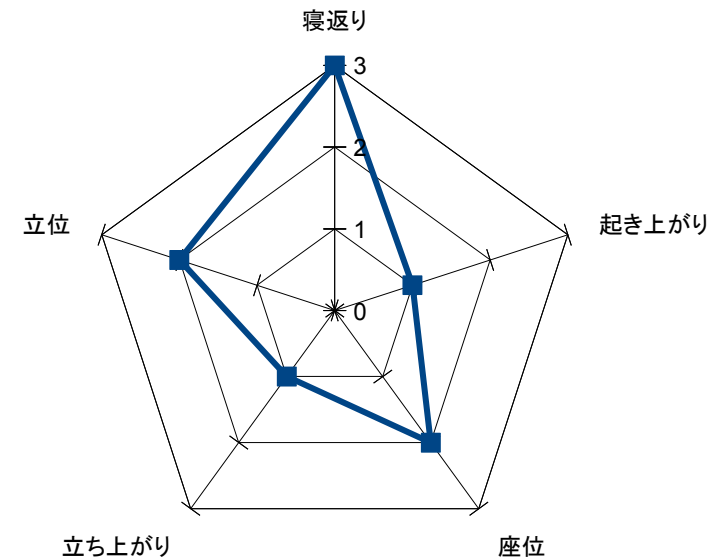
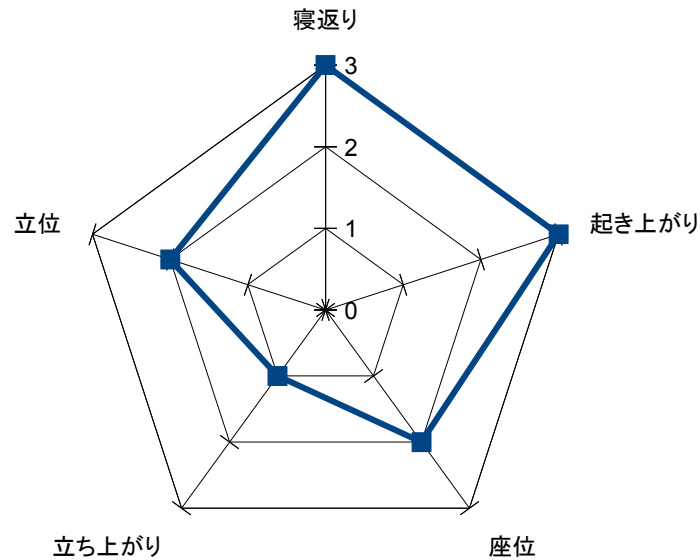
氏名: * 石 京 *

年齢: 81 歳

性別: (男 ・ 女)

■今回 評価日: R03/4/15、記録日: R03/4/15

■前回 評価日: R03/4/2、記録日: R03/4/2



起居動作	レベル
寝返り	3
起き上がり	3
座位	2
立ち上がり	1
立位	2

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

起居動作	レベル
寝返り	3
起き上がり	1
座位	2
立ち上がり	1
立位	2

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

【個別機能訓練計画書】

作成日： 令和3年4月1日	前回作成日： 令和3年1月10日	初回作成日： 令和2年4月1日
ふりがな *かし きょう*	性別 女	要介護度 要介護2
氏名 *石 京*	昭和14年6月16日 生 81 歳	計画作成者： *玉 あや*
障害高齢者の日常生活自立度： 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	職種： 介護福祉士

Ⅰ 利用者の基本情報 ※別紙様式3-1・別紙様式3-2を別途活用すること。	
利用者本人の希望 自宅内を安全に移動することができるようにする腰痛を和らげたい。	家族の希望 1日おきの散歩に、1人で行ける。
利用者本人の社会参加の状況 家庭菜園が楽しみで、1日1時間程度作業されていた。	利用者の居宅の環境（環境因子） 自宅では、伝い歩き。入浴は介助が必要、トイレは自立。

健康状態・経過
病名 R262 歩行障害 発症日・受傷日：令和2年3月15日 直近の入院日：令和3年2月1日 直近の退院日：令和3年2月15日
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等） 昨年1月頃より、歩行障害によりリハビリを定期的実施されていた。
合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等） R262 歩行障害
機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等） 血圧上昇時には運動を控えること。

Ⅱ 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定			
個別機能訓練の目標			
機能訓練の短期目標（今後3ヶ月）		機能訓練の長期目標	
目標達成度（達成・一部・未達）	目標達成度（達成・一部・未達）	目標達成度（達成・一部・未達）	目標達成度（達成・一部・未達）
(機能) 運動耐用力	筋力	(機能) 関節の可動域	
(活動) 日課の遂行		(活動) 日課の遂行	
(参加) 用具の使用（電話、メール、PCなど）		(参加) 姿勢を変えること	

個別機能訓練項目					
プログラム内容(何を目的に(～のために)～する)		留意点	頻度	時間	主な実施者
①	7 運動機能訓練	血圧上昇時は、控える	週 2 回	30 分	作業療法士
②			週 回	分	
③			週 回	分	
④			週 回	分	
※短期目標で設定した目標を達成するために必要な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。			プログラム立案者： * 取 史 *		

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること ・ご家族に歩行支援の対応方法を伝達するとともに共有（症状や対応方法について）	特記事項 ・ご本人は、もともと運動好きな方
---	--------------------------

Ⅲ 個別機能訓練実施後の対応	
個別機能訓練の実施による変化 屋外で5分程度見守りで歩行できるようになってきています。	個別機能訓練実施における課題とその要因 長時間の歩行はまだ難しい、メモの活用も少しずつ定着してきているが継続が必要。

本人のサイン：	家族サイン：
介護老人保健施設 ●苑 事業所No. 4699999997 説明日：令和3年4月1日	説明者：*玉 あや*
住所 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地 電話番号 099-XXX-XXXX	

【(地域密着型)通所介護計画書】

作成日：令和3年4月2日		前回作成日：令和3年1月1日		計画作成者：* 玉 あや *				
ふりがな * かし きょう *	性別	昭和14年6月16日 生 81 歳	介護認定	管理者	看護	介護	機能訓練	相談員
氏名 * 石 京 *	女		要介護4					
(地域密着型)通所介護利用までの経緯(活動歴や病歴) 要支援時に地域包括からの紹介で来所し、利用となる。		本人の希望 自分でできることは自分で行いたい。			障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 <u>B1</u> B2 C1 C2			
		家族の希望 日常を元気に暮らしてほしい。			認知症老人の日常生活自立度 正常 I IIa <u>IIb</u> IIIa IIIb IV M			
健康状態(病名、合併症(心疾患、吸器疾患等)、服薬状況等) ヘルニア			ケアの上での医学的リスク(血圧、転倒、嚥下障害等)・留意事項 急激な動作は血圧上昇につながるため控える。					
自宅での活動・参加の状況(役割など) 起居動作にて、腰痛あり								

利用目標								
長期	設定日	令和3年4月	腰痛を和らげ、散歩を楽しめる				目標	達成・ 一部 ・未達
目標	達成予定日	令和3年6月					達成度	
短期	設定日	令和3年4月	プログラム実施により、腰痛回数を減らす。				目標	達成・ 一部 ・未達
目標	達成予定日	令和3年5月					達成度	
サービス提供内容								
目的とケアの提供方針・内容			評価			迎え（有・無）		
			実施	達成	効果、満足度など			
1	送迎 乗車時動作など、動かせる範囲で行っていただく。	令和3年4月1日　～　令和3年6月30日	実施	達成		プログラム(1日の流れ)		
			一部	一部		(予定時間)	(サービス内容)	
			未実施	未達				
2	入浴 職員介助の上、タオルで洗える部分は洗っていただく。	令和3年4月1日　～　令和3年6月30日	実施	達成		8:00	送迎	
			一部	一部		9:00	水分補給	
			未実施	未達				
3	食事 水分補給 吸い込む動作をゆっくり行っていただく。	令和3年4月1日　～　令和3年6月30日	実施	達成			健康チェック	
			一部	一部		9:55	入浴	
			未実施	未達				
4	機能訓練 個別訓練	令和3年4月1日　～　令和3年6月30日	実施	達成		10:00	DVD体操	
			一部	一部		10:15	グループ体操①・個別訓練	
			未実施	未達				
5	レクリエーション	令和3年4月1日　～　令和3年6月30日	実施	達成		11:20	トイレ誘導・水分補給	
			一部	一部		12:00	健口体操(嚥下機能訓練)	
			未実施	未達				
6	トイレ誘導	令和3年4月1日　～　令和3年6月30日	実施	達成		12:15	食事	
			一部	一部			昼食後の内服管理	
			未実施	未達				
7	その他	令和3年4月1日　～　令和3年6月30日	実施	達成		13:40	個別訓練	
			一部	一部		14:00	歌体操・グループ体操	
			未実施	未達				
8		～	実施	達成		14:30	レクリエーション	
			一部	一部			個別訓練	
			未実施	未達				
9		～	実施	達成		15:00	おやつ	
			一部	一部			作業療法(手作業)・カラオケ	
			未実施	未達				
10		～	実施	達成			個別訓練	
			一部	一部		15:30	トイレ誘導	
			未実施	未達				
11		～	実施	達成		16:40	送迎	
			一部	一部		送り（有・無）		
			未実施	未達				

特記事項

実施後の変化(総括) 腰痛の減少	再評価日: 令和3年6月30日
---------------------	-----------------

上記計画の内容について説明を受けました。
令和3年4月2日
ご本人氏名:
ご家族氏名:

上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。
令和3年4月2日
介護支援専門員様/事業所様

北●●デイサービスセンター 事業所No. 4699999991	〒 891-0115 Tel. 099-xxxx-xxxx	住所 鹿児島県鹿児島市XX町XX番地1 Fax. 099-xxxx-xxxx	管理者: 埼玉 あやめ 説明者: * 玉 あや *
------------------------------------	----------------------------------	---	------------------------------

個人機能訓練機能状態

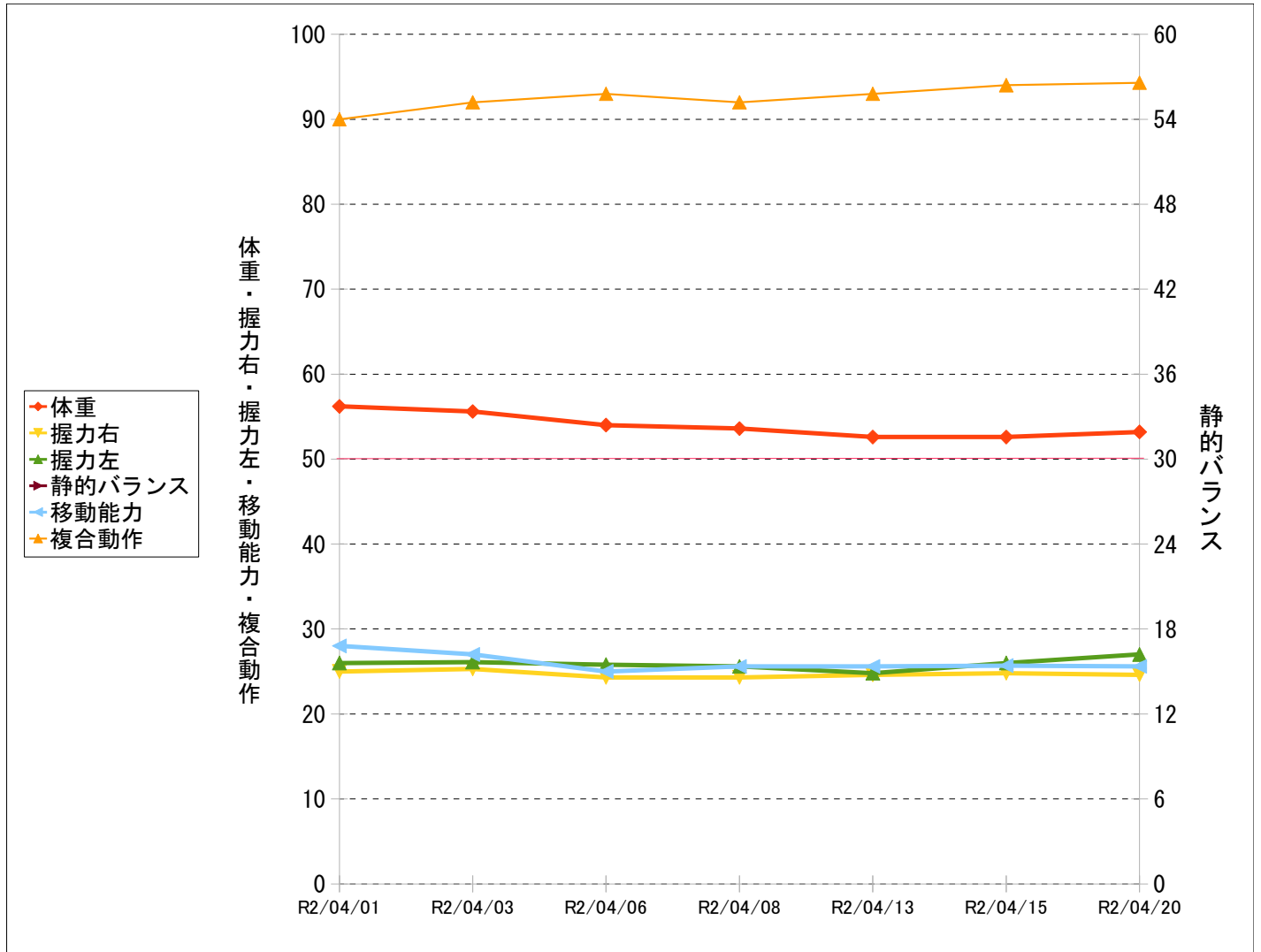
南●●デイサービスセンター

氏名 *石 京*

性別 女 生年月日 S14/06/16

年齢 81歳

実施日 R2/04/20



評価実施日	R2/04/01	R2/04/03	R2/04/06	R2/04/08	R2/04/13	R2/04/15	R2/04/20
体重	56.20	55.60	54.00	53.60	52.60	52.60	53.20
握力右	25.0	25.3	24.3	24.3	24.6	24.8	24.6
握力左	26.0	26.1	25.8	25.6	24.8	26.0	27.0
静的バランス	95.0	94.0	93.0	92.4	93.0	94.0	94.5
移動能力	28.0	27.0	25.0	25.6	25.6	25.7	25.6
複合動作	90.0	92.0	93.0	92.0	93.0	94.0	94.3

体力測定結果

* 石 京 *

様

81 歳

介護区分

要介護 4

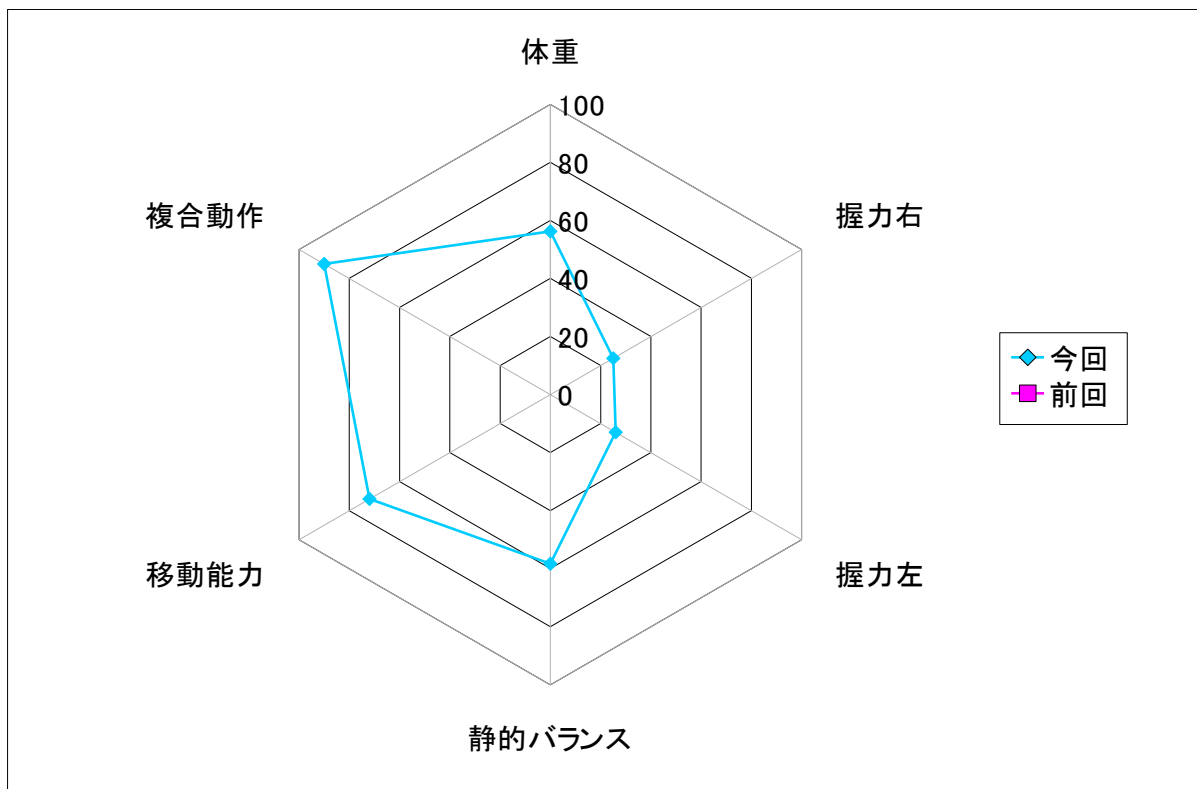
今回の体力測定の結果は以下のとおりでした。

測定項目	今回 令和2年4月1日	前回
体重	56.20 Kg	Kg
握力右	25.0 Kg	Kg
握力左	26.0 Kg	Kg
静的バランス	35 秒	秒
移動能力	28 秒	秒
複合動作	90.0 秒	秒

＜レーダーチャートの見方＞

中心から外側に広がるにつれてその測定項目の能力が高いことを示します。

移動能力については、値が小さいほうが外側に表示されます。



※測定項目について

ひとりひとりの安全性を考慮して体力測定を行っていますので、場合によっては測定していない項目があります。

業務帳票

■掲示板

タイトル	利用者 ●●さんの担当者を、開催します。		
区分	重要	作成者	* 玉 あや *
表示期限	令和3年6月2日	開催日	令和2年4月15日
内容			
利用者 ●●さんの担当者を、開催します。			
日時：R 2 / 4 / 1 5 10：00～11：00			
場所：相談員室			
議題：X X X X			
時間になりましたら、お集まり下さい。			
添付			
1	01-07 主治医意見書_000001. pdf		
宛先			
1	* 京 一 *		
2	* 知 小 *		
3	* 玉 あや *		
4	* 井 十 *		

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

北●●デイサービスセンター

管理者：* 松 吉 *

TEL：099-XXX-XXXX

請求書

請求書番号 256

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	12,729 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

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

北●●デイサービスセンター

管理者：* 松 吉 *

TEL：099-XXX-XXXX

領収書

請求書番号 256

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	12,729 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

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

北●●デイサービスセンター

管理者：* 松 吉 *

TEL：099-XXX-XXXX

請求書（控）

請求書番号 256

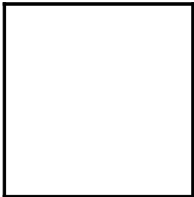
居宅介護支援事業所

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	12,729 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

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
北●●デイサービスセンター
管理者：* 松 吉 *
Tel：099-XXX-XXXX

領収書（控）

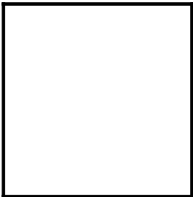
請求書番号 256

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	12,729 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

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					

＊・・・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	12,729 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 256

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	12,729 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 256

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

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

領収書 (控)

請求書番号 256

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
北●●デイサービスセンター
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 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	12,729 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 256

医療費控除 対象金額	減免金額
¥12,729	

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	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

■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 256

医療費控除 対象金額	減免金額
¥12,729	

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	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

■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 256

医療費控除 対象金額	減免金額
¥12,729	

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	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 *

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 256

医療費控除 対象金額	減免金額
¥12,729	

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	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	12,729
保険外金額	6,360	軽減金額合計 ②
その他費用	10,400	
(口座引落)		食費居住費

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]							
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]							
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

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

請求日 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	
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	12,729
保険外金額	6,360	軽減金額合計 ②
その他費用	10,400	
(口座引落)		食費居住費

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

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
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 1
* 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	12,729
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]							
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]							
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				
屋食代	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	12,729
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			
屋食代	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
保険内金額①	12,729
保険外金額②	6,360
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	10,400
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	12,729 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 256

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 256

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	12,729 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 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

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

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

■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
保険内金額①	12,729
保険外金額②	6,360
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	10,400
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	12,729 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 256

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
保険内金額①	12,729
保険外金額②	6,360
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	10,400
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	12,729 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 256

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%)

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		29,615 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
納 入 場 所		南●●デイサービスセンター		
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		29,615 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 XXXXXXXX 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		29,615 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

南●●デイサービスセンター

令和2年4月1日(水)	天 気	晴れ	作成者	* 知 小 *
-------------	-----	----	-----	---------

勤務者 8 人
 * 京 一 * (介護支援専門員)、* 庫 三 * (介護支援専門員)、* 崎 六 * (介護支援専門員)、* 知 小 * (介護支援専門員)、* 媛 悟 * (介護支援専門員)、* 本 紅 * (介護支援専門員)、* 良 林 * (介護支援専門員)、* 阪 太 * (介護福祉士)

行事

通所利用者	終日	男性	2 名	女性	3 名	合計	5 名	欠席	0 名
	午前	男性	0 名	女性	0 名	合計	0 名	欠席	0 名
	午後	男性	1 名	女性	0 名	合計	1 名	欠席	0 名
	合計	男性	3 名	女性	3 名	合計	6 名	欠席	0 名
	送迎	迎え	6 名	送り	6 名				

* 関 二 *、* 戸 久 *、* 出 二 *、* 石 京 *、* 津 一 *、* 用 恵 *

要注意・観察者
 * 関 二 * (最低血圧)

利用者	申し送り内容

特記事項
 * 戸 久 * 【実施項目】
 [更衣介助]
 更衣動作の介助
 [入浴介助]
 ×入浴の準備、後始末、入浴時の移乗、移動の介助
 [薬剤の使用]
 ×服薬等の準備等、服薬等の介助
 [バイタル測定]
 ×バイタルの見守り、バイタルの測定・観察

早出(人)、遅出(人)	
早出	
遅出	

その他									
項目		内容							
レクリエーション		カラオケ							
通所利用者介護度別									
	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
男	0	0	0	1	2	0	0	0	3
女	0	0	1	0	1	1	0	0	3
計	0	0	1	1	3	1	0	0	6
欠	0	0	0	0	0	0	0	0	0
通所利用開始者					通所利用終了者				
利用者名		要介護度	備考		利用者名		要介護度	備考	
通所利用欠席早退者									
通所利用欠席者					通所利用早退者				
利用者名		要介護度	備考		利用者名		要介護度	備考	
通所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			
清潔保持介助		洗顔介助		0	0	0			
清潔保持介助		口腔清潔介助		1	0	1			
清潔保持介助		清拭介助		0	1	1			
清潔保持介助		整容介助		0	0	0			
更衣介助		更衣の準備等		0	1	1			
更衣介助		更衣の見守り		0	0	0			
更衣介助		更衣動作の介助		2	1	3			
入浴介助		入浴の準備、後始末		1	1	2			
入浴介助		入浴時の移乗、移動の介助		2	2	4			
入浴介助		洗身介助		1	2	3			
入浴介助		洗髪介助		3	0	3			
入浴介助		部分浴介助		1	1	2			
入浴介助		機械浴		0	0	0			

入浴介助	薬浴	0	0	0
食事等介助	食事等の摂取介助	2	2	4
食事等介助	経口流動食の実施	0	0	0
食事等介助	経管栄養	0	0	0
排泄	排泄時の移乗、移動介助	0	1	1
排泄	排泄の準備	0	0	0
排泄	排尿介助	0	0	0
排泄	排便介助	1	0	1
排泄	おむつ交換	0	0	0
基本動作介助	体位交換介助	0	0	0
基本動作介助	起居介助	0	0	0
基本動作介助	移乗介助	1	1	2
基本動作介助	移動介助	0	1	1
水分摂取介助	水分摂取等の準備	0	0	0
水分摂取介助	水分摂取等の見守り	0	0	0
水分摂取介助	水分摂取動作の介助	0	1	1
リハビリの実施	リハビリの実施	0	0	0
薬剤の使用	服薬等の準備等	0	0	0
薬剤の使用	服薬等の見守り	0	0	0
薬剤の使用	服薬等の介助	2	3	5
バイタル測定	バイタルの見守り	0	0	0
バイタル測定	バイタルの測定・観察	1	3	4
レクリエーション	レクリエーションの準備	0	2	2
レクリエーション	レクリエーションの見守り	0	2	2
レクリエーション	レクリエーションの介助	1	1	2

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 *

年月日	内 容	年月日	内 容
R01. 05. 01 (水)	サービス内容について、相談をお受けした。	13:21	家族からの定例訪問
12:57	経済的な問題、家族の負荷の問題をお聞きしたので	南●●デイサービスセンター	
南●●デイサービスセンター	担当者会議資料として別掲し協議することにした		
	と考えます。		
R01. 06. 10 (月)	[サービス内容]		
12:58	先月のディサービスのご利用がない為、長男宅を訪問し、御		
南●●デイサービスセンター	長男、奥様に状況を確認した。		
	何か人間関係かいやなことがあったらしく、もう行きたくな		
	いと言われている様である。		
	本人の意欲向上にどうしたものかとのご相談。		
R02. 02. 01 (土)	[主治医からの指示]		
13:03	筋力に低下が顕著になってきた。維持リハの回数やプログラ		
南●●デイサービスセンター	ムの見直しを操舵したいとのこと。近く担当者会議を予定す		
	るは、ディケアの事業所にも数件相談してみることにした。		
R02. 04. 01 (水)	[保険・医療]		
13:19	家族からの定例訪問		
南●●デイサービスセンター			
R02. 04. 03 (金)	[利用希望相談記録]		
17:17	〇〇病院の△△師長より退院復帰のリハビリを兼ね		
南●●デイサービスセンター	経過を観ながら当面は長期入所での受け入れの		
	検討依頼がありました。		
	ご家族、ご本人と面談をしました、。		
	・自宅では介護の手が不足し生活が困難と思われる。		
	・本人も家族に迷惑を掛けずリハビリに専念したい。		
R02. 04. 08 (水)	[インフォーマルサービス]		
13:20	家族からの定例訪問		
南●●デイサービスセンター			
R02. 04. 10 (金)	[主治医からの指示]		
13:21	医師からの指示		
南●●デイサービスセンター			
R02. 04. 15 (水)	[保険・医療]		
13:20	家族からの定例訪問		
南●●デイサービスセンター			
R02. 04. 15 (水)	[他]		
13:53	サービス内容について、相談をお受けした。		
南●●デイサービスセンター	経済的な問題、家族の負荷の問題をお聞きしたので		
	担当者会議資料として別掲し協議することにした		
	と考えます。		
R02. 04. 22 (水)	[サービス内容]		

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 ●●会	報告者名	* 玉 あや *	(職種 社会福祉士)
事業所名	北●●デイサービスセンター	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 通所介護 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	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 ●●会	報告者名	* 玉 あや *	(職種 社会福祉士)
事業所名	北●●デイサービスセンター	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	002XXXXXXX
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	通所介護 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	食堂		
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、何かに掴まらないと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。			

■事業所ラベル

891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地	890-0073 鹿児島県鹿児島市宇宿×××番地
------------------------------	-----------------------------

小規模多機能 い●●	御中	センチュリー ●●台	御中
------------	----	------------	----

891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地	891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
------------------------------	------------------------------

定期・随時巡回 ゆ●●	御中	特別養護老人ホーム ●苑	御中
-------------	----	--------------	----

891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地	890-0001 鹿児島県鹿児島市千年×××番地
------------------------------	-----------------------------

特別養護老人ホーム ●苑	御中	南●●デイサービスセンター	御中
--------------	----	---------------	----

899-0122
鹿児島県出水市境町×××番地

看護小規模多機能 ●風	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 昼 1錠						R2/4/1~R2/4/30	
							- 以下余白 -	
備考								

会議名	サービス開始に向けて		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	* 玉 あや * (介護支援専門員)、* 阪 太 * (介護職員)、* 京 一 * (介護職員)、* 岡 三 * (本人)、* 岡 良 * (家族)			
利用者 基本情報	氏名	* 岡 三 * 様		
	介護度	要介護2		

【各職種からのコメント】

1	介護職員 立ち上がりは負担が大きく、またバランスを崩して転倒の危険性もある。入浴することで、介護者の負担と転倒リスクが軽減できる。歩行が不安定なので外出することについて消極的になっている。交流の場への参加や趣味活動を行うことで、本人の自立意欲を高めることができる。
2	本人 デイサービスで運動やゲームに参加して、いろんな人と関わるのが楽しみ。またリハビリすることでなんとか転倒せずに歩けるようになってきた。家に一人だと、気持ちが沈んでしまうので、これからもデイサービスに行き、みんなと楽しく過ごしたい。
3	家族 自宅では転倒しそうで入浴させるのが怖いです。デイサービスに行き、安全な環境で、職員さんの見守りや一部介助を受けながら入浴してもらいたいです。デイサービスで友人や職員さんと話をするのをとても楽しみにしています。家では一人であることが多く、気持ちが沈んでしまうようなので、これからもデイサービスに行き、みんなと楽しく過ごしてもらいたいです。
4	介護支援専門員 今回提示したケアプラン原案について、ニーズ・目標・サービス内容・期間・頻度・役割分担等について参加者（利用者 家族 サービス事業所 ケアマネ）で確認し、全員の合意を得た。

【特記事項】

--

【利用継続】 ☒ 可 ☐ 否 検討

デイサービスの利用についてはしばらく様子観察していき、状態変化などがあつた際に、内容について再検討する。
--

その他

- 利用者台帳 カスタマイズ運用例

診療録

ID		1000		介護保険者番号		011007		
受 診 者	フリガナ	*ㇿに ㇿ*			被保険者証番号		0012000000	
	氏 名	*国 良*			有効期限		令和02年12月31日	
	生年月日	昭和14年07月29日	生	男・㊟	要介護区分		要介護 2	
	住 所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1						
	連 絡 先	099-XXX-XXXX			居宅介護支援事業所			

傷 病 名		開 始	終 了	転 帰 期間終了予定日
脳梗塞		令和 1 年 5 月		治ゆ・死亡・中止 年 月 日
高血圧		令和 1 年10月		治ゆ・死亡・中止 年 月 日
				治ゆ・死亡・中止 年 月 日
				治ゆ・死亡・中止 年 月 日
				治ゆ・死亡・中止 年 月 日
				治ゆ・死亡・中止 年 月 日
				治ゆ・死亡・中止 年 月 日
				治ゆ・死亡・中止 年 月 日
				治ゆ・死亡・中止 年 月 日
				治ゆ・死亡・中止 年 月 日
				治ゆ・死亡・中止 年 月 日
				治ゆ・死亡・中止 年 月 日
				治ゆ・死亡・中止 年 月 日
				治ゆ・死亡・中止 年 月 日

備 考	医療保険に係る保険者番号等情報
--------	-----------------

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
受診 R 2.1.10 X X X 病院 既往 脳梗塞、高血圧 原因 アテローム血栓性脳梗塞 主訴 麻痺や感覚障害 経過 頭部CT、および脳MRIの検査で、まず脳卒中の症状は起きていない。生活習慣の改善に努める。 1/10 X X X 入院 1/11 持参薬中止、抗血小板薬投与 1/16 頸動脈内皮剥離術（CEA）実施 経過観察中	ラクナ梗塞やアテローム血栓症に対して抗血小板薬による薬物治療で十分に改善していないので外科治療により頸動脈内皮剥離術（CEA）という手術によってプラークを除去する。

《基本情報》

フリガナ	*ワケニ ヨシ*	男・女	昭和14年07月29日	生 (81) 歳
本人氏名	*国 良*			
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1	TEL	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	

《緊急時情報》

緊急時の連絡先	氏 名	続柄	電話番号	携帯番号	郵便番号	住所
	国 芳	長男	099-26X-XXXX	090-1XXX-2XXX	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
	国 ニ	次男	099-XXXX-XXXX	090-XXXX-XXXX	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

《保険情報》

介護保険	認定開始日	認定終了日	被保険者番号	保険者番号	要介護度等	交付年月日	認定年月日
	R02/01/01	R02/12/31	0012000000	011007	要介護 2		
医療保険	保険開始日	保険終了日	法制番号	保険者番号	記号	番号/受給者番号	本人/家族
	R02/02/01	R03/01/31	国保	9999	国保記号	1 2 3 4	本人

《自立度・現状・住環境・経済状況》

経済状況	厚生年金			
障害高齢者の日常生活自立度	A1	認知症高齢者の日常生活自立度	I	
障害等認定	種類	等級・種別等	手帳番号	障害名等

《生活状況》

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

《現病歴・既往歴情報》

現病歴・既往歴・主治医	年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	
	2015年頃	脳梗塞	●●病院 ●本 一●	TEL 099-XXX-XXXX
	2000年頃	高血圧	南●●クリニック ●村 陽●	TEL 099-XXX-XXXX
				TEL
				TEL
				TEL
				TEL
				TEL

《処方薬》

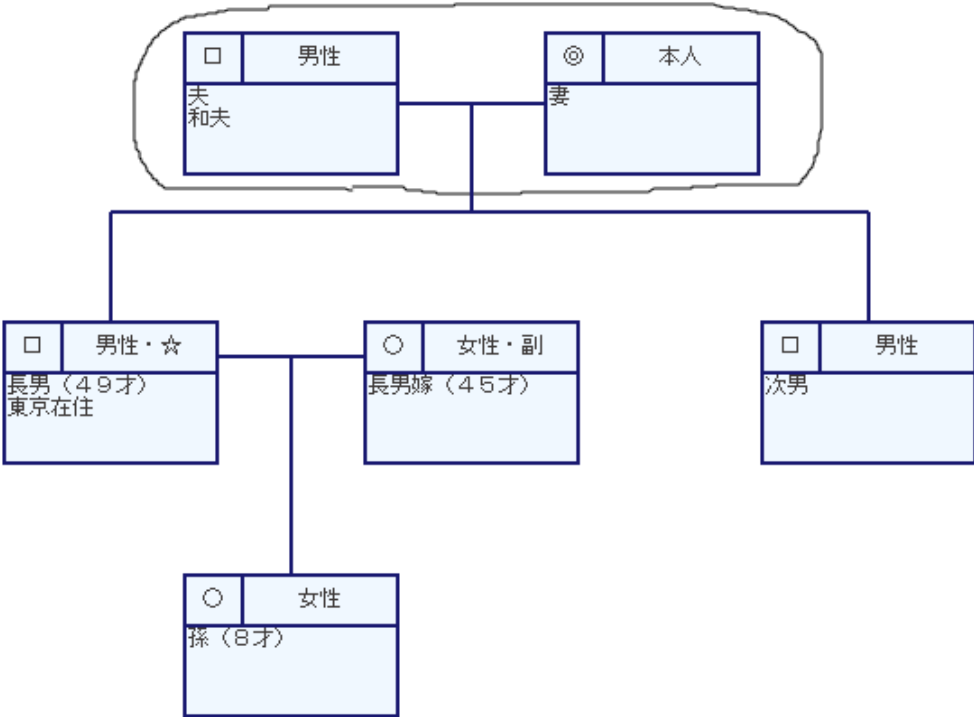
処方薬	薬剤名称	処方区分	剤形	用量	単位	朝	昼	夕	寝	随	用法
	アムロジン錠5mg	内服薬	錠剤	2	錠				○		就寝前

《ADL・IADL》

ADL	項目名	評 価	備 考
	歩行	遅いが自立	
	服薬管理	自立	
	財産取り扱い	自立	
	食事	自立	神経痛による手のしびれが緩和され概ね自立された
	排泄	見守り必要	
IADL	項目名	評 価	備 考
	調理	一部介助	
	掃除・洗濯	一部介助	
	買物	一部介助	
	金銭管理	一部介助	
	服薬管理	一部介助	
	電話利用	自立	
	交通手段利用	一部介助	

フリガナ 本人氏名	*カニ ヨシ* *国 良*	男・ 女	昭和14年07月29日生(81)歳
--------------	------------------	-------------	---------------------

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



《家族情報》

家族構成	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
	カニ カズ		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
	カニ ヨシ		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	カニ シ		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
家族関係等の状況		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。							

《基本情報》

フリガナ 本人氏名	*ワケニ ヨシ*	男・ ☒ 女	昭和14年07月29日 生 (81) 歳	
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1		Tel	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法		
住所地	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1		Tel	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法		

《緊急時情報》

緊急時の 連絡先	氏 名	続柄	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所	コメント
	国 芳	長男	099-26X-XXXX 090-1XXX-2XXX		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	
	国 ニ	次男	099-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	

《保険情報》

介護保険	認定開始日	認定終了日	適用開始日	適用終了日	被保険者番号	保険者番号	要介護度等	交付年月日	認定年月日
	R02/01/01	R02/12/31	R02/01/01	R02/12/31	0012000000	011007	要介護 2		
	H31/01/01	R01/12/31	H31/01/01	R01/12/31	0012000000	011007	要介護 2		
	H29/01/01	H29/12/31	H29/01/01	H29/12/31	0012000000	011007	要介護 2		

《自立度・現状・住環境・経済状況》

本人の状況	在宅			生活圏域	
世帯の状況		見守り状況		行政区	
住居環境	一戸建て	自宅	自室 有	階	建物名称
住居環境 その他					
経済状況	厚生年金				
障害高齢者の日常生活自立度		A1		認知症高齢者の日常生活自立度	I
障害等認定	種類	等級・種別等		手帳番号	障害名等
	その他				

《利用サービス情報》

利用サービス	施設・事業者名	サービス名	利用開始日	利用終了日	その他
	花丸配食サービス	配食サービス	R02/01/01	R02/12/31	週 3 回
	移動支援	民間タクシー	R02/04/01	R02/12/31	家族支援が困難な場合に限る

《家族情報》

家族構成	フリガナ氏名	生年月日	性別	続柄	緊急連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
	クニ カズ		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
	国 和								
	**クニ ヨシ*		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	国 芳								
	クニ ジュ		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
	国 二								
家族関係等の状況		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。							

《生活状況》

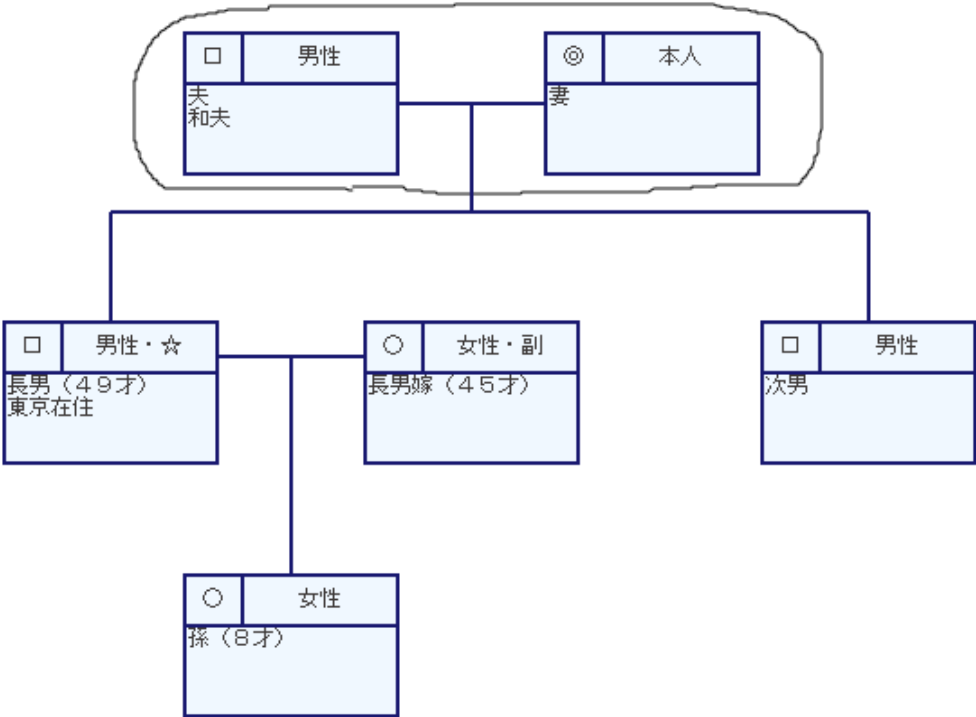
今までの生活	現在のお住まいに30年程生活されており、家業の農家を手伝いながらお子様を育てられた。専業主婦兼農家での生活をされいままで、亡くなられたご主人と結婚されるまでは、近くの会社で事務をされており実家も農家であった。県外での生活などの経験はなくずっと地元での生活であった。特に旅行されることもなかった様である。		
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	朝6時に起床。 菜園場で1時間ほど手入れ。 8時頃朝食。殆ど昨日の夕食の残り。 ディサービスがない日はお昼までTVを見る。 お昼は軽く食事。宅配サービスも利用。 昼食後は2時間程度お昼寝。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

《現病歴・既往歴情報》

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

フリガナ 本人氏名	*カニ ヨシ* *国 良*	男・女	昭和14年07月29日生(81)歳
--------------	------------------	-----	---------------------

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



《家族情報》

家族構成	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
	カニ カズ		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
	カニ ヨシ		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	カニ シ		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
家族関係等の状況		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。							

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	男	長男	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	**ワケニ ジ*	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』
通所介護サービス 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月