

介護トータルシステム『寿』

通所リハビリサービス



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
基本チェックリスト（計なし／計あり）
災害時要援護者基本情報
誕生者一覧
リハビリテーション指示書

■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
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
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（I ADL）
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
個別機能訓練状態
体力測定結果

■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》

	項目名	評 価	備 考
A D L	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	
I A D L	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。

	名 称	日 付	コ メ ン ト
福 祉 サ ー ビ ス 等	ふれあい会食事業	R02/04/01	

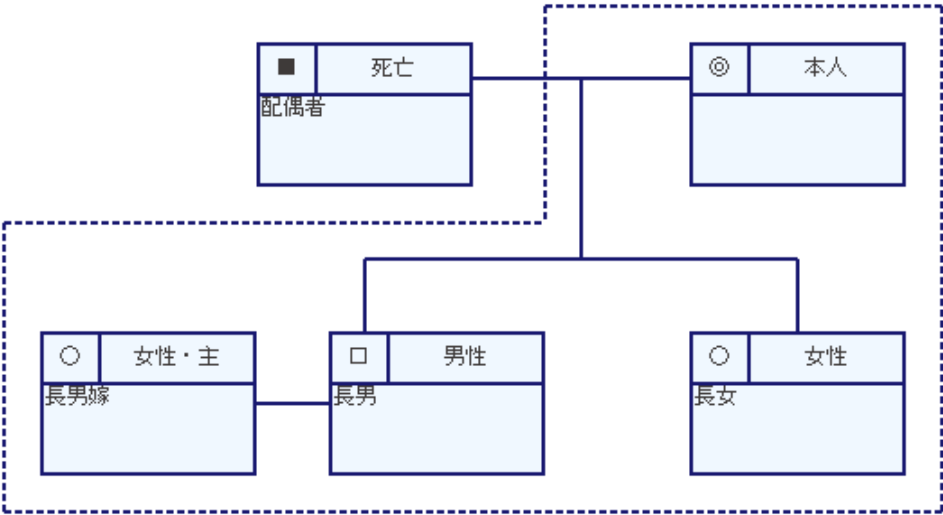
《主治医》

	医師名	所属機関	備考
主 治 医	*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	

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*	*ヒロ ヒ*	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 イロ*	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*	*シキ 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*	*カウ タツ*	女	S10/1/1	要支援 1	H31/4/1	R2/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-xxx-xxxx	H29/4/1～	東●●●地域包括 支援センター
6	*岡 三*	*サカ サブ*	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*	*ジ カズ*	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*	*ジ ミ*	男	S20/1/1	要支援 2	R1/9/1	R3/12/31		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	R2/12/31		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 ナガ*	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 *	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～	ケアセンター「み ●●」
20	*路 三*	*ミジ サブ*	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*	*ミジ 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	R2/12/31		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4月30日

介護老人保健施設 ●苑 通所リハ

【前月末利用者数 15 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	04/30	* 路 三 *	要介護 4	家庭	H30/01

【当月末利用者数 14 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)

主治医意見書

* 国 良 *

記入日

令和2年04月01日

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

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

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

医師氏名 ※村 陽※

医療機関名 南●●クリニック

電話 099-XXX-XXXX

医療機関所在地 鹿児島市東開町XXX番地

FAX 099-XXX-XXXX

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

1.傷病に関する意見

(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日			
1. 脳梗塞	発症年月日 (	平成30年1月	頃)
2. 高血圧	発症年月日 (	平成30年4月	頃)
3.	発症年月日 (		頃)
(2)症状としての安定性 ☒ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕			
脳梗塞後遺症による右上下肢不全麻痺があるが、右手で軽いものなら持ち上げることができる。 下肢については前回調査時はゆっくりと歩行可能だったが、現在は脚力低下のために杖を2本使った歩行である。			

2.特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3.心身の状態に関する意見

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

(5) 身体の状態

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

☐ 四肢欠損 (部位: _____)

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

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

☐ その他 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 筋力の低下 (部位: 下肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の痛み (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

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

☐ 褥瘡 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

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

4.生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 ☐ 自立 ☒ 介助があればしている ☐ していない

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

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

(2) 栄養・食生活

食事行為 ☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

現在の栄養状態 ☒ 良好 ☐ 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (塩分の採り過ぎに注意が必要である。)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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

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

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☒ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

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

☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療

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

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

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

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

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

・嚥下 ☒ 特になし ☐ あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください。)

☒ 無 ☐ 有 (_____) ☐ 不明

5.特記すべき事項

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

主治医意見書

国 良

記入日

令和2年04月01日

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

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

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

医師氏名 ※村 陽※

医療機関名 南●●クリニック 電話 099-XXX-XXXX

医療機関所在地 鹿児島市東開町XXX番地 FAX 099-XXX-XXXX

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

1.傷病に関する意見

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

1. 脳梗塞	発症年月日(	平成30年1月	頃)
2. 高血圧	発症年月日(	平成30年4月	頃)
3.	発症年月日(		頃)

(2)症状としての安定性 ☒ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明

(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

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

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

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 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない

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

☐ 無 ☒ 有

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

(4)その他の精神・神経症状

☒ 無 ☐ 有 [症状名: 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無]

(5)身体の状態

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

☐ 四肢欠損 (部位:)

☒ 麻痺 ☒ 右上肢(程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左上肢(程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☒ 右下肢(程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左下肢(程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☐ その他(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 筋力の低下 (部位: 下肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の拘縮 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の痛み (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

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

☐ 褥瘡 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ その他の皮膚疾患(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

4.生活機能とサービスに関する意見

(1)移動

屋外歩行 ☐ 自立 ☒ 介助があればしている ☐ していない

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

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

(2)栄養・食生活

食事行為 ☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

現在の栄養状態 ☒ 良好 ☐ 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (塩分の採り過ぎに注意が必要である。)

(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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

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

→ 対処方針 ()

(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☒ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

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

☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療

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

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

(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項

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

・摂食 ☒ 特になし ☐ あり () ・運動 ☒ 特になし ☐ あり ()

・嚥下 ☒ 特になし ☐ あり () ・その他 ()

(7)感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください。)

☒ 無 ☐ 有 () ☐ 不明

5.特記すべき事項

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

基本チェックリスト

利用者番号： 1000

記入日： 令和2年3月2日(月)

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

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

[備考]

基本チェックリスト

利用者番号： 1000

記入日： 令和2年3月2日(月)

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

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

[備考]

--

災害時要援護者基本情報

作成日：令和2年4月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]

リハビリテーション指示書

指示日	令和2年4月1日	指示期間	令和2年4月1日	～	令和2年6月30日
氏名	＊ 豆 一 ＊		電話番号		
生年月日	昭和14年5月7日		年齢	80	性別 男
要介護度	要介護 4	日常生活自立度	障害高齢者	A1	認知症高齢者 I
傷病名	変形性膝関節症				
治療経過	スムーズに体を動かせるように、足の曲げ伸ばしを行います。痛みの有無など、コミュニケーションをとりながらストレッチを実施しています。				
リハビリテーションの目標	布団の上げ下げから、布団を床に敷いて、横たわって、起き上がるまで、畳の上での一連の動作や掃除機がけ、洗濯物干し、階段の上り下り……ライフスタイルや生活環境の負担を軽減したい。				

リハビリテーションの指示事項			
☒	起居動作訓練	☐	
☐	座位保持訓練	☐	
☒	歩行訓練	☐	
☐	呼吸機能訓練	☐	
☒	関節拘縮予防	☐	
☐	摂食・嚥下訓練	☐	
☐	筋力強化	☐	
☐	ADL訓練	☐	
☒	家事動作訓練	☐	
☒	家族指導	☐	

リハビリ時の注意事項	個人によって弱い部位と保たれた部位があるため、療法士による機能評価を受けて、適切な運動方法・量を指導する。
特記すべき留意事項	リハビリの開始前には心機能、不整脈、呼吸機能、低酸素血症、嚥下機能等の検査が必要。

上記のとおり、リハビリテーションの実施を指示いたします。

医療機関名 南●●クリニック

住 所 鹿児島市東開町 X X X X 番地

電 話 099-XXX-XXXX

(F A X) 099-XXX-XXXX

医師氏名 ●村 陽●

印

実績関係帳票

利用者番号：1018

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：●●ケアセンター東風様

Tel：Fax：

サービス提供事業所名：介護老人保健施設 ●苑

利用者名：*田一*様

生年月日：昭和14年6月24日

介護度：要介護4

計画単位：15,033

実績単位：15,033

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	通所リハⅠ 2 6 4	予定		1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		1		1		1		13	14,053
		実績		1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		1		1		1		13	
	通所リハ入浴介助加算	予定		1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		1		1		1		13	650
		実績		1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		1		1		1		13	
	通所リハマネジメント加算Ⅰ	予定		1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		1		1		1		13	330
		実績		1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		1		1		1		13	
	通所リハサービス提供体制加算Ⅰ 2	予定		1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		1		1		1		13	(156)
		実績		1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		1		1		1		13	
	通所リハ処遇改善加算Ⅲ	予定		1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		1		1		1		13	(289)
		実績		1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		1		1		1		13	

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。

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)
通所リハⅠ 2 6 4	163729	1,081	13	14,053			10.00		90					
通所リハ入浴介助加算	165301	50	13	650			10.00		90					
通所リハマネジメント加算Ⅰ	165601	330	1	330			10.00		90					
通所リハサービス提供体制加算Ⅰ 2	166101	12	13	(156)			10.00		90					
通所リハ処遇改善加算Ⅲ	166103	289	1	(289)			10.00		90					
計画単位		15,033	合計	15,033	0	15,033		154,780		139,302		0	15,478	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
通所リハビリ	15,033	15,033	445	15,478

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30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	* 巻 二 *	要支援 2	4612123456	462010	3, 859	3, 859	171	4, 030	0
469999997	介護老人保健施設 ●苑	1	* 石 京 *	要介護 4	0024939400	011023	4, 334	3, 894	233	4, 127	0
		2	* 豆 一 *	要介護 4	4600123456	462010	10, 509	10, 509	310	10, 819	0
		3	* 塚 華 *	要介護 1	1212344444	462010	6, 090	6, 090	214	6, 304	0
		4	* 谷 良 *	要介護 2	9900000030	462036	3, 155	3, 155	121	3, 276	0
		5	* 向 二 *	要介護 1	1211111111	462010	4, 160	4, 160	132	4, 292	0
469999988	小規模多機能事業所 い●●	1	* 雲 京 *	要介護 2	9900000004	462010	11, 393	11, 393	375	11, 768	0
		3	* 路 三 *	要介護 4	2800000003	462010	4, 478	4, 478	261	4, 739	0
469999996	●●ケアセンター東風	1	* 田 一 *	要介護 4	4600000123	462010	15, 033	15, 033	445	15, 478	0

通所利用状況一覧表

利用日： 令和2年4月2日（木）

利用日： 令和2年4月2日（木）																			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	入浴介助	マネジメント	短期集中個別	重度療養	中重度ケア	若年認知	生活向上1	生活向上2	認知集中Ⅰ	認知集中Ⅱ	運動機能	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	理学体制	処遇改善	中山間	社会参加支援	リハビリ提供	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	*雲 京*	Ⅱ	○	○	○	09:30	16:00	6' 30							/			○	○														○		○								
2	*原 三*	予 1	○			09:00	16:00	7' 00							/													○						○									
3	*谷 良*	Ⅱ	○	○	○	12:45	15:45	3' 00							/				○	○														○		○							
4	*向 二*	Ⅰ	○	○	○	09:00	16:00	7' 00							/				○	○														○		○							
5	*田 一*	Ⅳ	○	○	○	09:30	16:00	6' 30							/				○	○														○		○							
	合 計		5	4	4										/			0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	0	4	0	0	0	0	

未収金一覧

請求金額合計	53,371
未収金額合計	53,371
入金額合計	0

R2/05/01～R2/05/31

R2/06/01 時点

印刷日

R2/06/01

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
62	1234	* 石 京 *	通所サービスグループ	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	10,254	10,254		区分 口座引落 ●●銀行 * 石 京 * 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 *				計	10,254	10,254		
63		* 石 サ *	通所サービスグループ	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	3,000	3,000		区分 請求書送付 * 石 サ * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
		* 石 サ *				計	3,000	3,000		
64	1019	* 巻 二 *	通所サービスグループ	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	6,530	6,530		区分 請求書送付 * 巻 二 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
	1019	* 巻 二 *				計	6,530	6,530		
65	1022	* 豆 一 *	通所サービスグループ	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	15,319	15,319		区分 請求書送付 * 豆 一 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
	1022	* 豆 一 *				計	15,319	15,319		
66		* 雲 京 *	通所サービスグループ	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	18,268	18,268		区分 請求書送付 * 雲 京 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
		* 雲 京 *				計	18,268	18,268		

事業所別未収金一覧表（介護老人保健施設 ●苑）

印刷日 2020年6月1日

提供期間 2020年4月1日 ～ 2020年4月30日

番号	利用者氏名	性別	保険内金額					その他自費	減免額	自事業所の 請求金額計	他事業所の 請求金額計	今月請求金 額計	前月までの 未収金額計	今月入金金 額計	今月末未収 金額計
1234	*石 京*	女	¥8,254	¥0	¥0	¥0	¥0	¥2,000	¥0	¥10,254	¥0	¥10,254	¥12,632	¥0	¥22,886
1019	*巻 二*	男	¥4,030	¥0	¥0	¥0	¥0	¥2,500	¥0	¥6,530	¥0	¥6,530	¥188,772	¥0	¥195,302
1022	*豆 一*	男	¥10,819	¥0	¥0	¥0	¥0	¥4,500	¥0	¥15,319	¥0	¥15,319	¥39,304	¥0	¥54,623
	雲 京	女	¥11,768	¥0	¥0	¥0	¥0	¥6,500	¥0	¥18,268	¥0	¥18,268	¥332,265	¥0	¥350,533
	塚 華	女	¥6,304	¥0	¥0	¥0	¥0	¥4,000	¥0	¥10,304	¥0	¥10,304	¥36,738	¥0	¥47,042
	谷 良	女	¥3,276	¥0	¥0	¥0	¥0	¥8,500	¥0	¥11,776	¥0	¥11,776	¥24,070	¥0	¥35,846
1012	*路 三*	男	¥4,739	¥0	¥0	¥0	¥0	¥2,000	¥0	¥6,739	¥0	¥6,739	¥21,860	¥0	¥28,599
	向 二	男	¥4,292	¥0	¥0	¥0	¥0	¥6,500	¥0	¥10,792	¥0	¥10,792	¥65,222	¥0	¥76,014
1018	*田 一*	男	¥15,478	¥0	¥0	¥0	¥0	¥6,500	¥0	¥21,978	¥0	¥21,978	¥70,056	¥0	¥92,034
	全体合計		¥68,960	¥0	¥0	¥0	¥0	¥43,000	¥0	¥111,960	¥0	¥111,960	¥790,919	¥0	¥902,879

処遇改善一覧表

処遇改善単位合計	984	特定処遇改善単位合計	0
保険内単位合計	984	保険内単位合計	0
保険外単位合計	0	保険外単位合計	0

令和2年4月～令和2年4月

印刷日 令和2年5月2日

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	
1234	*石 京*	通所リハビリテーション	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	185	185	0	0	0	0	介護老人保健施設 ●苑
1234	*石 京*	通所リハビリテーション	R2/06/18	R2/04/01	R2/04/30	185	185	0	0	0	0	介護老人保健施設 ●苑
1234	*石 京*				計	370	370	0	0	0	0	*石 京* 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
1019	*巻 二*	介護予防通所リハビリテーション	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	75	75	0	0	0	0	介護老人保健施設 ●苑
1019	*巻 二*				計	75	75	0	0	0	0	*巻 二* 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
1022	*豆 一*	通所リハビリテーション	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	202	202	0	0	0	0	介護老人保健施設 ●苑
1022	*豆 一*				計	202	202	0	0	0	0	*豆 一* 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
	雲 京	通所リハビリテーション	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	219	219	0	0	0	0	介護老人保健施設 ●苑
	雲 京				計	219	219	0	0	0	0	*雲 京* 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
	塚 華	通所リハビリテーション	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	118	118	0	0	0	0	介護老人保健施設 ●苑
	塚 華				計	118	118	0	0	0	0	*塚 華* 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

実施日 R02/04/01~R02/04/30

その他費用一覧表

(介護老人保健施設 ●苑

)

印刷日 R02/05/12

	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	昼食代								
* 石 京 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0	0								0
	0	2,000								0
小 計							2,000	0	2,000	0
* 石 サ *	0	0								
	500	0								
R02/04/01~R02/04/30	0	0								0
	0	2,500								0
小 計							3,000	0	3,000	0
* 巻 二 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0	0								0
	0	2,500								0
小 計							2,500	0	2,500	0
* 豆 一 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0	0								0
	0	4,500								0
小 計							4,500	0	4,500	0
* 雲 京 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0	0								0
	0	6,500								0
小 計							6,500	0	6,500	0
* 塚 華 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0	0								0
	0	4,000								0
小 計							4,000	0	4,000	0
総合計	0	0								
	500	0								
	0	11,000								0
	0	54,000								0
							22,500	0	22,500	0

実施日 R02/04/01～R02/04/30

サービス費請求一覧表 (介護老人保健施設 ●苑

介護)

印刷日 R02/05/10

通所リハビリテーション

	(基本)	入浴介助加算	生活行為向上リハ	口腔機能向上加算	社会参加支援加算	介護(保険) 介護(自費)	保険内単位	合計金額	軽減額	請求金額
	理学療法士等体制加算	マネジメント加算	若年性認知症受入加算	重度療養管理加算	サービス提供体制加算					
	リハ提供体制加算	短期集中個別リハ加算	栄養改善加算	中重度者ケア体制加算	処遇改善加算等					
	中山間地域等提供加算	認知症短期集中リハ	栄養スクリーニング加算	同一建物・送迎減算						
* 石 京 *	3,740	200	0	0	0	8,254				
	0	330	0	0	48	0				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	185					
	0	0	0	-376		4,127				
小 計								8,254	0	8,254
* 豆 一 *	9,729	450	0	0	0	10,819				
	0	330	0	0	108	0				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	202					
	0	0	0	0		10,819				
小 計								10,819	0	10,819
* 雲 京 *	10,413	650	0	0	0	11,768				
	0	330	0	0	156	0				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	219					
	0	0	0	0		11,768				
小 計								11,768	0	11,768
* 塚 華 *	5,360	400	0	0	0	6,304				
	0	330	0	0	96	0				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	118					
	0	0	0	0		6,304				
小 計								6,304	0	6,304
* 谷 良 *	2,575	250	0	0	0	3,276				
	0	330	0	0	60	0				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	61					
	0	0	0	0		3,276				
小 計								3,276	0	3,276
* 路 三 *	4,324	200	0	0	0	4,739				
	0	330	0	0	48	0				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	213					
	0	0	0	-376		4,739				
小 計								4,739	0	4,739
* 向 二 *	3,580	250	0	0	0	4,292				
	0	330	0	0	60	0				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	72					
	0	0	0	0		4,292				
小 計								4,292	0	4,292

実施日 R02/04/01～R02/04/30

サービス費請求一覧表 (介護老人保健施設 ●苑

介護)

印刷日 R02/05/10

通所リハビリテーション

	(基本)	入浴介助加算	生活行為向上リハ	口腔機能向上加算	社会参加支援加算		介護(保険)	合計金額	軽減額	請求金額
	理学療法士等体制加算	マネジメント加算	若年性認知症受入加算	重度療養管理加算	サービス提供体制加算		介護(自費)			
	リハ提供体制加算	短期集中個別リハ加算	栄養改善加算	中重度者ケア体制加算	処遇改善加算等					
	中山間地域等提供加算	認知症短期集中リハ	栄養スクリーニング加算	同一建物・送迎減算			保険内単位			
* 田 一 *	14,053	650	0	0	0		15,478	15,478	0	15,478
	0	330	0	0	156		0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	289					
	0	0	0	0			15,478			
小 計								15,478	0	15,478
総合計	53,774	3,050	0	0	0		64,930	64,930	0	64,930
	0	2,640	0	0	732		0			
	0	0	0	0	1,359					
	0	0	0	-752			60,803			
								64,930	0	64,930

* 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 ℃				
【食事】		食事量	昼	主食	10 割	副食	割	
			昼間	主食	割			
【水分】		摂取量	500					
【排泄】		排尿量	300	排便	△とても少ない			
【ご家族への連絡事項】 お疲れになった様子も無く、積極的に訓練を続けておられました。								
【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		℃				
【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】

お疲れになった様子も無く、積極的に歩行訓練を続けておられました。

【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 °C			
【食事】			食事量		昼 主食		10 割 ◎	
					副食		割	
			昼間 主食		割			
【水分】			摂取量		500			
【排泄】			排尿量		300		排便 △とても少ない	
【ご家族への連絡事項】 お疲れになった様子も無く、積極的に訓練を続けておられました。								
【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		°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
【食事】 食事量 昼 主食 10割 副食 割
昼間 主食 割
【水分】 摂取量 300
【排泄】 排尿量 250 排便 △とても少ない

【実施内容】

排泄	排便介助
リハビリの実施	集団レクリエーション／リハビリ体操、歩行訓練、 入浴動作の指導、立位姿勢での訓練

【ご家族への連絡事項】

お疲れになった様子も無く、積極的に訓練を続けておられました。

【ご家族からの連絡事項】

サービス記録

利用者氏名 * 田 一 * 殿

印刷日：R02.04.03

[illegible]

利用料請求一覽表

(介護老人保健施設 ●苑

)

印刷日 令和2年5月1日

	おむつ代	ベッド代			介護（保険） 介護（自費）		介護軽減額	最終入金日	入金額 累計入金額 未収金額 消費税額	請求区分 金融機関名 発行日
	食事代	洗濯代								
	共益費	昼食代								
	テレビ代	昼食代			保険内単位	合計金額	軽減額合計	請求金額		
* 石 京 *	0	0			8,254		0		0	口座引落
1234	0	0			0				0	●●銀行
R02/04/01～R02/04/30	0	0							10,254	R02/05/11
62	0	2,000			4,127					
小計						10,254	0	10,254	0	
* 石 サ *	0	0			0		0		0	請求書送付
	500	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0							3,000	R02/05/11
63	0	2,500			0					
小計						3,000	0	3,000	0	
* 巻 二 *	0	0			4,030		0		0	請求書送付
1019	0	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0							6,530	R02/05/11
64	0	2,500			4,030					
小計						6,530	0	6,530	0	
* 豆 一 *	0	0			10,819		0		0	請求書送付
1022	0	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0							15,319	R02/05/11
65	0	4,500			10,819					
小計						15,319	0	15,319	0	
* 日市 二 *	0	0			0		0		0	請求書送付
	0	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0							13,000	R02/05/11
68	0	13,000			0					
小計						13,000	0	13,000	0	
* 原 三 *	0	0			0		0		0	請求書送付
1021	0	0			19,940				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	4,500							24,440	R02/05/11
69	0	0			0					
小計						24,440	0	24,440	0	
* 路 三 *	0	0			4,739		0		0	請求書送付
1012	0	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0							6,739	R02/05/11
71	0	2,000			4,739					
小計						6,739	0	6,739	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

(介護老人保健施設 ●苑)

印刷日 令和2年5月1日

	おむつ代	ベッド代				介護 (保険)	合計金額	介護軽減額	最終入金日	入金額	請求区分
	食事代	洗濯代				介護 (自費)				累計入金額	金融機関名
	共益費	昼食代								未収金額	発行日
	テレビ代	昼食代				保険内単位		軽減額合計	請求金額	消費税額	
* 田 一 *	0	0				15,478	21,978	0		0	請求書送付 R02/07/28
1018	0	0				0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0								21,978	
207	0	6,500				15,478					
小 計							21,978	0	21,978	0	
総合計	0	0				43,320	101,260	0		0	
	500	0				19,940				0	
	0	4,500								101,260	
	0	33,000				39,193					
								0	101,260	0	

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	介護老人保健施設 ●苑
1	* 石 京 *	10,254	10,254
2	* 石 廿 *	3,000	3,000
3	* 石 二 *	5,348	5,348
4	* 巻 二 *	6,530	6,530
5	* 豆 一 *	15,319	15,319
6	* 雲 京 *	18,268	18,268
7	* 塚 華 *	9,804	9,804
8	* 日市 二 *	13,000	13,000
9	* 原 三 *	24,440	24,440
10	* 谷 良 *	11,776	11,776
11	* 路 一 *	6,739	6,739
12	* 路 良 *	2,000	2,000
13	* 向 二 *	10,792	10,792
14	* 田 一 *	21,598	21,598
合計		158,868	158,868

通所個人別出欠予定表

○：予定

令和2年4月 分

介護老人保健施設 ●苑

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	* 石 京 *			○							○							○							○								4
2	* 巻 二 *	○							○							○							○							○			5
3	* 豆 一 *	○			○				○			○				○			○				○			○				○			9
4	* 雲 京 *		○		○			○		○		○			○		○		○			○		○		○			○		○		13
5	* 塚 華 *			○				○			○				○			○				○			○				○				8
6	* 原 三 *		○				○			○				○			○				○			○				○			○		9
7	* 谷 良 *		○							○						○								○							○		5
8	* 路 三 *			○							○							○							○								4
9	* 向 二 *		○							○						○								○							○		5
10	* 田 一 *		○		○		○			○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○	13
合 計		2	5	3	3	0	2	2	2	5	3	3	0	2	2	2	5	3	3	0	2	2	2	5	3	3	0	2	2	2	5		75

通所個人別出欠実績表

●：実績

令和2年4月 分

介護老人保健施設 ●苑

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	* 石 京 *			●							●							●							●								4
2	* 巻 二 *	●							●							●							●							●			5
3	* 豆 一 *	●			●				●			●				●			●				●			●				●			9
4	* 雲 京 *		●		●			●		●		●			●	●		●				●		●		●			●		●		13
5	* 塚 華 *			●				●			●				●			●				●			●				●				8
6	* 原 三 *		●				●			●				●			●				●			●				●			●		9
7	* 谷 良 *		●							●						●								●							●		5
8	* 路 三 *			●							●							●							●								4
9	* 向 二 *		●							●						●								●							●		5
10	* 田 一 *		●		●		●			●		●		●		●		●		●		●		●		●		●			●		13
合 計		2	5	3	3	0	2	2	2	5	3	3	0	2	2	2	5	3	3	0	2	2	2	5	3	3	0	2	2	2	5		75

入金日計表

入金日 期間： 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

* 田 一 * 様

男性

昭和14年6月24日生

80 歳

要介護 4

施設長	事務長	主任	担当

記録日: 令和2年4月2日(木)

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
8:00								10:00～11:00 【ケア実施記録】 [リハビリの実施] 集団レクリエーション／リハビリ体操, 歩行訓練, 排泄動作訓練, 食事指導
9:00	送迎サービス							訓練, 歯磨き・洗面訓練 [バイタル測定] バイタルの測定・観察
10:00	健康チェック	125 89	36.6 72					10:10 【身長・体重】 身長: 152.00cm 体重: 50.30kg B M I : 21.8
11:00	リハビリ							12:00 【水分・排泄】 排尿量: 100ml 排尿回数: 1回 排便 量: 排便なし
12:00	食事サービス			○		200	排尿	12:00 【薬服用歴】 [ロキソニン] 1錠 12:30 【昼食】 主食: 10割 ◎
13:00					10 ◎			14:30 【ケア実施記録】 [入浴介助] 入浴の準備、後始末, 洗身介助, 洗髪
14:00	入浴介助							介助 15:00 【その他費用】 [おむつ代A] 単価: 120 回数: 1 金額: 120
15:00								[合計金額]120円 15:30 【その他費用】 [昼食代] 単価: 500 回数: 1 金額: 500
16:00	送迎サービス							[合計金額]500円 17:00 【申し送り】 [リハビリの実施] 集団レクリエーション／リハビリ体操, 歩行訓練, 階段昇降訓練
17:00								プログラム変更 [リハビリの実施] 集団レクリエーション／リハビリ体操, 歩行訓練
18:00								水分摂取量合計 200ml
19:00								

実施記録	実施記録

ケア実施状況表（リハビリの実施）

対象期間 R2/4/1～R2/4/30

介護老人保健施設 ●苑

[illegible]

記号説明 レ: 集団レクリエーション／リハビリ体操 歩: 歩行訓練 階: 階段昇降訓練 排: 排泄動作訓練 指: 食事指導訓練 歯: 歯磨き・洗面訓練 入: 入浴動作の指導 立: 立位姿勢での訓練

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2日

更衣介助	
更衣の準備等	1
小計	1

入浴介助	
入浴の準備、後始末	4
入浴時の移乗、移動の介助	2
洗身介助	2
洗髪介助	2
部分浴介助	1
小計	11

基本動作介助	
体位交換介助	1
起居介助	1
小計	2

リハビリの実施	
集団レクリエーション／リハビリ体操	7
歩行訓練	4
階段昇降訓練	4
排泄動作訓練	3
食事指導訓練	5
歯磨き・洗面訓練	5
入浴動作の指導	1
立位姿勢での訓練	1
小計	30

バイタル測定	
バイタルの測定・観察	2
小計	2
総計	46

実施日 R02/04/01~R02/04/30

その他費用一覧表

(介護老人保健施設 ●苑

)

印刷日 R02/05/12

	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	昼食代								
* 石 京 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0	0								0
	0	2,000								0
小 計							2,000	0	2,000	0
* 石 サ *	0	0								
	500	0								
R02/04/01~R02/04/30	0	0								0
	0	2,500								0
小 計							3,000	0	3,000	0
* 巻 二 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0	0								0
	0	2,500								0
小 計							2,500	0	2,500	0
* 豆 一 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0	0								0
	0	4,500								0
小 計							4,500	0	4,500	0
* 雲 京 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0	0								0
	0	6,500								0
小 計							6,500	0	6,500	0
* 塚 華 *	0	0								
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0	0								0
	0	4,000								0
小 計							4,000	0	4,000	0
総合計	0	0								
	500	0								
	0	11,000								0
	0	54,000								0
							22,500	0	22,500	0

温度板

介護老人保健施設 ●苑

利用者番号 1234

氏名 *石 京*

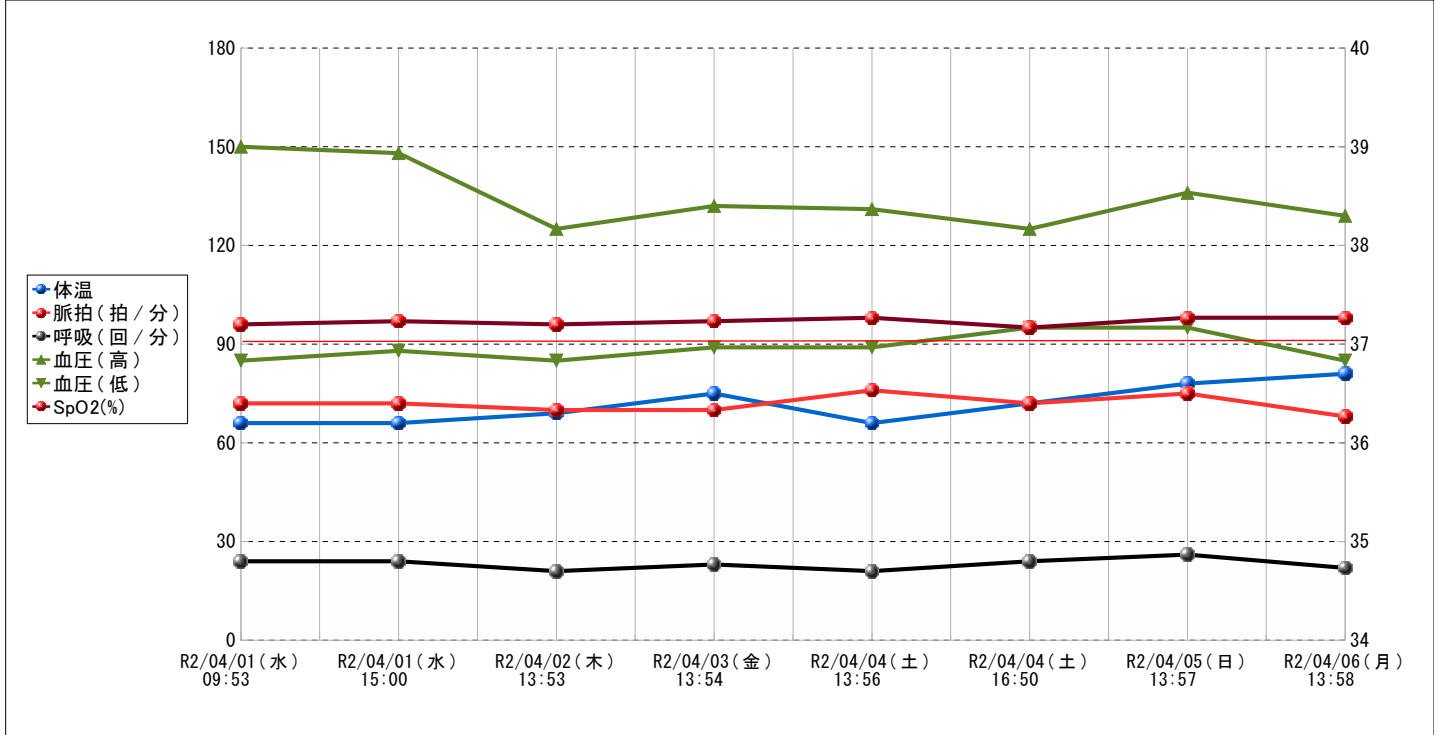
性別 女

生年月日

昭和14年6月16日

年齢

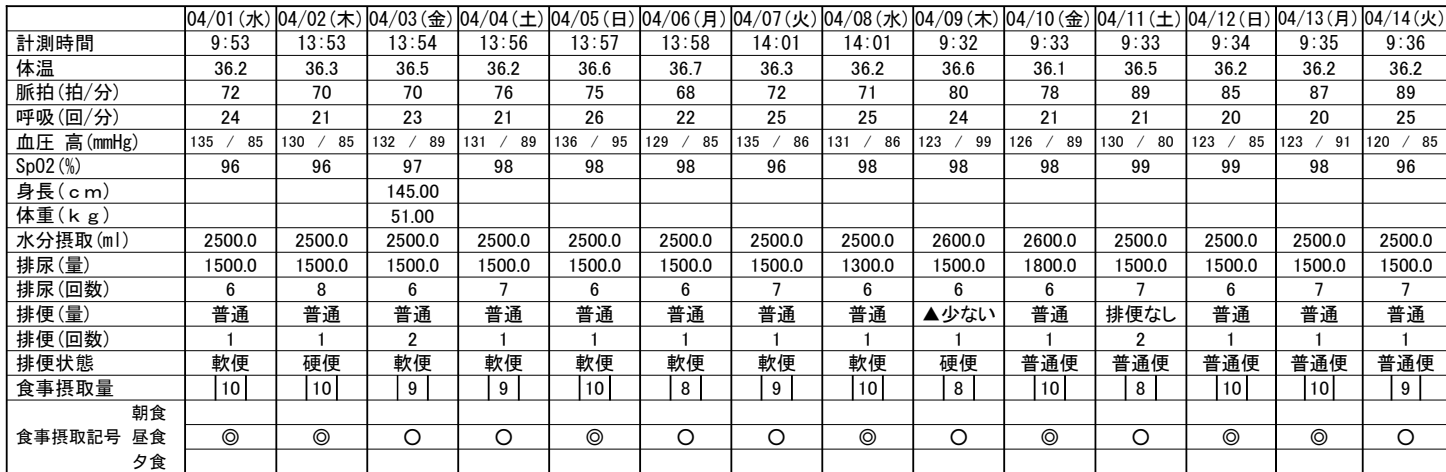
80 歳



	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							

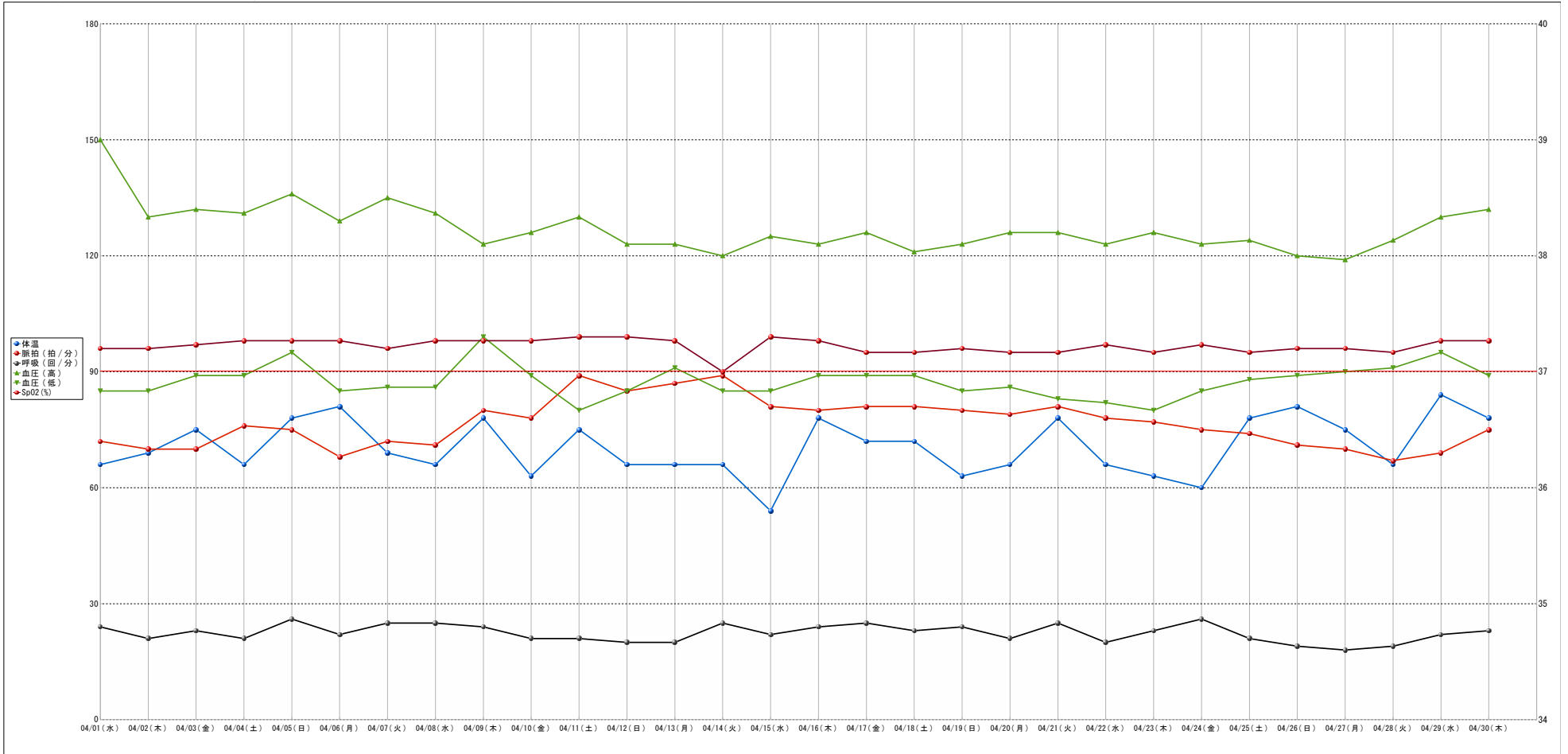
介護老人保健施設 ●苑

年齡 80 歲



介護老人保健施設 ●苑

介護老人保健施設 ●苑



	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	24	21	21	20	20	25	22	24	25	23	24	21	25	20	23	26	21	19	18	19	22	23	
血圧(mmHg)	150 / 85	130 / 85	132 / 89	131 / 89	136 / 95	129 / 85	135 / 86	131 / 86	123 / 99	126 / 89	130 / 80	123 / 85	123 / 91	120 / 85	125 / 85	123 / 89	126 / 89	121 / 89	123 / 85	126 / 86	126 / 83	123 / 82	126 / 80	123 / 85	124 / 88	120 / 89	119 / 90	124 / 91	130 / 95	132 / 89	/
SpO2 (%)	96	96	97	98	98	98	96	98	98	98	99	99	98	90	99	98	95	95	96	95	95	97	95	97	95	96	96	95	98	98	
身長(cm)			165														165.1														
体重(kg)			55														54.5														
水分摂取(ml)	2300	2400	2400	2400	2400	2300	2400	2400	2300	2400	2400	2300	2400	2400	2300	2400	2300	2400	2300	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400
排尿(量)	1500	1300	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1300	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500
排尿(回数)	7	6	7	8	7	6	7	7	8	6	7	7	8	6	7	8	6	7	8	6	7	7	8	7	7	8	7	8	7	7	7
排便(量)	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通
排便(回数)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
排便状態	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	軟便	軟便	軟便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	硬便	軟便	軟便
食事摂取量	110	110	110	9	10	10	8	9	8	8	8	9	8	9	9	8	9	9	9	9	8	8		9	10	10	9	10	10	10	
睡眠																															
食事摂取記号	◎	◎	◎	○	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	○	◎	◎	◎	
夕食																															

月別医療費控除一覧

* 田 一 * 様 住所 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X ー 5 4

医療費控除対象金額 92,868 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	22,478 円	15,478 円
令和2年2月	21,478 円	15,478 円
令和2年3月	21,978 円	15,478 円
令和2年4月	21,978 円	15,478 円
令和2年5月	21,978 円	15,478 円
令和2年6月	21,978 円	15,478 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	131,868 円	92,868 円

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

令和2年7月22日

利用者氏名： * 石 二 *

測定日： 令和3年4月1日

生年月日： 昭和26年6月13日 男 69 歳

測定者： * 玉 あや *

要介護度： 要介護2

バーセルインデックス (Barthel Index：機能的評価)

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

合計得点（ 75 / 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：通所リハ
対象年月：令和2年4月
出力対象：サービス予定実績

年 区	年齢 分	事業 対象者	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	左記以外	合計
～ 59	男										
	女										
	計										
60 ～ 64	男										
	女										
	計										
65 ～ 69	男										
	女										
	計										
70 ～ 74	男										
	女										
	計										
75 ～ 79	男										
	女										
	計										
80 ～ 84	男		9(1)	5(1)	5(1)			26(3)			45(6)
	女					18(2)		4(1)			22(3)
	計		9(1)	5(1)	5(1)	18(2)		30(4)			67(9)
85 ～ 89	男										
	女				8(1)						8(1)
	計				8(1)						8(1)
90 ～ 94	男										
	女										
	計										
95 ～ 99	男										
	女										
	計										
100 ～	男										
	女										
	計										
合 計	男		9(1)	5(1)	5(1)			26(3)			45(6)
	女				8(1)	18(2)		4(1)			30(4)
	計		9(1)	5(1)	13(2)	18(2)		30(4)			75(10)

平均介護度： 2.28 男性： 2.29 女性： 2.25

平均年齢： 80.7 男性： 80.2 女性： 81.5

- 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

介護老人保健施設 ●苑

印刷日：令和2年5月22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	2	5	3	3		2	2	2	5	3	3		2	2	2	5	3	3		2	2	2	5	3	3		2	2	2	5		75
地域																																
日向市向江町		1							1							1							1						1		5	
鹿児島市東開町×××番地	2	2	2	2		2		2	2	2	2		2		2	2	2	2		2		2	2	2	2		2		2	2		44
未設定(振分不可)		2	1	1			2		2	1	1			2		2	1	1			2		2	1	1			2		2		26
状況区分																																
家庭	2	4	3	2		1	2	2	4	3	2		1	2	2	4	3	2		1	2	2	4	3	2		1	2	2	4		62
その他医療機関		1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		13
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																																0
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		1				1			1				1			1				1			1				1			1		9
要支援 2	1							1							1							1							1			5
要介護 1		1	1				1		1	1				1		1	1				1		1	1				1		1		13
要介護 2		2		1			1		2		1			1		2		1			1		2		1			1		2		18
要介護 3																																0
要介護 4	1	1	2	2		1		1	1	2	2		1		1	1	2	2		1		1	1	2	2		1		1	1		30
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	10 人	内 訳	男 性	6 人	延利用者数	75 人
			女 性	4 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	0 人	6 人	0 人	0 人	0 人	0 人	6 人
女 性	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	3 人	1 人	0 人	0 人	0 人	4 人
計	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	9 人	1 人	0 人	0 人	0 人	10 人

(3)利用回数

区 分	週 1回	週 2回	週 3回	週 4回～	計
男 性	3 人	2 人	1 人	0 人	6 人
女 性	2 人	1 人	1 人	0 人	4 人
計	5 人	3 人	2 人	0 人	10 人

(4)継続期間

区 分	～ 1 月	1 月 ～ 3 月	3 月 ～ 6 月	6 月 ～ 1 年	1 年 ～ 2 年	2 年 ～ 3 年	3 年 ～ 4 年	4 年 ～ 5 年	5 年 ～	不明 (利用登録なし)	計
男 性	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	2 人	0 人	0 人	4 人	0 人	6 人
女 性	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	0 人	3 人	0 人	4 人
計	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	3 人	0 人	0 人	7 人	0 人	10 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	0 人	1 人	ランク I	0 人	0 人	0 人
要支援2	1 人	0 人	1 人	〃 II a	0 人	0 人	0 人
要介護1	1 人	1 人	2 人	〃 II b	0 人	0 人	0 人
要介護2	0 人	2 人	2 人	〃 III a	0 人	0 人	0 人
要介護3	0 人	0 人	0 人	〃 III b	0 人	0 人	0 人
要介護4	3 人	1 人	4 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	6 人	4 人	10 人
計	6 人	4 人	10 人	計	6 人	4 人	10 人

レセプト統計関係

様式第一

介護給付費請求書

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

保 險 者 (462010)

鹿児島市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	7
請求事業所	名称	介護老人保健施設 ●苑								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5								
		鹿児島県 X X 市 X X 町 X X X X 番地								
	連絡先	099-XXX-XXXX								

保険請求

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

公費請求

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

様式第一

介護給付費請求書

年

月分

令和2年5月請求分合計

保 險 者 (462010)

鹿児島市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	7
請求事業所	名称	介護老人保健施設 ●苑								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5								
		鹿児島県 X X 市 X X 町 X X X X 番地								
	連絡先	099-XXX-XXXX								

保険請求

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

公費請求

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

サービス提供年月：令和2年4月分

様式第一

介護給付費請求書

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

保 險 者

(別記) 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	7
請求 事業所	名称		介護老人保健施設 ●苑							
	所在地		〒 8 9 1 - 0 1 1 5 鹿児島県 X X 市 X X 町 X X X X 番地							
	連絡先		099-XXX-XXXX							

保険請求

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

公費請求

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

(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	4600000123										請求事業者	事業所番号	469999997									
	(フリガナ)	*リダイチ*											事業所名称	介護老人保健施設 ●苑									
	氏名	*田 一*											所在地	〒891-0115 鹿児島県XX市XX町XXXX番地									
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 性別 ①. 男 2. 女 14年06月24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		469999996						事業所名称		訪問看護 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					
	通所リハⅠ264		163729			1081		13		14053													
	通所リハ入浴介助加算		165301			50		13		650													
	通所リハマネジメント加算Ⅰ		165601			330		1		330													
	通所リハサービス提供体制加算Ⅰ2		166101			12		13		156													
	通所リハ処遇改善加算Ⅲ		166103			289		1		289													
給付費明細欄 (住居地特例対象者)	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		16 通所リハビリ															給付率 (/100) 保険 90 公費					
	③サービス実日数		13 日																				
	④計画単位数		15033																				
	⑤限度額管理対象単位数		15033																				
	⑥限度額管理対象外単位数		445																				
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥		15478																				
	⑧公費分単位数																						
	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		139302			▲		円/単位		▲			円/単位		▲			円/単位			139302		
	⑪利用者負担額		15478																		15478		
	⑫公費請求額																						
	⑬公費分本人負担																						
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		▲ %			受領すべき利用者負担の総額(円)				軽減額(円)				軽減後利用者負担額(円)				備考				
																		枚中		枚目			

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

公費負担者番号										令和 0 2 年 0 4 月 分															
公費受給者番号										保険者番号 4 6 2 0 1 0															
被保険者	被保険者番号	4	6	0	0	0	0	0	1	2	3	請求事業者	事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	7			
	(フリガナ)	*リダ イロ*											介護老人保健施設 ●苑												
	氏名	*田 一*																							
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 性別 ①. 男 2. 女											〒 8 9 1 - 0 1 1 5 鹿児島県 X X 市 X X 町 X X X 番地												
	要介護状態区分	要介護1・2・3・④・5																							
認定有効期間	令和 0 2 年 0 1 月 0 1 日 から										連絡先 電話番号 099-XXX-XXXX														
	令和 0 2 年 1 2 月 3 1 日 まで																								
居宅サービス計画		① 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																							
		事業所番号 4 6 9 9 9 9 9 9 9 6										事業所名称 訪問看護 み●●													
開始年月日												中止年月日													
中止理由		1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																							
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数		回数		サービス単位数				公費分回数		公費対象単位数				摘要				
	通所リハⅠ264		1 6 3 7 2 9				1 0 8 1		1 3		1 4 0 5 3														
	通所リハ入浴介助加算		1 6 5 3 0 1				5 0		1 3		6 5 0														
	通所リハマネジメント加算Ⅰ		1 6 5 6 0 1				3 3 0		1		3 3 0														
	通所リハサービス提供体制加算Ⅰ2		1 6 6 1 0 1				1 2		1 3		1 5 6														
	通所リハ処遇改善加算Ⅲ		1 6 6 1 0 3				2 8 9		1		2 8 9														
給付費明細欄 (住所等特例対象者)	サービス内容		サービスコード				単位数		回数		サービス単位数				公費分回数		公費対象単位数				施設所在 保険者番号		摘要		
請求額集計欄	①サービス種類コード /②名称		1 6		通所リハビリ																				
	③サービス実日数		1 3		日				日				日				日								
	④計画単位数																								
	⑤限度額管理対象単位数		1 5 0 3 3																						
	⑥限度額管理対象外単位数				4 4 5																給付率 (/100)				
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥		1 5 4 7 8																		保険				
	⑧公費分単位数																				公費				
	⑨単位数単価		1 0 0 0		円/単位		▲		円/単位		▲		円/単位		▲		円/単位		▲		合計				
	⑩保険請求額																								
	⑪利用者負担額		1 5 4 7 8																		1 5 4 7 8				
	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	

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: R02/05/22

サービス種類	介護度	サービスコード	サービス内容名称	合成単位	延回数(日数)	合計単位	合計金額	人数
通所リハビリテーション	要介護1	163726	通所リハⅠ261	670	8	5,360	53,600	1
通所リハビリテーション	要介護1	163946	通所リハⅠ271	716	5	3,580	35,800	1
通所リハビリテーション	要介護1	165301	通所リハ入浴介助加算		13	650	6,500	2
通所リハビリテーション	要介護1	165601	通所リハマネジメント加算Ⅰ		2	660	6,600	2
通所リハビリテーション	要介護1	166101	通所リハサービス提供体制加算Ⅰ2		13	156	1,560	2
通所リハビリテーション	要介護1	166103	通所リハ処遇改善加算Ⅲ		1	118	1,180	1
通所リハビリテーション	要介護1	166104	通所リハ処遇改善加算Ⅳ		1	72	720	1
通所リハビリテーション	要介護2	162152	通所リハⅡ132	515	5	2,575	25,750	1
通所リハビリテーション	要介護2	163727	通所リハⅠ262	801	13	10,413	104,130	1
通所リハビリテーション	要介護2	165301	通所リハ入浴介助加算		18	900	9,000	2
通所リハビリテーション	要介護2	165601	通所リハマネジメント加算Ⅰ		2	660	6,600	2
通所リハビリテーション	要介護2	166101	通所リハサービス提供体制加算Ⅰ2		18	216	2,160	2
通所リハビリテーション	要介護2	166103	通所リハ処遇改善加算Ⅲ		2	280	2,800	2
通所リハビリテーション	要介護4	161199	通所リハⅠ154	935	4	3,740	37,400	1
通所リハビリテーション	要介護4	163729	通所リハⅠ264	1081	26	28,106	281,060	3
通所リハビリテーション	要介護4	165301	通所リハ入浴介助加算		30	1,500	15,000	4
通所リハビリテーション	要介護4	165601	通所リハマネジメント加算Ⅰ		4	1,320	13,200	4
通所リハビリテーション	要介護4	165611	通所リハ同一建物減算		8	-752	-7,520	2
通所リハビリテーション	要介護4	166101	通所リハサービス提供体制加算Ⅰ2		30	360	3,600	4
通所リハビリテーション	要介護4	166103	通所リハ処遇改善加算Ⅲ		2	491	4,910	2
通所リハビリテーション	要介護4	166107	通所リハ処遇改善加算Ⅰ		2	398	3,980	2
小計		16****	通所リハビリテーション	-	-	60,803	608,030	42
介護予防通所リハビリテーション	要支援2	661121	予防通所リハビリ12	3634	1	3,634	36,340	1
介護予防通所リハビリテーション	要支援2	665002	予防通所リハ運動器機能向上加算		1	225	2,250	1
介護予防通所リハビリテーション	要支援2	666102	予防通所リハサービス提供体制加算Ⅰ22		1	96	960	1
介護予防通所リハビリテーション	要支援2	666111	予防通所リハ処遇改善加算Ⅲ		1	75	750	1
小計		66****	介護予防通所リハビリテーション	-	-	4,030	40,300	4
居宅介護支援	要介護1	432111	居宅支援Ⅰ1	1057	1	1,057	10,570	1
居宅介護支援	要介護1	434003	居宅支援特定事業所加算Ⅱ		1	400	4,000	1
居宅介護支援	要介護2	432111	居宅支援Ⅰ1	1057	3	3,171	31,710	3
居宅介護支援	要介護2	434003	居宅支援特定事業所加算Ⅱ		2	800	8,000	2
居宅介護支援	要介護3	432211	居宅支援Ⅰ2	1373	5	6,865	68,650	5
居宅介護支援	要介護3	434002	居宅支援特定事業所加算Ⅰ		1	500	5,000	1
居宅介護支援	要介護3	434003	居宅支援特定事業所加算Ⅱ		5	2,000	20,000	5

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： R02/05/22

サービス種類	介護度	サービスコード	サービス内容名称	合成単位	延回数(日数)	合計単位	合計金額	人数
居宅介護支援	要介護 4	432211	居宅支援 I 2	1373	1	1,373	13,730	1
居宅介護支援	要介護 4	434003	居宅支援特定事業所加算 II		1	400	4,000	1
居宅介護支援	要介護 5	432211	居宅支援 I 2	1373	1	1,373	13,730	1
居宅介護支援	要介護 5	434003	居宅支援特定事業所加算 II		1	400	4,000	1
小計		43****	居宅介護支援	-	-	18,339	183,390	22
合計		-	-	-	-	83,172	831,720	68

サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ～ R02/04

作成日： R02/05/22

サービス種類	サービスコード	サービス内容名称	合成単位	延回数(日数)	合計単位	合計金額	人数
通所リハビリテーション	161199	通所リハⅠ 1 5 4	935	4	3,740	37,400	1
通所リハビリテーション	162152	通所リハⅡ 1 3 2	515	5	2,575	25,750	1
通所リハビリテーション	163726	通所リハⅠ 2 6 1	670	8	5,360	53,600	1
通所リハビリテーション	163727	通所リハⅠ 2 6 2	801	13	10,413	104,130	1
通所リハビリテーション	163729	通所リハⅠ 2 6 4	1081	26	28,106	281,060	3
通所リハビリテーション	163946	通所リハⅠ 2 7 1	716	5	3,580	35,800	1
通所リハビリテーション	165301	通所リハ入浴介助加算		61	3,050	30,500	8
通所リハビリテーション	165601	通所リハマネジメント加算Ⅰ		8	2,640	26,400	8
通所リハビリテーション	165611	通所リハ同一建物減算		8	-752	-7,520	2
通所リハビリテーション	166101	通所リハサービス提供体制加算Ⅰ 2		61	732	7,320	8
通所リハビリテーション	166103	通所リハ処遇改善加算Ⅲ		5	889	8,890	5
通所リハビリテーション	166104	通所リハ処遇改善加算Ⅳ		1	72	720	1
通所リハビリテーション	166107	通所リハ処遇改善加算Ⅰ		2	398	3,980	2
小計	16****	通所リハビリテーション	-	-	60,803	608,030	42
介護予防通所リハビリテーション	661121	予防通所リハビリ 1 2	3634	1	3,634	36,340	1
介護予防通所リハビリテーション	665002	予防通所リハ運動器機能向上加算		1	225	2,250	1
介護予防通所リハビリテーション	666102	予通リハサービス提供体制加算Ⅰ 2 2		1	96	960	1
介護予防通所リハビリテーション	666111	予防通所リハ処遇改善加算Ⅲ		1	75	750	1
小計	66****	介護予防通所リハビリテーション	-	-	4,030	40,300	4
居宅介護支援	432111	居宅支援Ⅰ 1	1057	4	4,228	42,280	4
居宅介護支援	432211	居宅支援Ⅰ 2	1373	7	9,611	96,110	7
居宅介護支援	434002	居宅支援特定事業所加算Ⅰ		1	500	5,000	1
居宅介護支援	434003	居宅支援特定事業所加算Ⅱ		10	4,000	40,000	10
小計	43****	居宅介護支援	-	-	18,339	183,390	22
合計	-	-	-	-	83,172	831,720	68

稼動額集計表

提供年月：令和2年4月

(全請求分)

介護老人保健施設 ●苑

印刷日：R2/12/14

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		
4612123456	* 巻 二 *	R2/4	66	36,270	0	0	0	0	0	4,030	0	2,500	0	42,800	
	合計	(件数計)	1	36,270	0	0	0	0	0	4,030	0	2,500	0	42,800	

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		
2899990001	* 石 サ *	R2/4	43	14,570	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14,570	
1212344444	* 塚 華 *	R2/4	16	56,736	0	0	0	0	0	6,304	0	3,500	0	66,540	
0155594218	* 川 花 *	R2/4	43	14,570	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14,570	
1211111111	* 向 二 *	R2/4	16	38,628	0	0	0	0	0	4,292	0	6,500	0	49,420	
	合計	(件数計)	4	124,504	0	0	0	0	0	10,596	0	10,000	0	145,100	

要介護 2				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
2899999992	* 川 明 *	R2/4	43	14,570	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14,570	
9900000004	* 雲 京 *	R2/4	16	105,912	0	0	0	0	0	11,768	0	6,500	0	124,180	
9900000030	* 谷 良 *	R2/4	16	29,484	0	0	0	0	0	3,276	0	8,500	0	41,260	
9900000030	* 谷 良 *	R2/4	43	14,570	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14,570	
0012000000	* 国 良 *	R2/4	43	10,570	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10,570	
	合計	(件数計)	5	175,106	0	0	0	0	0	15,044	0	15,000	0	205,150	

要介護 3				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
4600000001	* 治 一 *	R2/4	43	22,730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22,730	
4699996666	* 下 大 *	R2/4	43	17,730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,730	
4600000828	* 牟田 良 *	R2/4	43	17,730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,730	
0000121121	* 崎 スナ *	R2/4	43	17,730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,730	
0100101277	* 戸 京 *	R2/4	43	17,730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,730	
	合計	(件数計)	5	93,650	0	0	0	0	0	0	0	0	0	93,650	

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	16	33,016	8,254	0	0	0	0	8,254	0	2,000	0	51,524	
0024939400	* 石 京 *	R2/4	43	17,730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,730	
0000025566	* 石 二 *	R2/4	16	48,132	0	0	0	0	0	5,348	0	0	0	53,480	
4600123456	* 豆 一 *	R2/4	16	97,371	0	0	0	0	0	10,819	0	4,500	0	112,690	
2800000003	* 路 三 *	R2/4	16	42,651	0	0	0	0	0	4,739	0	2,000	0	49,390	
4600000123	* 田 一 *	R2/4	16	139,302	0	0	0	0	0	15,478	0	6,120	0	160,900	

稼動額集計表

提供年月：令和2年4月 (全請求分) 介護老人保健施設 ●苑 印刷日：R2/12/14

	合計	(件数計)	6	378,202	8,254	0	0	0	0	44,638	0	14,620	0	445,714	
--	----	-------	---	---------	-------	---	---	---	---	--------	---	--------	---	---------	--

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		
4633333328	*子三*	R2/4	43	17,730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,730	
	合計	(件数計)	1	17,730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,730	

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		
	石サ	R2/4	16	0	0	0	0	0	0	0	0	3,000	0	3,000	
	日市二	R2/4	16	0	0	0	0	0	0	0	0	13,000	0	13,000	
	原三	R2/4	66	0	0	0	0	0	0	0	19,940	4,500	0	24,440	
	路良	R2/4	66	0	0	0	0	0	0	0	0	2,000	0	2,000	
	合計	(件数計)	4	0	0	0	0	0	0	0	19,940	22,500	0	42,440	

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	825,462	8,254	0	0	0	0	74,308	19,940	64,620	0	992,584	
	総合計		26	825,462	8,254	0	0	0	0	74,308	19,940	64,620	0	992,584	

介護給付費請求額一覧

請求年月：令和02年05月

介護老人保健施設 ●苑

印刷日：R02/05/22

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
43	居宅介護支援									
	11	18,339	183,390	0	0	0	0	0	0	0
16	通所リハビリテーション									
	8	60,803	543,100	0	64,930	0	0	0	0	0
66	介護予防通所リハビリテーション									
	1	4,030	36,270	0	4,030	0	0	0	0	0
事業所計										
	20	83,172	762,760	0	68,960	0	0	0	0	0
全体計										
	20	83,172	762,760	0	68,960	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：16

区分	件数	日数	費用額	保険負担額	公費負担額	本人負担額
011007 ●●市						
支援事業所	1		10,570	10,570	0	0
計	1		10,570	10,570	0	0
011023 ●●市						
支援事業所	1		17,730	17,730	0	0
居宅系	1	4	41,270	33,016	0	8,254
計	2	4	59,000	50,746	0	8,254
141309 ●●市						
支援事業所	1		14,570	14,570	0	0
計	1		14,570	14,570	0	0
462010 ●●市						
支援事業所	5		93,650	93,650	0	0
居宅系	6	52	534,000	480,600	0	53,400
計	11	52	627,650	574,250	0	53,400
462036 ●●市						
支援事業所	3		46,870	46,870	0	0
居宅系	1	5	32,760	29,484	0	3,276
計	4	5	79,630	76,354	0	3,276
合計						
支援事業所	11		183,390	183,390	0	0
居宅系	8	61	608,030	543,100	0	64,930
計	19	61	791,420	726,490	0	64,930

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： 通所リハビリテーション

印刷日： R02/05/22

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	(基本) 理学療法士等体制加算 リハ提供体制加算 中山間地域等提供加算	入浴介助加算 マネジメント加算 短期集中個別リハ加算 認知症短期集中リハ	生活行為向上リハ 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 重度療養管理加算 中重度者ケア体制加算 同一建物・送迎減算	社会参加支援加算 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 1										
* 塚 華 *	5,360	400	0	0	0	保険	56,736	6,304	0	0
1212344444	0	330	0	0	96	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	118	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	6,304	特定治療・療養	0	0	0	0
* 向 二 *	3,580	250	0	0	0	保険	38,628	4,292	0	0
1211111111	0	330	0	0	60	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	72	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	4,292	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 1 小計	8,940	650	0	0	0	保険	95,364	10,596	0	0
(2 人)	0	660	0	0	156	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	190	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	10,596	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 2										
* 雲 京 *	10,413	650	0	0	0	保険	105,912	11,768	0	0
9900000004	0	330	0	0	156	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	219	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	11,768	特定治療・療養	0	0	0	0
* 谷 良 *	2,575	250	0	0	0	保険	29,484	3,276	0	0
9900000030	0	330	0	0	60	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	61	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	3,276	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 2 小計	12,988	900	0	0	0	保険	135,396	15,044	0	0
(2 人)	0	660	0	0	216	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	280	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	15,044	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 4										
* 石 京 *	3,740	200	0	0	0	保険	33,016	8,254	0	0
1234 0024939400	0	330	0	0	48	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	185	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	-376	4,127	特定治療・療養	0	0	0	0

サービス集計一覧

提供年月： 令和02年04月 ～ 令和02年04月

サービス種類名： 通所リハビリテーション

印刷日： R02/05/22

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	(基本) 理学療法士等体制加算 リハ提供体制加算 中山間地域等提供加算	入浴介助加算 マネジメント加算 短期集中個別リハ加算 認知症短期集中リハ	生活行為向上リハ 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 重度療養管理加算 中重度者ケア体制加算 同一建物・送迎減算	社会参加支援加算 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
* 豆 ー *	9,729	450	0	0	0	保険	97,371	10,819	0	0
1022	0	330	0	0	108	食費	0	0	0	0
4600123456	0	0	0	0	202	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	10,819	特定治療・療養	0	0	0	0
* 路 三 *	4,324	200	0	0	0	保険	42,651	4,739	0	0
1012	0	330	0	0	48	食費	0	0	0	0
2800000003	0	0	0	0	213	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	-376	4,739	特定治療・療養	0	0	0	0
* 田 ー *	14,053	650	0	0	0	保険	139,302	15,478	0	0
1018	0	330	0	0	156	食費	0	0	0	0
4600000123	0	0	0	0	289	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	15,478	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護4 小計	31,846	1,500	0	0	0	保険	312,340	39,290	0	0
	0	1,320	0	0	360	食費	0	0	0	0
(4人)	0	0	0	0	889	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	-752	35,163	特定治療・療養	0	0	0	0

総合計 (8人)	53,774	3,050	0	0	0	保険	543,100	64,930	0	0
	0	2,640	0	0	732	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	1,359	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	-752	60,803	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	介護老人保健施設 ●苑 1号車	介護老人保健施設 ●苑 1号車	介護老人保健施設 ●苑 2号車	介護老人保健施設 ●苑 2号車	介護老人保健施設 ●苑 3号車	介護老人保健施設 ●苑 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)	
介護老人保健施設 ●苑 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												
介護老人保健施設 ●苑 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)	
介護老人保健施設 ●苑 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）		
						朝食		
午前	8:00	迎え	デイケアスタッフ	デイケア（送迎）				
		バイタルチェック	デイケアスタッフ					
		10:00	リハビリ	デイケアスタッフ				
午後	12:00							
		送り	デイケアスタッフ	デイケア（送迎）		昼食準備（長男嫁支援）		
						昼食		
		14:00	昼寝					昼寝
夜間	16:00	入浴介助				入浴		
						夕食準備（長男嫁支援）		
						夕食		
		18:00						
深夜	20:00							
						就眠		
深夜	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 * 田 一 * 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 * 玉 あや *

[illegible]

サービス担当者会議の要点

作成年月日 令和02年04月30日

利用者名 * 国 良 * 殿

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 * 玉 あや *

開催日 令和02年04月30日

開催場所 利用者宅

開催時間 09:00～11:00

開催回数 3

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
	介護老人保健施設 ●苑	* 田 修 *	介護老人保健施設 ●苑	* 山 良 *	介護老人保健施設 ●苑	* 玉 あ *
	介護老人保健施設 ●苑	* 田山 京 *				
検討した項目	初回通所リハ利用に伴って（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、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、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通所リハ・・・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)						

[* 豆 ー *

様]

サービス計画書

作成日 [令和2年04月01日] 作成者 [介護老人保健施設 ●苑
* 知 小 *

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他
体調がよくなり、自宅での生活を続けたい	身体状況が安定し在宅療養が継続できる	R2/4/1 ～ R3/3/31	病状の悪化防止ができる	R2/4/1 ～ R2/9/30	通所リハビリ利用時のバイタル経過観察 緊急必要時の対応	1回/W	バイタル経過観察	
腰痛や下肢の痛み痺れがあり転倒しないように歩行や立ち上がりができるようになりたい	腰痛や下肢の痺れが軽くなり歩行が安定する	R2/4/1 ～ R3/3/31	症状の悪化防止維持 向上ができる	R2/4/1 ～ R2/9/30	通所リハビリでの個別集団リハビリ パワーリハビリをし、維持向上に努める。 送迎時の安全確認	1回/W	個別集団リハビリ パワーリハビリ	
（子供達）父の介護で疲れる事が多いので、リハビリを兼ねて通所サービスなど利用し気分転換もしてほしい	気分転換ができる	R2/4/1 ～ R3/3/31	他者との交流会話の機会を作る	R2/4/1 ～ R2/9/30	通所リハビリ利用時の他者との交流やスタッフの声かけ傾聴	1回/W	グループでの会話などで自発性を促す。	

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

[* 豆 - *

様]

サービス計画書

作成日 [令和2年04月01日]

介護老人保健施設 ●苑
* 知 小 *

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他	評価
体調がよくなり、 自宅での生活を続けたい	身体状況が安定し 在宅療養が継続できる	R2/4/1 ～ R3/3/31	病状の悪化防止ができる	R2/4/1 ～ R2/9/30	通所リハビリ利用時のバイタル経過観察緊急必要時の対応	1回/W	バイタル経過観察		
腰痛や下肢の痛み 痺れがあり転倒しないように歩行や立ち上がりができるようにになりたい	腰痛や下肢の痺れが軽くなり歩行が安定する	R2/4/1 ～ R3/3/31	症状の悪化防止維持向上ができる	R2/4/1 ～ R2/9/30	通所リハビリでの個別集団リハビリ パワーリハビリをし、維持向上に努める 送迎時の安全確認	1回/W	個別集団リハビリ パワーリハビリ		
（子供達）父の介護で疲れる事が多いので、リハビリを兼ねて通所サービスなど利用し気分転換もしてほしい	気分転換ができる	R2/4/1 ～ R3/3/31	他者との交流会話の機会を作る	R2/4/1 ～ R2/9/30	通所リハビリ利用時の他者との交流やスタッフの声かけ傾聴	1回/W	グループでの会話などで自発性を促す。		

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

[* 豆 - *

様]

サービス評価表

作成日 [令和2年04月01日]

介護老人保健施設 ●苑
* 知 小 *

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他	評価
体調がよくなり、自宅での生活を続けたい	身体状況が安定し在宅療養が継続できる	R2/4/1 ~ R3/3/31	病状の悪化防止ができる	R2/4/1 ~ R2/9/30	通所リハビリ利用時のバイタル経過観察緊急必要時の対応	1回/W	バイタル経過観察		○
腰痛や下肢の痛み痺れがあり転倒しないように歩行や立ち上がりができるようになりたい	腰痛や下肢の痺れが軽くなり歩行が安定する	R2/4/1 ~ R3/3/31	症状の悪化防止維持向上ができる	R2/4/1 ~ R2/9/30	通所リハビリでの個別集団リハビリ パワーリハビリをし、維持向上に努める送迎時の安全確認	1回/W	個別集団リハビリ パワーリハビリ		パワーリハビリについては、本人の状態により、見送り
（子供達）父の介護で疲れる事が多いので、リハビリを兼ねて通所サービスなど利用し気分転換もしてほしい	気分転換ができる	R2/4/1 ~ R3/3/31	他者との交流会話の機会を作る	R2/4/1 ~ R2/9/30	通所リハビリ利用時の他者との交流やスタッフの声かけ傾聴	1回/W	グループでの会話などで自発性を促す。		○

予防サービス計画書

介護老人保健施設 ●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 脊柱管狭窄症と両膝 関節炎の痛みがあり 、治療中。円背あり コルセットを装着し ている。（通院はタ クシーを利用。室内 はつかまり歩き。室 外はシルバーカーを 使用。座位の時間が 長く臀部の感じだが 完治しない。過去 に住宅改造・改修し たが、最近足の持ち 上がりが悪く玄関の 框が上がれないため 手すりレンタル中。 浴槽内から立ち上が りが困難で浴槽台使 用。身障手帳3級保 持。）	（本人）浴槽内に 椅子を入れてやっ と立ち上がれるよ うになった。 玄関のてすり（ベ ストポジションパ ー）を借りて登れ るようになった。	■有 □無 腰・膝の変形による 痛みと歩行する機会 が少なくなり、下肢 筋力低下が進行して いる。足を鍛えたり 、歩行の機会を増や して歩行が安定し、 歩行距離が伸びる事 が必要である。	1. 腰痛、膝痛 が原因で歩く 距離が短くな り、活動性が 低下している 。体調管理を しながら体力 にあった活動 を続け、筋力 の維持・向上 を図る事がで きる。	1（目標） 手すりなどで安全 性を確保して歩行 する機会を増やす 。 （具体策） ①リハビリにより 下肢筋力を強化す る ②自宅でも下肢筋 力向上の運動や近 所を散歩する。 ③栄養価の高い食 べ物を摂り、体重 も今の50kgを維持 する。 ④浴槽内には、浴 槽台を購入、転倒 の危険があるところ に手すりをレン タル	（本人） 暑い時期や寒い時 期は、出来なかつ たが、気候が良く なればまた家の前 の道路を歩いて足 を鍛えたいと思っ ている。最近は、 タクシーや友人の 車に頼っていて殆 んど歩かない。コ ープまでは、仏壇 の花を買いに行き たい。	1. 雨天以外の 日は、家の前 の道路を5分 散歩する。	毎日少しずつでも 運動や散歩をする ことが筋力低下に ならないことを説 明し負担のない範 囲で続ける。	R2/4/1 ～ R2/6 /30	（1）定期的な身体 機能のチェック（血 圧測定や体重測定な ど） （2）毎月1回体重測 定を実施、関係機関 に報告する。 （3）歩行機能向上 訓練や自宅のできる 下肢筋力向上のため の体操の実施 （4）臀部の観察、 座位の時の工夫や体 位変換の声掛けを行 う。 （5）食事摂取状況 の把握	
日常生活（家庭生活 ）について 排泄やシャワー浴は 、自立。歩行バラン スが悪いので、掃除 機かけはできない。 洗濯はする。調理は 、惣菜や簡単なもの を作って食べる。買 い物は友人の支援が あり、小さなものは 自分で買う。金銭管 理は、娘がおろして	（本人）娘は身体 が弱くて頼めない し、掃除機かけが できなくて困って いる。	■有 □無 長時間の立位が困難 で、歩行の不安定さ もあり、家事活動に 支障をきたしている 。予防ヘルプにて出 来ない動作の支援が 必要である。口腔の チェックリスト2/3	2. 腰痛、体重 管理や口腔機 能向上に努め 健康に過ごす ようにする。	2（目標） 腰痛や体重管理、 口腔ケアに注意し て自宅での生活が 健康に過ごせる。 （具体策） ①定期的な通院リ ハビリにより腰や 足の痛みが軽減す る。 ②口腔機能向上の 訓練をする。 ③体重測定を月1	（本人） 以前よりむせるこ とは少なくなった が、まだあります 。体重もノロウィ ルスにかかって減 りました。今の所 は49kgに減りまし た。	2. 口の中のケ アや働きを良 くする体操を 続けましよう 。	自分でできる口腔 ケアなどをして飲 み込む機能が低下 しないようにする 事が大切です。	R2/4/1 ～ R2/6 /30	食事前の口腔体操を 実施。唾液の分泌を 促し、嚥下機能の低 下を予防する。	

[* 原 三 *

様]

予防サービス計画書

介護老人保健施設 ●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
きたものを使う。近くの娘は、身体が弱く掃除まではしてもらえない。腰痛の為、足のつめきりはデイケアで介助。				回して体重管理に努める。 ④通所サービスや近隣の方との交流促進により不安を解消する。						
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	友達と交流するのが楽しみです。最近耳が特に遠いので、置くタイプの補聴器を購入して人の声が聞こえるのでよかった	■有 □無 他者との交流もできているが、物忘れの自覚もあり積極的に外出や他者との交流をして脳に刺激を与えることで物忘れの進行予防になるので今後も近隣の方との交流や通所サービスでの交流促進する。								
社会的で話好きである。友人も多く、週3回午後より手芸をして楽しんでいる。難聴あるが、対面での会話はできる。物忘れで水の出っぱなし等があったが、現在は身近にタイマーを置き少ない。難聴があり、最近簡単なタイプの補聴器を使えるようになった。										

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

介護老人保健施設 ●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 脊柱管狭窄症と両膝関節炎の痛みがあり、治療中。円背ありコルセットを装着している。（通院はタクシーを利用。室内はつかまり歩き。室外はシルバーカーを使用。座位の時間が長く臀部の感じだが完治しない。過去に住宅改造・改修したが、最近足の持ち上がりが悪く玄関の框が上がれないため手すりレンタル中。浴槽内から立ち上がりが困難で浴槽台使用。身障手帳3級保持。）	（本人）浴槽内に椅子を入れてやっ と立ち上がれるようになった。 玄関のてすり（ベストポジションバー）を借りて登れるようになった。	■有 □無 腰・膝の変形による痛みと歩行する機会が少なくなり、下肢筋力低下が進行している。足を鍛えたり、歩行の機会を増やして歩行が安定し、歩行距離が伸びる事が必要である。	1. 腰痛、膝痛が原因で歩く距離が短くなり、活動性が低下している。体調管理をしながら体力にあった活動を続け、筋力の維持・向上を図る事ができる。	1（目標） 手すりなどで安全性を確保して歩行する機会を増やす。 （具体策） ①リハビリにより下肢筋力を強化する ②自宅でも下肢筋力向上の運動や近所を散歩する。 ③栄養価の高い食べ物を摂り、体重も今の50kgを維持する。 ④浴槽内には、浴槽台を購入、転倒の危険があるところに手すりをレンタル	（本人） 暑い時期や寒い時期は、出来なかったが、気候が良くなればまた家の前の道路を歩いて足を鍛えたいと思っている。最近は、タクシーや友人の車に頼っていて殆んど歩かない。コープまでは、仏壇の花を買いに行きたい。	1. 雨天以外の日は、家の前の道路を5分散歩する。	毎日少しずつでも運動や散歩をすることが筋力低下にならないことを説明し負担のない範囲で続ける。	R2/4/1 ～ R2/6/30	（1）定期的な身体機能のチェック（血圧測定や体重測定など） （2）毎月1回体重測定を実施、関係機関に報告する。 （3）歩行機能向上訓練や自宅のできる下肢筋力向上のための体操の実施 （4）臀部の観察、座位の時の工夫や体位変換の声掛けを行う。 （5）食事摂取状況の把握	バイタルは安定しています。食事は全量摂取。今月の体重は50.0kgでした。 家の前の散歩は暑さや用事であまり出来ていないようです。起立や着座の際にふんばりがきかず膝折れしてしまう事があり、その後の立ち上がりが大変な時があるようで、下肢屈伸時の支持性アップ目的で今月初めからPTによるバー内でのスクワット実施されています。今後も無理の無い範囲で運動を継続できる様体調観察し、運動の状況と痛みの状況の聴取と運動の指導を行っていきます。
日常生活（家庭生活）について 排泄やシャワー浴は、自立。歩行バランスが悪いので、掃除機かけはできない。洗濯はする。調理は、惣菜や簡単なものを作って食べる。買い物は友人の支援があり、小さなものは自分で買う。金銭管理は、娘がおろして	（本人）娘は身体が弱くて頼めないし、掃除機かけができなくて困っている。	■有 □無 長時間の立位が困難で、歩行の不安定さもあり、家事活動に支障をきたしている。予防ヘルプにて出来ない動作の支援が必要である。口腔のチェックリスト2/3	2. 腰痛、体重管理や口腔機能向上に努め健康に過ごすようにする。	2（目標） 腰痛や体重管理、口腔ケアに注意して自宅での生活が健康に過ごせる。 （具体策） ①定期的な通院リハビリにより腰や足の痛みが軽減する。 ②口腔機能向上の訓練をする。 ③体重測定を月1	（本人） 以前よりむせることは少なくなったが、まだあります。体重もノロウィルスにかかって減りました。今の所は49kgに減りました。	2. 口の中のケアや動きを良くする体操を続けましょう。		R2/4/1 ～ R2/6/30	他者との交流や脳を刺激するレク活動に参加して不安感の除去。	周囲の会話が聞き取り困難ですが、その都度職員が側にいきゆっくり話しの内容を伝えたり、他利用者からの助けもあり交流

予防サービス評価表

介護老人保健施設 ●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
きたものを使う。近くの娘は、身体が弱く掃除まではしてもらえない。腰痛の為、足のつめきりはデイケアで介助。				回して体重管理に努める。 ④通所サービスや近隣の方との交流促進により不安を解消する。						は良好です。脳トレやレクリエーションは楽しんで参加されています。今後も現在の生活が維持していけるよう支援を継続していきます。
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	友達と交流するのが楽しみです。最近耳が特に遠いので、置くタイプの補聴器を購入して人の声が聞こえるのでよかった	■有 □無 他者との交流もできているが、物忘れの自覚もあり積極的に外出や他者との交流をして脳に刺激を与えることで物忘れの進行予防になるので今後も近隣の方との交流や通所サービスでの交流促進する。					自分でできる口腔ケアなどをして飲み込む機能が低下しないようにする事が大切です。	R2/4/1 ～ R2/6 /30	食事前の口腔体操を実施。唾液の分泌を促し、嚥下機能の低下を予防する。	昼食前に大きな声でパタカラ体操を行っています。嚥下困難なく全量摂取されています。今後も口腔体操を実施し、嚥下機能の低下を予防し、摂取状態の確認もしていきます。
社会的で話好きである。友人も多く、週3回午後より手芸をして楽しんでいる。難聴あるが、対面での会話はできる。物忘れで水の出しっぱなし等があったが、現在は身近にタイマーを置き少ない。難聴があり、最近簡単なタイプの補聴器を使えるようになった。										

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。

原 三

様

介護老人保健施設 ●苑

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

※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

* 石 進 * 様 介護老人保健施設 ● 苑

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

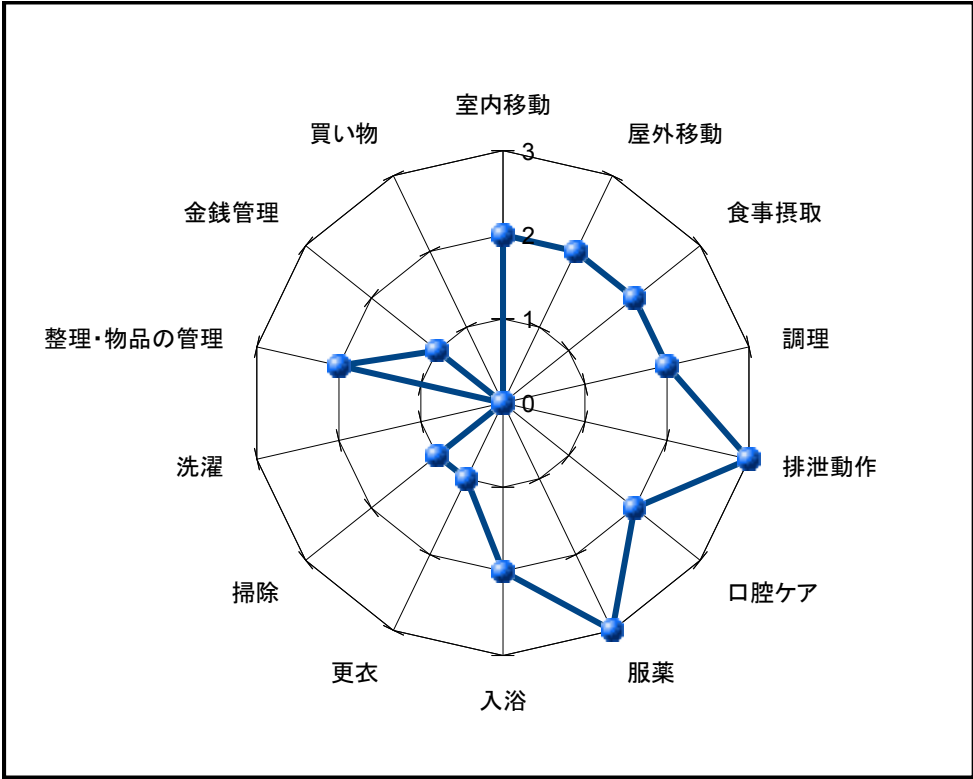
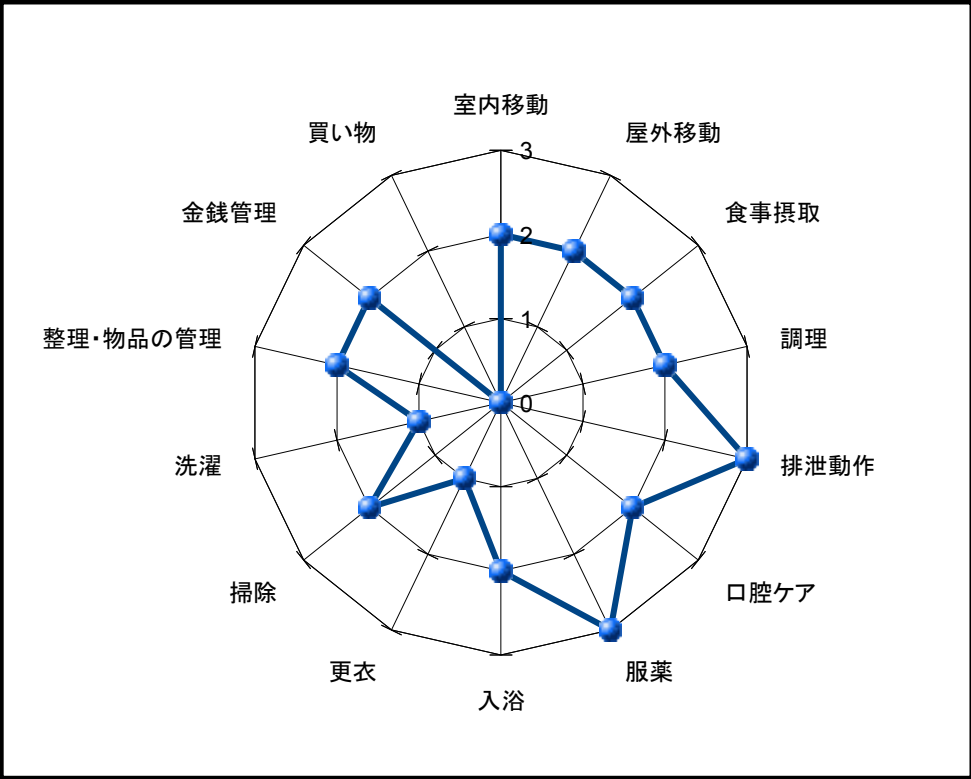
※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

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：＊知 小＊

印刷日：令和2年5月15日

No	利用者番号	利用者名	介護状態	認定期限	アセスメント	適用開始日	1表	2表	3表	プラン 同意日	4表	モニタリング	モニタリング	モニタリング
1		＊岡 良＊	要介護4	R02.10.31	R02/4/1 GL	R02/04/01	○	○	○	R02/04/01	R02/04/01			
2	1011	＊賀 三＊	要介護4	R02.12.31	R02/4/2 GL	R02/04/01	○	○	○	R02/03/28	R02/04/02	R02/05/02		
3		＊日部 京＊	要介護2	R02.12.31	R02/3/25 GL	R02/04/01	○	○	○	R02/03/29	R02/03/25			
4		＊島 京＊	要介護4	R03.03.31	R02/4/1 GL	R02/04/01	○	○	○	R02/03/28	R02/04/01			
5		＊島 二＊	要介護5	R02.12.31	R02/3/26 GL	R02/04/01	○	○	○	R02/03/30	R02/03/26			
6		＊蘇 一＊	要介護5	R02.12.31	R02/4/1 GL	R02/04/01	○	○	○	R02/03/31	R02/04/01			
7	1021	＊原 三＊	要支援1	R02.10.31	R02/4/1 GL	R02/04/01	○	○	○	R02/03/28	R02/04/01			

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)

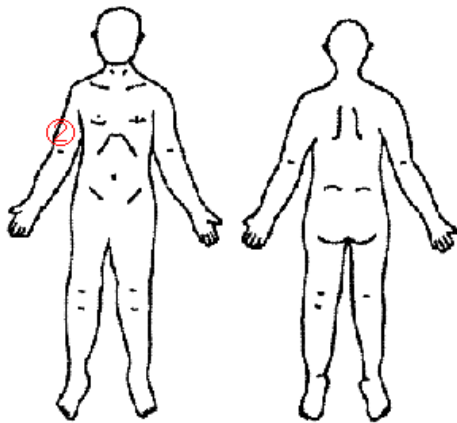
氏名 *石 京*	昭和14年06月16日生 (80 歳)	評価者名
実施プログラム	右腕のマッサージ、背筋の筋力向上	*玉 あや*

ニーズ

右腕の痛みを和らげたい。腰痛あり

痛みの評価

痛みの部位



痛みの既往歴

拘縮 令和元年 4月頃から病状あり
腰痛 令和元年 6月頃から病状あり

痛みの質的評価 (S&S、P1・P2、T1・T2・T3)

S&S : 物を持つと腕が痛む。

T 1 : 30分

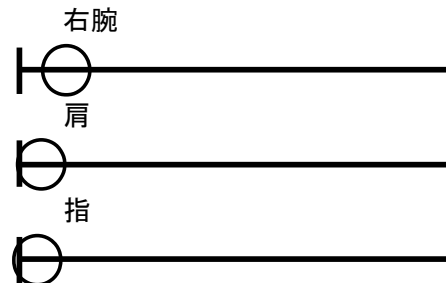
T 2 : 10分

T 3 : 10分

身体アライメント

不定期な腕の痛み

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 :

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 下 (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 器 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 ・ 一部介助	・ 見 守 り ・ 全介助	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 ・ 一部介助	・ 見 守 り ・ 全介助			有 ・ 無
	掃除	・ 自立 ・ 一部介助	・ 見 守 り ・ 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			有 ・ 無
	座位	・ 自立 ・ 一部介助	・ 見 守 り ・ 全介助			有 ・ 無
	立ち上がり	・ 自立 ・ 一部 介助	・ 見守り ・ 全介助			有 ・ 無
	立位	・ 自立 ・ 一部介助	・ 見 守 り ・ 全介助			有 ・ 無

個別機能訓練活動チャート(ADL)

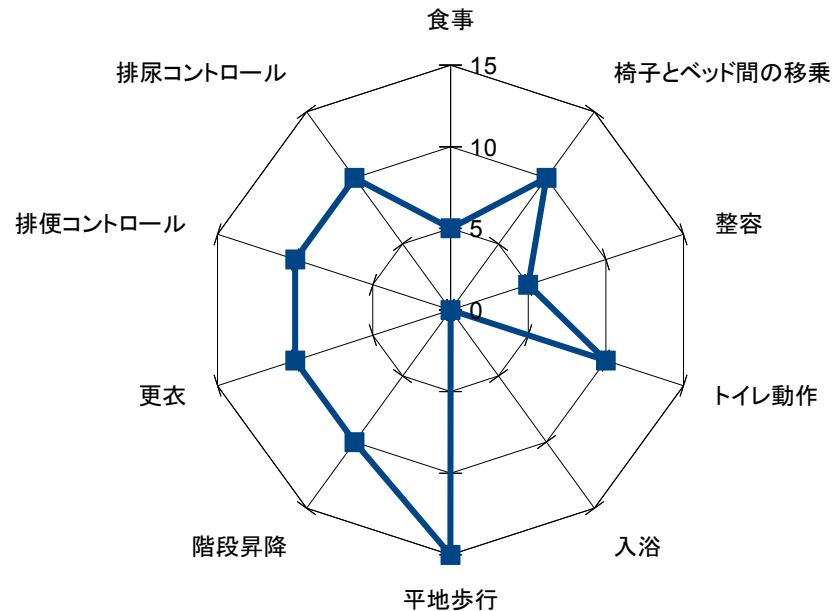
氏名: * 石 京 *

年齢: 81 歳

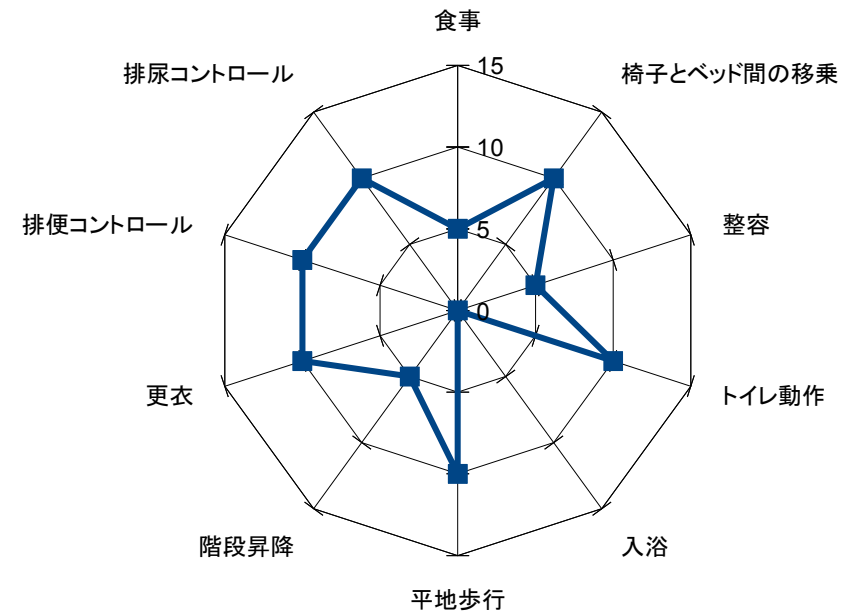
性別: (男 ・ 女)

■ 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)

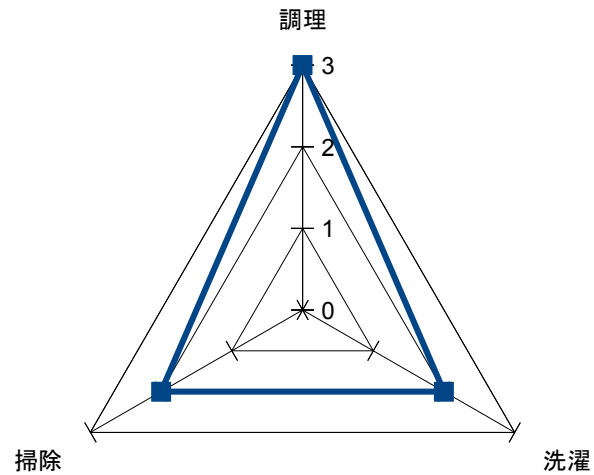
氏名: * 石 京 *

年齢: 81 歳

性別: (男 ・ 女)

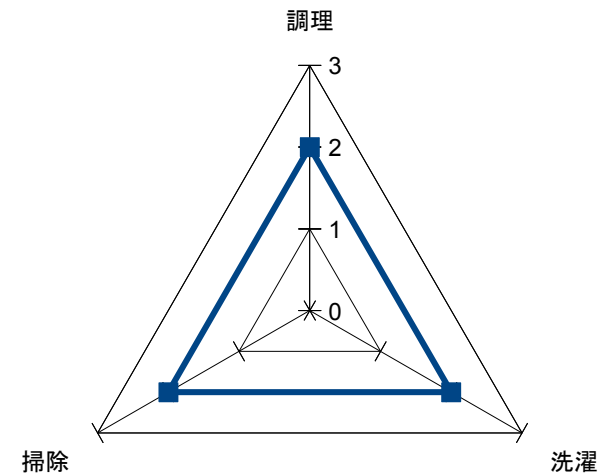
■今回 評価日: R03/4/15、記録日: R03/4/15

■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)

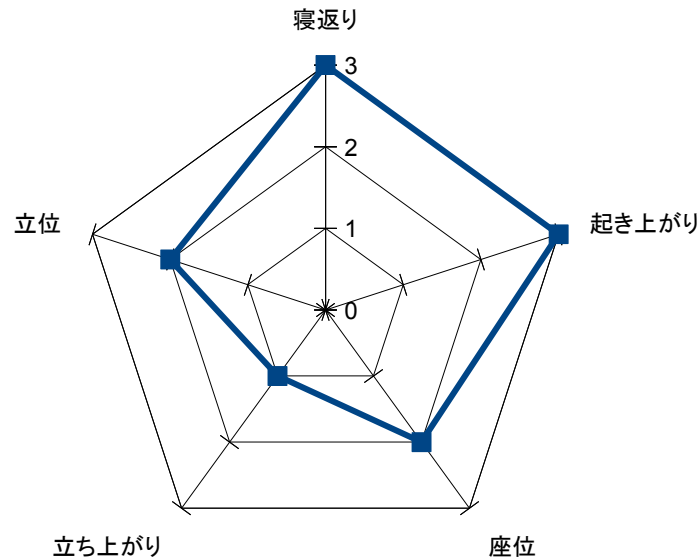
氏名: * 石 京 *

年齢: 81 歳

性別: (男 ・ 女)

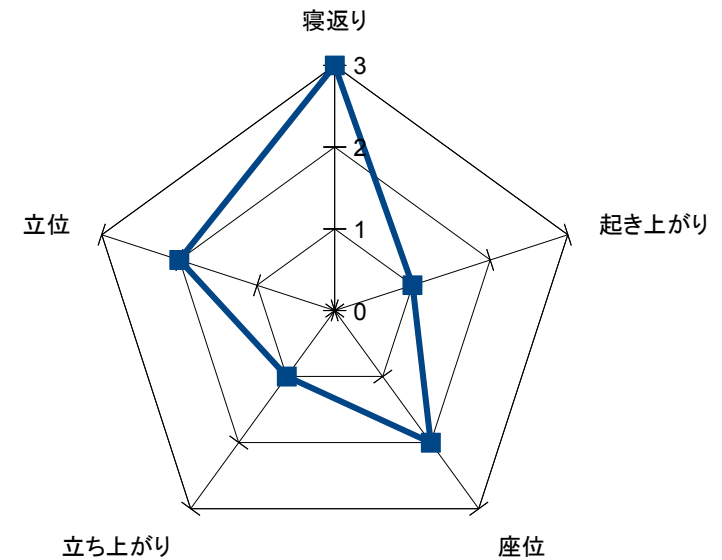
■今回 評価日: R03/4/15、記録日: R03/4/15

■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に実施されていた。
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. 469999997 住所 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地 電話番号 099-XXX-XXXX	説明日： 令和3年4月1日 説明者： *玉 あや*

個人機能訓練機能状態

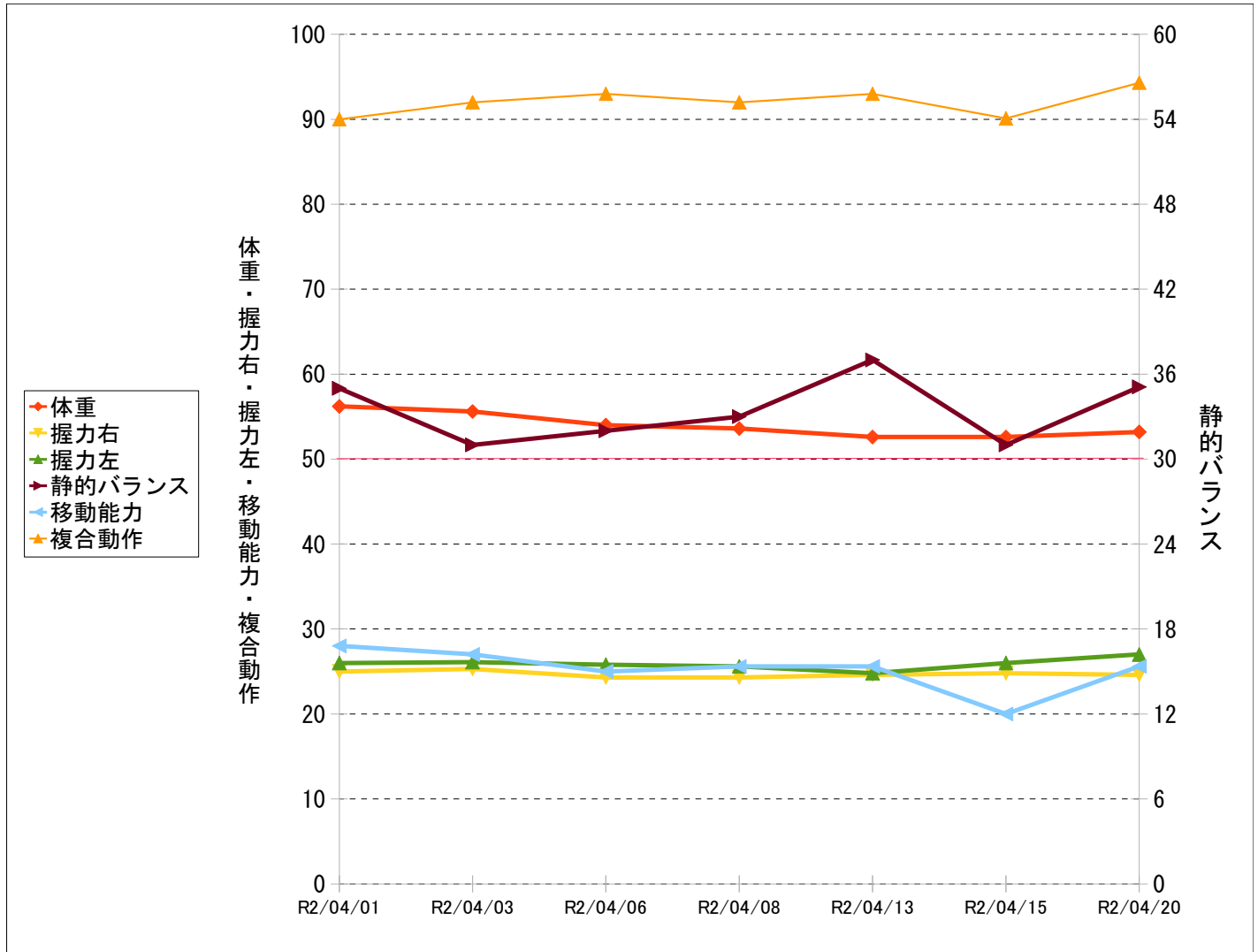
介護老人保健施設 ●苑

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	35.0	31.0	32.0	33.0	37.0	31.0	35.1
移動能力	28.0	27.0	25.0	25.6	25.6	20.0	25.6
複合動作	90.0	92.0	93.0	92.0	93.0	90.1	94.3

体力測定結果

* 石 京 *

様

81 歳

介護区分

要介護 4

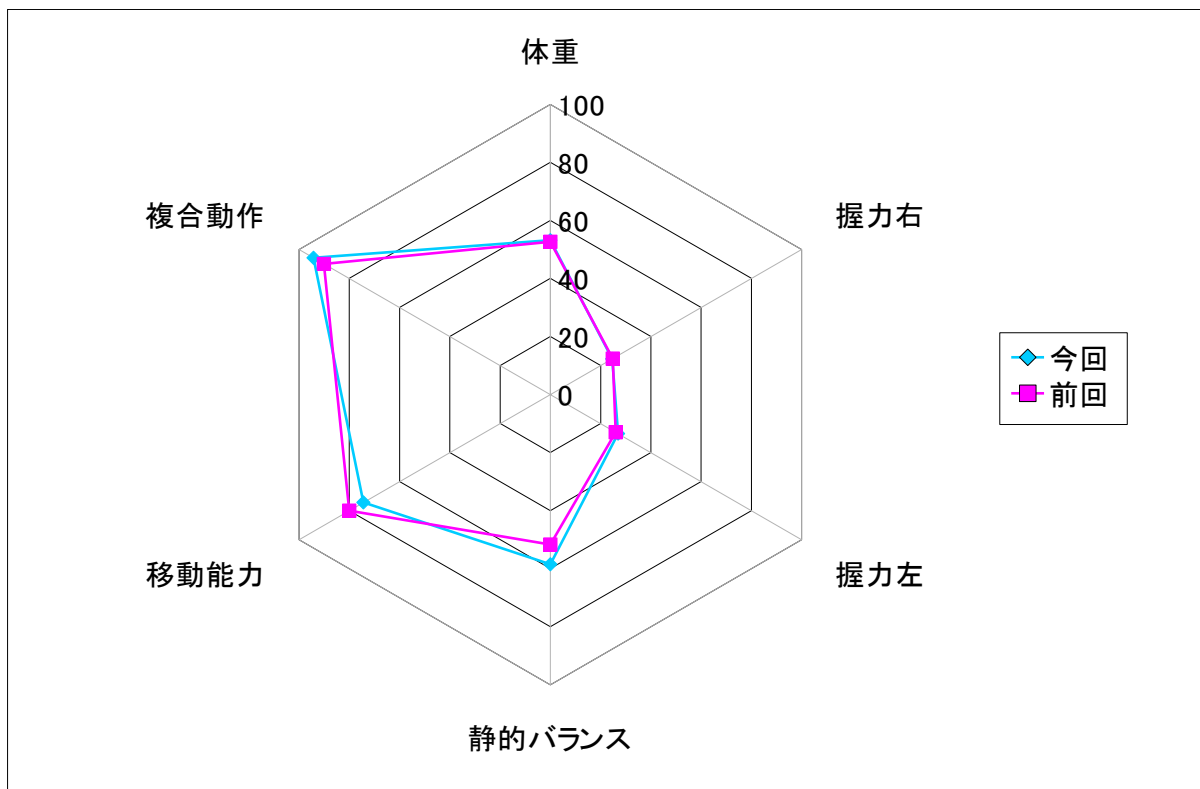
今回の体力測定の結果は以下のとおりでした。

測定項目	今回 令和2年4月20日	前回 令和2年4月15日
体重	53.20 Kg	52.60 Kg
握力右	24.6 Kg	24.8 Kg
握力左	27.0 Kg	26.0 Kg
静的バランス	35.1 秒	31 秒
移動能力	25.6 秒	20 秒
複合動作	94.3 秒	90.1 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 1018

〒 891-0115

* 田 一 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X ー 5 4

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

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

介護老人保健施設 ● 苑

管理者：* 松 吉 *

Tel：099-XXX-XXXX

請求書

請求書番号 207

居宅介護支援事業所

居宅介護支援 ●●ケアセンター東風

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
15,478	15,478					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 15,478	②	③ 6,500	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

請求金額	21,978 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	15,478 円	
前月までの未収額	135,990 円	
合計請求額	157,968 円	

保 険 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
通所リハ I 2 6 4	1,081	13	昼食代	500	13		6,500
通所リハ入浴介助加算	50	13					
通所リハマネジメント加算 I	330	1					
通所リハサービス提供体制加算 I 2	12	13					
通所リハ処遇改善加算Ⅲ	289	1					

※備考

利用者番号 1018

〒 891-0115

* 田 一 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X ー 5 4

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 田 一 * 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

介護老人保健施設 ●苑

管理者：* 松 吉 *

Tel：099-XXX-XXXX

領収書

請求書番号 207

居宅介護支援事業所

居宅介護支援 ●●ケアセンター東風

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
15,478	15,478					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 15,478	②	③ 6,500	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

領収金額	21,978 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	15,478 円	
前月までの未収額	135,990 円	
合計請求額	157,968 円	

保 險 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
通所リハ I 2 6 4	1,081	13	昼食代	500	13		6,500
通所リハ入浴介助加算	50	13					
通所リハマネジメント加算 I	330	1					
通所リハサービス提供体制加算 I 2	12	13					
通所リハ処遇改善加算Ⅲ	289	1					

※備考

利用者番号 1018

〒 891-0115

* 田 一 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - 5 4

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 田 一 * 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

介護老人保健施設 ● 苑

管理者 : * 松 吉 *

Tel : 099-XXX-XXXX

請求書 (控)

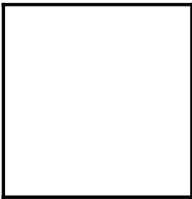
請求書番号 207

居宅介護支援事業所

居宅介護支援 ●●ケアセンター東風

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
15,478	15,478					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 15,478	②	③ 6,500	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

請求金額	21,978 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	15,478 円



保 險 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
通所リハ I 2 6 4	1,081	13	昼食代	500	13		6,500
通所リハ入浴介助加算	50	13					
通所リハマネジメント加算 I	330	1					
通所リハサービス提供体制加算 I 2	12	13					
通所リハ処遇改善加算 III	289	1					

※備考

利用者番号 1018

〒 891-0115

* 田 一 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X ー 5 4

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 田 一 * 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

介護老人保健施設 ● 苑

管理者：* 松 吉 *

Tel：099-XXX-XXXX

領収書（控）

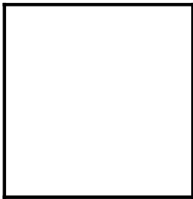
請求書番号 207

居宅介護支援事業所

居宅介護支援 ●●ケアセンター東風

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
15,478	15,478					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 15,478	②	③ 6,500	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

領収金額	21,978 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	15,478 円



保 險 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
通所リハ I 2 6 4	1,081	13	昼食代	500	13		6,500
通所リハ入浴介助加算	50	13					
通所リハマネジメント加算 I	330	1					
通所リハサービス提供体制加算 I 2	12	13					
通所リハ処遇改善加算Ⅲ	289	1					

※備考

[illegible]

■様式B A4

領収書

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X X Xー5 4

利用者番号1018

*田 一*様氏名

*田 一*様

領収金額 21,978 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	15,478	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	15,478	保険分金額合計	
保険外金額②		保険分利用者負担④	
減免金額③			
その他費用合計	6,500	医療費控除 対象金額	15,478 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
通所リハⅠ264	1,081	13		
通所リハ入浴介助加算	50	13		
通所リハマネジメント加算Ⅰ	330	1		
通所リハサービス提供体制加算Ⅰ2	12	13		
通所リハ処遇改善加算Ⅲ	289	1		
昼食代	500	13		6,500

*・・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 207

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

居宅介護支援事業所
居宅介護支援 ●●ケアセンター東風

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ー5 4

利用者番号1018

*田 一*様氏名

*田 一*様

領収金額 21,978 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	15,478	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	15,478	保険分金額合計	
保険外金額②		保険分利用者負担④	
減免金額③			
その他費用合計	6,500	医療費控除 対象金額	15,478 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
通所リハⅠ264	1,081	13		
通所リハ入浴介助加算	50	13		
通所リハマネジメント加算Ⅰ	330	1		
通所リハサービス提供体制加算Ⅰ2	12	13		
通所リハ処遇改善加算Ⅲ	289	1		
昼食代	500	13		6,500

*・・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 207

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

居宅介護支援事業所
居宅介護支援 ●●ケアセンター東風

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

●●ケアセンター東風

利用者番号 1018
 ＊田 一＊ 様
 入金日 令和2年5月11日

請求書番号 207

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		

請求金額	特定点数※1
21,978	
(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。

医療費控除 対象金額	減免金額
¥15,478	

[illegible][illegible]

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

居宅介護支援事業所

居宅介護支援 ●●ケアセンター東風

■様式 E A5

請求書

利用者番号 1018
* 田 一 * 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 - 5 4
* 田 一 * 様

請 求 金 額	
21, 978	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	
①の合計	
前月までの未収額	135,990
合計請求額	157,968

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	15, 478	15, 478
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	6, 500	
		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]		
通所リハビリ[ご利用期間:1日～30日]	計:	15, 478			
通所リハⅠ 2 6 4	13 ×	1, 081			
通所リハ入浴介助加算	13 ×	50			
通所リハマネジメント加算Ⅰ	1 ×	330			
通所リハサービス提供体制加算Ⅰ 2	13 ×	12			
通所リハ処遇改善加算Ⅲ	1 ×	289			
その他費用 通所リハビリ[ご利用期間:1日～30日]	計:	6, 500			
屋食代	13 ×	500			

■様式 E A5

領収書

利用者番号 1018
* 田 一 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - 5 4

領収印

請求日 令和2年5月11日	
請求金額	
21,978	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	
①の合計	
前月までの未収額	135,990
合計請求額	157,968

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	15,478	15,478
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	6,500	
		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]		
通所リハビリ[ご利用期間:1日~30日]			計: 15,478		
通所リハⅠ 2 6 4	13	×	1,081		
通所リハ入浴介助加算	13	×	50		
通所リハマネジメント加算Ⅰ	1	×	330		
通所リハサービス提供体制加算Ⅰ 2	13	×	12		
通所リハ処遇改善加算Ⅲ	1	×	289		
その他費用 通所リハビリ[ご利用期間:1日~30日]	計:		6,500		
屋食代	13	×	500		

■様式 E A5

請求書（控）

利用者番号 1018
* 田 一 * 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 - 5 4
* 田 一 * 様

請 求 金 額
21, 978
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領 収 金 額
21, 978

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	15, 478	15, 478
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	6, 500	
		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]
通所リハビリ[ご利用期間:1日～30日] 計: 15, 478	
通所リハⅠ 2 6 4 13 × 1, 081	
通所リハ入浴介助加算 13 × 50	
通所リハマネジメント加算Ⅰ 1 × 330	
通所リハサービス提供体制加算Ⅰ 2 13 × 12	
通所リハ処遇改善加算Ⅲ 1 × 289	
その他費用 通所リハビリ[ご利用期間:1日～30日] 計: 6, 500	
昼食代 13 × 500	

■様式 E A5

領収書（控）

利用者番号 1018
* 田 一 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - 5 4

入金日 令和2年5月11日

* 田 一 * 様

請 求 金 額
21, 978
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領 収 金 額
21, 978

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	15, 478	15, 478
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	6, 500	
		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
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]		
通所リハビリ[ご利用期間:1日~30日]	計:	15, 478
通所リハⅠ 2 6 4	13 ×	1, 081
通所リハ入浴介助加算	13 ×	50
通所リハマネジメント加算Ⅰ	1 ×	330
通所リハサービス提供体制加算Ⅰ 2	13 ×	12
通所リハ処遇改善加算Ⅲ	1 ×	289
その他費用 通所リハビリ[ご利用期間:1日~30日]	計:	6, 500
昼食代	13 ×	500

[請求明細]	

■様式 F A5

請求書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町XXXー5 4

利用者番号 1018

氏 名 * 田 一 * 様

請求金額 21,978 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	15,478	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	15,478	保険分金額合計	
保険外金額②		保険分利用者負担④	
減免金額③			

その他費用合計	6,500	医療費控除 対象金額	15,478 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
通所リハⅠ264	1,081	13		
通所リハ入浴介助加算	50	13		
通所リハマネジメント加算Ⅰ	330	1		
通所リハサービス提供体制加算Ⅰ2	12	13		
通所リハ処遇改善加算Ⅲ	289	1		
昼食代	500	13		6,500

※備考

前月までの未収額	135,990
合計請求額	157,968

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 207

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 ㉙

居宅介護支援事業所
居宅介護支援 ●●ケアセンター東風

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ー5 4

利用者番号 1018

* 田 一 * 様 氏 名 * 田 一 * 様

領収金額 21,978 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	15,478
保険内金額①	15,478
保険外金額②	
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	6,500
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	15,478 円
---------------	----------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
通所リハⅠ 2 6 4	1,081	13		
通所リハ入浴介助加算	50	13		
通所リハマネジメント加算Ⅰ	330	1		
通所リハサービス提供体制加算Ⅰ 2	12	13		
通所リハ処遇改善加算Ⅲ	289	1		
昼食代	500	13		6,500

※備考

前月までの未収額	135,990
合計請求額	157,968

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 207

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 ㉙

居宅介護支援事業所
居宅介護支援 ●●ケアセンター東風

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

請求書（控）

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X Xー 5 4

利用者番号 1018

氏 名 * 田 一 * 様

請求金額 21,978 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	15,478
保険内金額①	15,478
保険外金額②	
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	6,500
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	15,478 円
---------------	----------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
通所リハⅠ 2 6 4	1,081	13		
通所リハ入浴介助加算	50	13		
通所リハマネジメント加算Ⅰ	330	1		
通所リハサービス提供体制加算Ⅰ 2	12	13		
通所リハ処遇改善加算Ⅲ	289	1		
昼食代	500	13		6,500

※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 207

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 ㉙

居宅介護支援事業所
居宅介護支援 ●●ケアセンター東風

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ー 5 4

利用者番号 1018

* 田 一 * 様 氏 名 * 田 一 * 様

領収金額 21,978 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	15,478	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	15,478	保険分金額合計	
保険外金額②		保険分利用者負担④	
減免金額③			

その他費用合計	6,500	医療費控除 対象金額	
その他費用減免金額	0		15,478 円

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
通所リハ I 2 6 4	1,081	13		
通所リハ入浴介助加算	50	13		
通所リハマネジメント加算 I	330	1		
通所リハサービス提供体制加算 I 2	12	13		
通所リハ処遇改善加算Ⅲ	289	1		
昼食代	500	13		6,500

※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 207

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 ㉙

居宅介護支援事業所
居宅介護支援 ●●ケアセンター東風

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	* 田 一 *	様
令和2年度収入				
金 額		21, 598 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
納 入 場 所		介護老人保健施設 ●苑		
通所リハビリ 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	* 田 一 *	納
令和2年度収入				
金 額		21, 598 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
納付金の内容 通所リハビリ 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	* 田 一 *	納
令和2年度収入				
金 額		21, 598 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
収入金の内容 (納付金) 通所リハビリ 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

		施設長	事務長	主任	担当

介護老人保健施設 ●苑

令和2年4月2日(木)		天 気		晴れ		作成者		* 玉 あや *	
入所		10 名 (男性		8 名、女性		2 名)			
短期		1 名 (男性		1 名、女性		0 名)			
入院		0 名		外泊		0 名		通院	
		0 名				0 名		往診	
								0 名	
見学		0 名							
勤務者		8 人							
* 京 一 * (介護支援専門員)、* 玉 あや * (介護福祉士)、* 阪 太 * (介護福祉士)、* 取 史 * (介護福祉士)、* 媛 悟 * (介護福祉士)、* 阜 梅 * (介護福祉士)、* 分 * (介護福祉士)、* 知 小 * (理学療法士)									
行事									
通所利用者	終日	男性	5 名	女性	7 名	合計	12 名	欠席	1 名
	午前	男性	0 名	女性	0 名	合計	0 名	欠席	1 名
	午後	男性	0 名	女性	1 名	合計	1 名	欠席	0 名
	合計	男性	5 名	女性	8 名	合計	13 名	欠席	2 名
	送迎	迎え	3 名	送り	3 名				
* 雲 京 *、* 原 三 *、* 戸 長 *、* 向 二 *、* 石 サ *、* 石 京 *、* 石 二 *、* 谷 良 *、* 塚 華 *、* 豆 一 *、* 路 一 *、* 路 一 *、* 路 良 *									
要注意・観察者 * 駒 一 * (排便)、* 原 三 * (最高血圧)、* 石 二 * (呼吸、最高血圧、最低血圧)、* 川 二 * (排便)、* 谷 良 * (体温)、* 南 京 * (排便)、* 日市 二 * (排便)、* 利 二 * (排便)									
利用者		申し送り内容							
* 田 一 *		17:00 [リハビリの実施] 集団レクリエーション／リハビリ体操, 歩行訓練, 階段昇降訓練 プログラム変更 [リハビリの実施] 集団レクリエーション／リハビリ体操, 歩行訓練							
特記事項 本日より、* 田 一 * さんのプログラム変更									
外出		0 名							
要注意・観察者 (夜勤) * 駒 一 * (排便)、* 川 二 * (排便)、* 南 京 * (排便)、* 日市 二 * (排便)、* 利 二 * (排便)									

利用者	申し送り内容（夜勤）								
特記事項（夜勤）									
入所者数（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	0	1	5	2	1	9
女	0	0	0	1	1	0	0	0	2
計	0	0	0	1	2	5	2	1	11
当日入退所者									
当日入所者				当日退所者					
利用者名	要介護度	長・短	部屋	利用者名	要介護度	長・短	部屋		
入院外泊転室者									
入院外泊者				転室者					
利用者名	外出・外泊	期間・時間	利用者名	転室前→転室後					
往診通院者									
利用者名	医療機関名	診療科	利用者名	医療機関名	診療科				
その他									
項目	内容								

その他（夜勤）									
項目		内容							
入院		X X X 病院へ緊急入院							
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	1	0	1	0	0	3	0	0	5
女	1	1	2	2	0	1	1	0	8
計	2	1	3	2	0	4	1	0	13
欠	0	1	0	0	0	1	0	0	2
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	
* 巻 二 *		要支援 2			* 石 京 *		要介護 4		
* 田 一 *		要介護 4			* 谷 良 *		要介護 2		
入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		
短期入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		
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		
リハビリの実施		集団レクリエーション／リハビリ体操			1	0	1		
リハビリの実施		歩行訓練			1	0	1		
短期入所送迎人数 迎え 0 名 送り 0 名									
短期入所送迎利用者									
迎え									
送り									
入所送迎人数 迎え 0 名 送り 0 名									
入所送迎利用者									
迎え									
送り									

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	ケアセンター「み●●」	
ケアセンター「み●●」	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		
介護老人保健施設 ●苑	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		
ケアセンター「み●●」	ム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		
ケアセンター「み●●」			
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		
ケアセンター「み●●」	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		
ケアセンター「み●●」			
R02. 04. 10(金)	[主治医からの指示]		
13:21	医師からの指示		
ケアセンター「み●●」			
R02. 04. 15(水)	[保険・医療]		
13:20	家族からの定例訪問		
ケアセンター「み●●」			
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。		
ケアセンター「み●●」	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	介護老人保健施設 ●苑	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 通所リハ 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	リハ室		
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	介護老人保健施設 ●苑	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	0024939400
生年月日	昭和14年6月16日 (80 歳)	性別	男 ・ 女	要介護度	要介護 4
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4				
利用者の生活状況	通所リハ 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	リハ室		
事故の内容	転倒、打撲・捻挫・脱臼、異食・誤嚥、左手首の打撲		
発生時の状況	椅子から立ち上がる際に転倒し、手首を負傷		
事故発生時の対応・経過			
年月日	時刻	状況と対応	反応
R2/4/7	13:30	転倒による手首打撲、家族へ報告	物が掴めない
R2/4/7	13:40	病院まで同行	
R2/4/7	13:50	看護師へ状況説明、診察	手首の腫れあり
R2/4/7	14:00	診察完了、家族へ報告	骨に異常なし、痛みのみ
R2/4/7	14:12	担当ケアマネに報告	対応策について、調整
発生要因・原因と思われるもの	利用者、職員、何かに掴まらないと立ち上がれなくなっている。利用者状態の把握ミス		

4 事故発生後の対応

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

インシデントレポート

報告日 令和2年4月15日（水）

[illegible]

年月日	時刻	状況と対応	反応
発生要因・原因と思われるもの 利用者、職員、何かに掴まらない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。			職責

■事業所ラベル

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町××××番地

介護老人保健施設 ●苑 御中

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

介護老人保健施設 ●苑 御中

899-0121
鹿児島県出水市米ノ津町××××番地

ケアセンター「み●●」 御中

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町×××

東●●●地域包括支援センター 御中

899-01
鹿児島県鹿児島市鴨池新町××××番地

介護老人保健施設 ●苑 御中

890-0001
鹿児島県鹿児島市千年××××番地

居宅介護支援 ●●ケアセンター東風 御中

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

小規模多機能 い●● 御中

処方箋

利用者番号: 1024

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

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

会議名	訓練プログラム		司会者	* 知 小 *
			記録者	* 形 壮 *
作成日	令和03年04月01日			
開催日時	令和03年04月01日 10:00 ~ 12:00			
カンファレンス出席者	* 知 小 * (理学療法士)、* 城 九 * (作業療法士)、* 京 一 * (介護支援専門員)、* 看 医 * (医師)			
利用者 基本情報	氏名	* 牟田 良 * 様		
	介護度	要介護 3		

【各職種からのコメント】

1	理学療法士 リハビリ支援内容 ＜週2回個別訓練＞ ＜週1回屋外歩行訓練＞ ＜週2回個別訓練＞ ・ 訓練室での歩行訓練・訓練室での階段昇降訓練 (居室棟での歩行訓練にもつなげる。また、介助歩行が可能になるまでは十分に行う。)
	2 作業療法士 ＜週2回個別訓練＞ ・ トイレ内での排泄動作訓練 (トイレまでは歩行を行う。)

【特記事項】

短下肢装具完成までは病院備品貸与 ・ 疲労し易いので、少量頻回に実施する。
--

【利用継続】 ☒ 可 ☐ 否 検討

個別訓練の効果判断

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》

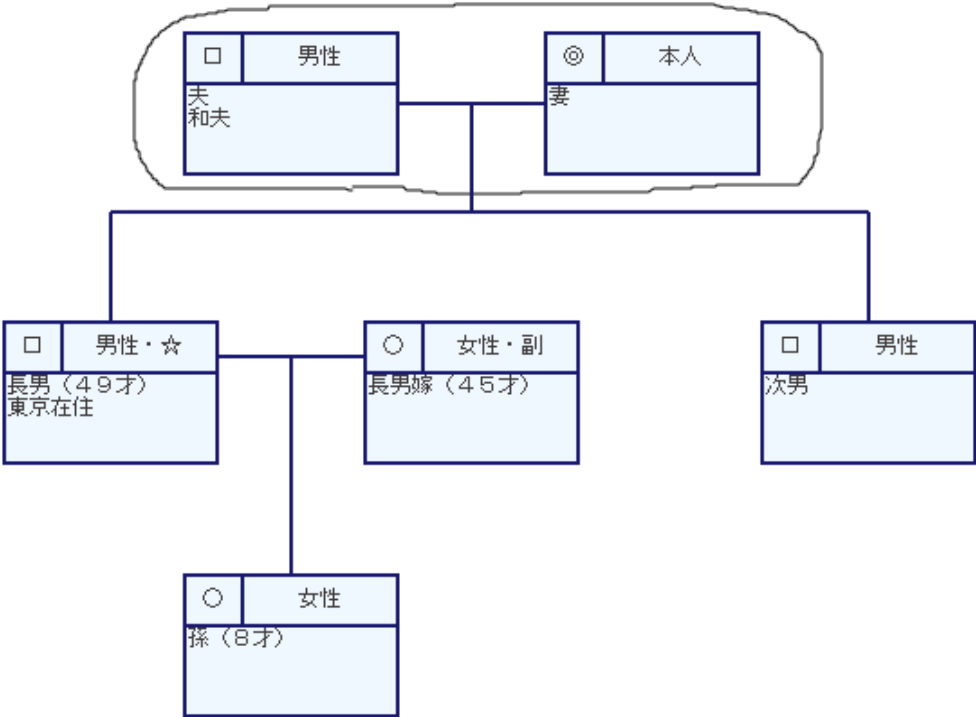
処方薬	薬剤名称	処方区分	剤形	用量	単位	朝	昼	夕	寝	随	用法
	アムロジン錠5mg	内服薬	錠剤	2	錠				○		就寝前

《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》

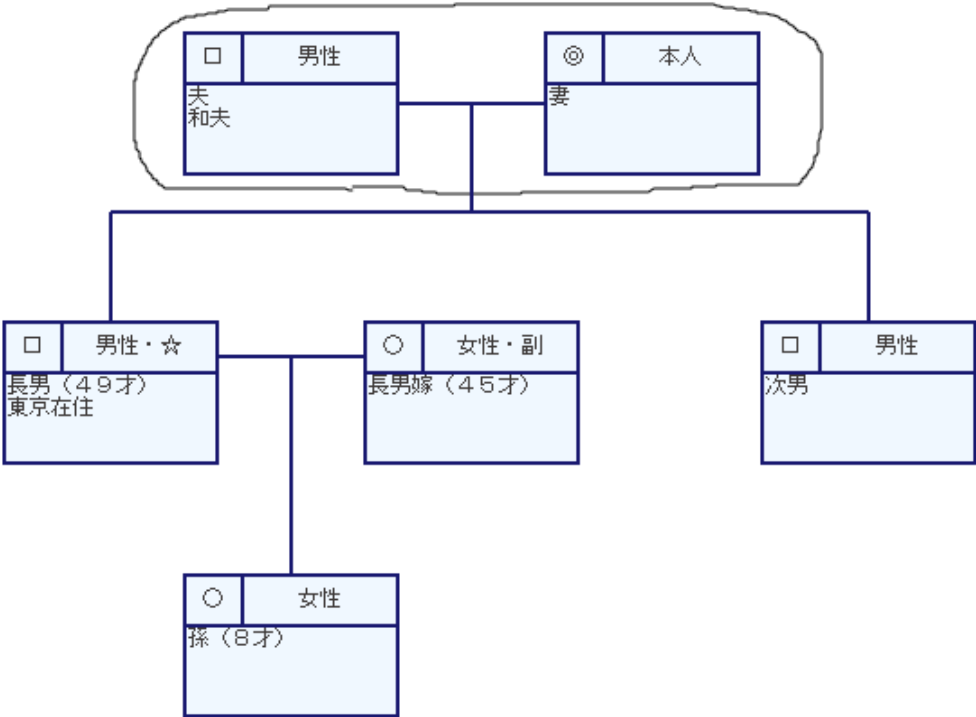
今までの生活	現在のお住まいに30年程生活されており、家業の農家を手伝いながらお子様を育てられた。専業主婦兼農家での生活をされいままで、亡くなられたご主人と結婚されるまでは、近くの会社で事務をされており実家も農家であった。県外での生活などの経験はなくずっと地元での生活であった。特に旅行されることもなかった様である。		
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	朝6時に起床。 菜園場で1時間ほど手入れ。 8時頃朝食。殆ど昨日の夕食の残り。 ディサービスがない日はお昼までTVを見る。 お昼は軽く食事。宅配サービスも利用。 昼食後は2時間程度お昼寝。 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	

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

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



《家族情報》

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

フリガナ	*ワケニ ヨシ*			性別	男・ ☒ 女	
氏 名	*国 良*					
生年月日	昭和14年07月29日		(81) 歳			
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1					
	TEL	099-XXX-XXXX	携帯	090-XXXX-XXXX		

介護保険	有効期間	被保険者番号	要介護度等	認定年月日
	R02/01/01 ~ R02/12/31	0012000000	要介護 2	

緊急時の連絡先	連絡先 1	氏 名	*国 芳*	続 柄	長男	
		住 所	〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地			
		電 話	099-26X-XXXX	携 帯	090-1XXX-2XXX	
		コメント				
	連絡先 2	氏 名	*国 ニ*	続 柄	次男	
		住 所	〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地			
		電 話	099-XXXX-XXXX	携 帯	090-XXXX-XXXX	
		コメント				

家族構成	フリガナ 氏 名	性別	続柄	電話番号	同居	職業
	ワケニ カズ	男	夫	099-XXX-XXXX	同居	農業
	国 和					
	**ワケニ ヨシ*					
	国 芳	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』
通所リハビリサービス 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月