

# 介護トータルシステム『寿』

介護老人福祉施設サービス



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。

## ■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  
認定調査票  
主治医意見書  
入所者一覧  
災害時要援護者台帳  
誕生者一覧  
入所（居）利用者別利用状況  
面会記録一覧表  
ベッド利用状況一覧表

## ■実績関係帳票■

---

サービス提供実績票  
サービス提供実績票／提供実績票作成状況一覧 ※短期  
未収金一覧表  
事業所別未収金一覧  
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  
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

## ■統計資料■

---

年齢別利用者数  
年齢別期間別利用者数  
利用期間別介護度別利用者数  
入所（居）状況別一覧表（入所状況／レセプトコード／統計コード）  
退所（居）状況別一覧表（入所状況／レセプトコード／統計コード）  
日計表（在所（居）／入所（居）／退所（居））  
利用終了者状況別流れ図表  
施設利用者の状況（在所／入退所／退所）

## ■レセプト統計関係■

---

介護給付費明細書(様式第三)／介護給付費明細書(様式第三の二)  
介護給付費明細書(様式第八)  
請求書(様式第一)  
サービス提供証明書(様式第三)／サービス提供証明書(様式第三の二)  
サービス提供証明書(様式第八)  
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／介護度別給付稼動額一覧  
介護給付費請求額一覧  
保険者別支援事業者別請求額一覧  
サービス集計一覧

## ■アセスメント■

---

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

## ■ 予定関係帳票 ■

---

---

配車予定一覧

## ■ サービス計画書 ■

---

---

施設サービス計画の同意書兼受領書  
施設サービス計画書（１）  
施設サービス計画書（２）  
週間サービス計画表（施設）  
日課計画表  
モニタリング評価表  
モニタリングシート  
施設支援経過記録  
サービス担当者会議の要点  
サービス担当者に対する照会（依頼）内容  
介護予防サービス支援計画書・評価表 ※短期  
介護サービス計画書・評価表 ※短期  
予防サービス計画書・評価表 ※短期  
サービス予定カレンダー ※短期  
課題整理総括表／ADLチャート  
ケアプラン作成状況  
褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書  
排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書  
自立支援促進に関する評価・支援計画書

## ■ 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（本人記載）

## ■ 個別機能訓練計画 ■

---

---

興味・関心チェックシート  
居宅訪問チェックシート  
個別機能訓練計画書  
個別機能訓練活動チャート（ADL）  
個別機能訓練活動チャート（IADL）  
個別機能訓練活動チャート（起居動作）  
個別機能訓練状態  
体力測定結果

## ■業務帳票■

---

掲示板  
利用料請求書（様式A～F）  
納入通知書／納入書／収入済通知書  
業務日誌  
訪問看護指示書  
相談記録(利用希望を含む)  
退所時連絡票（ご自宅に戻られるご利用者様へ）  
苦情記録  
ヒヤリ・ハット  
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）  
フェイスシート （運用例 パターン4）

利用者関係帳票

# 利用者台帳

利用者番号： 1032

印刷日： 令和02年05月02日

《基本情報》

フリガナ 本人氏名	*ツ サア* *津 三*	(男)・女	昭和14年08月31日 生 ( 81 ) 歳
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町X X X 番地		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》

	氏名	続柄	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所	コメント
緊急時の連絡先	*津 花*	妻	090-XXXX-XXXX				
	*津 吾*	長男	090-XXXX-XXXX				

《保険情報》

	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
介護保険	R02/01/01	R03/12/31	R02/01/01	R03/12/31	9900000013	462010	要介護 4		
	H30/01/01	R01/12/31	H30/01/01	R01/12/31	9900000013	462010	要介護 4		
	H29/01/01	H29/12/31	H29/01/01	H29/12/31	9900000013	462010	要介護 4		
	H28/01/01	H28/12/31	H28/01/01	H28/12/31	9900000013	462010	要介護 4		
	H27/01/01	H27/12/31	H27/01/01	H27/12/31	9900000013	462010	要介護 4		
	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		
医療保険									

《自立度・現状・住環境・経済状況》

本人の状況	在宅	生活圏域	鹿児島地区
世帯の状況	妻と2人暮らし	見守り状況	地域見守り (自立)
住居環境	一戸建て 自宅	自室 有	階
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	B2	認知症高齢者の日常生活自立度	I

	種類	等級・種別等	手帳番号	障害名等
障害等認定				
	その他			

《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
	*ツハチ*		女	妻		主介護者	099-XXX-XXXX	同居	主婦
	*ツゴ*		男	長男			090-XXXX-XXXX		会社員
家族関係等の状況									

《生活状況》

今までの生活									
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			
						友人・地域との関係			
	時間	本人	介護者・家族						
	6:00	起床							
	7:00	朝食							
	12:00	昼食							
15:00	散歩								
18:00	夕食								
19:00	入浴								
21:00									

《生活歴》

職業歴	期間	職業名称	備考
転居歴	期間	居住地	備考

《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1年10月10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	
				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
	花丸配食サービス	配食サービス	H30/04/01		

《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	●●●●クリニック	099-XXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市小松原XXXX

《社会活動》

社会活動	項目名	状態
	対人関係	特に問題なし
	外出状況／頻度	毎日1回
	趣味活動	俳句
	その他	

《その他健康状態》

その他の健康状態	項目名	状態
	視力	遠くが見えない
	聴力	聞こえにくい
	嚥下／咀嚼	特になし
	栄養状態	水分が少ない
	睡眠状態	よく眠れている
	精神状態	特になし
	その他	

《処方薬》

処方薬	薬剤名称	処方区分	剤形	用量	単位	用法					
						朝	昼	夕	寝	随	
	ツムラ 23一当帰芍薬散 2.5g/包	内服薬	顆粒剤	1	袋	○	○	○			毎食後

《ADL・IADL》

ADL	項目名	評価	備考
	寝返り	自立	
	起き上がり	一部介助	
	座位保持	一部介助	
	立ち上がり	一部介助	
	立位保持	一部介助	
	歩行	一部介助	
	入浴	一部介助	
	着衣	自立	

IADL	項目名	評価	備考
	調理	全介助	
	掃除・洗濯	全介助	
	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	一部介助	
	交通手段利用	一部介助	

《福祉サービス等》 ※各サービスの最新日付を印刷。

福祉サービス等	名称	日付	コメント
	車椅子貸し出し	H30/11/01	K-1000001

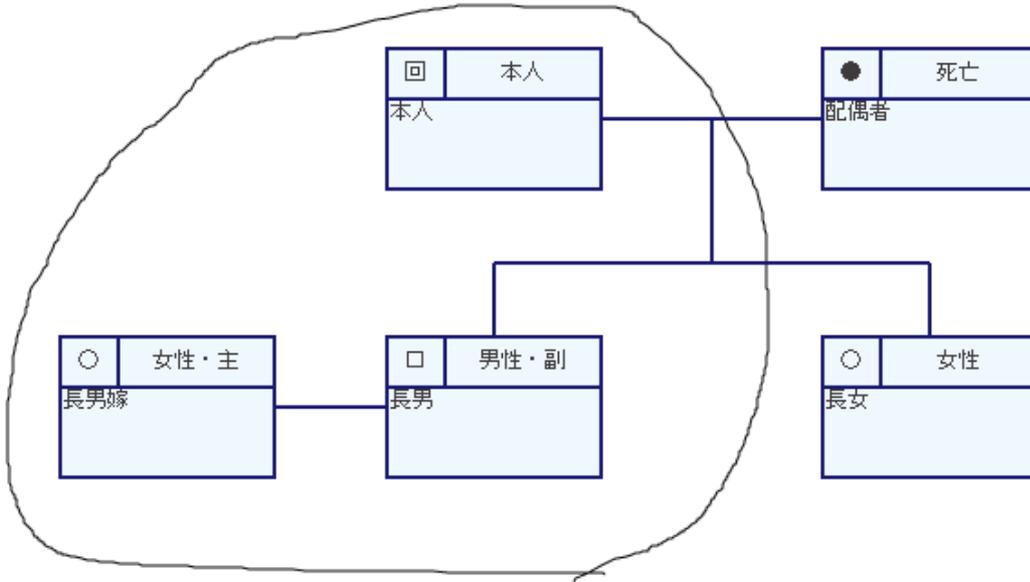
《主治医》

主治医	医師名	所属機関	備考	
	●村 陽●	南●●クリニック		指示書作成者 意見書作成者
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地		
		電話番号： 099-XXX-XXXX	FAX： 099-XXX-XXXX	
	住所：			
	電話番号：	FAX：		
	住所：			
	電話番号：	FAX：		

# 家族構成図

フリガナ 本人氏名	*ツ サブ* *津 三*	男・女	昭和14年08月31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》

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
*ツ ハナ* *津 花*		女	長男嫁		主介護者	099-XXX-XXXX	同居	主婦
*ツ コ* *津 吾*		男	長男		副介護者	090-XXXX-XXXX	同居	会社員
家族関係等の状況								

### 利用者一覧表

印刷日 令和02年4月30日

番号	漢字氏名	カナ氏名	性別	生年月日	介護度	認定開始日	認定終了日	担当	〒番号	住 所	電話	契約日	介護支援事業者名
1	*田 良*	*タ ヨシ*	女	S14/3/1	要介護2	R2/2/29	R4/2/28		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町XX - X		R2/4/15~	
2	*津 三*	*ツ サブ*	男	S14/8/31	要介護4	H30/1/1	R3/12/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町XXX - XX		H25/3/13~	
3	*石 二*	*シ シ*	男	S26/6/13	要介護4	R2/2/1	R3/1/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地	099-XXX-XXXX	H31/3/29~	
4	*川 京*	*カワ キョウ*	女	S14/1/5	要介護2	H30/6/1	R2/5/31		078-8220	鹿児島県鹿児島市1丁目XXXX - X		H1/12/6~	
5	*利 京*	*カカ キョウ*	女	S19/2/22	要介護4	R1/10/1	R2/9/30		326-0052	鹿児島県足利市相生町XXX - X		H25/2/1~	
6	*南 京*	*ナン キョウ*	女	S14/8/3	要介護3	R1/6/1	R2/5/31		779-1404	鹿児島県阿南市阿瀬比町X - X		H25/2/3~	
7	*石 京*	*シ キョウ*	女	S14/6/16	要介護4	R1/9/1	R2/8/31		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町XX番地XX		S64/1/1~	



【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  
特別養護老人ホーム ●苑 特養入所

【前月末利用者数 12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	04/08	*路 一*	要介護4	家庭	H25/12	1	04/10	*京*	要介護3	家庭	H28/12
2	04/15	*田 良*	要介護3	協力医療機関							

【当月末利用者数 13名】

## ■住所ラベル

891-0115  
鹿児島市東開町XX-XXX

\* 田 良 \*                      様  
( \* 田 良 \*                      様分)

937-0045  
富山県魚津市相木XXXX-X

\* 津 一 \*                      様  
( \* 津 一 \*                      様分)

891-0115  
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地XX

\* 石 京 \*                      様  
( \* 石 京 \*                      様分)

891-0115  
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

\* 石 二 \*                      様  
( \* 石 二 \*                      様分)

078-8220  
北海道旭川市10条通X丁目XXXX-X

\* 川 京 \*                      様  
( \* 川 京 \*                      様分)

326-0052  
栃木県足利市相生町XXXX-X

\* 利 京 \*                      様  
( \* 利 京 \*                      様分)

779-1404  
徳島県阿南市阿瀬比町XXXX-X

\* 南 京 \*                      様  
( \* 南 京 \*                      様分)

## 認定調査票（基本調査）

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

<input checked="" type="radio"/> ①. ない	2. 左上肢	3. 右上肢	4. 左下肢	5. 右下肢	6. その他(四肢の欠損)
----------------------------------------	--------	--------	--------	--------	---------------

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

<input checked="" type="radio"/> ①. ない	2. 肩関節	3. 股関節	4. 膝関節	5. その他(四肢の欠損)
----------------------------------------	--------	--------	--------	---------------

1-3 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	<input checked="" type="radio"/> ②. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	-------------------------------------------------	---------

1-4 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	<input checked="" type="radio"/> ②. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	-------------------------------------------------	---------

1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

<input checked="" type="radio"/> ①. できる	2. 自分の手で支えればできる	3. 支えてもらえればできる	4. できない
-----------------------------------------	-----------------	----------------	---------

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

<input checked="" type="radio"/> ①. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
----------------------------------------------	----------------	---------

1-7 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

<input checked="" type="radio"/> ①. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
------------------------------------------------	----------------	---------

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	<input checked="" type="radio"/> ②. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	-------------------------------------------------	---------

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

1. 支えなしでできる	<input checked="" type="radio"/> ②. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	-------------------------------------------------	---------

1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

<input checked="" type="radio"/> ①. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない
----------------------------------------------	---------	--------	-----------

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	<input checked="" type="radio"/> ②. 一部介助	3. 全介助
-------------	------------------------------------------	--------

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- ① できる
- 2. 見守り等
- 3. できない

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- ① 介助されていない
- 2. 一部介助
- 3. 全介助

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |                                              |         |        |
|----------------------------------------------|---------|--------|
| <input checked="" type="radio"/> 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|----------------------------------------------|---------|--------|

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |                                              |         |        |
|----------------------------------------------|---------|--------|
| <input checked="" type="radio"/> 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|----------------------------------------------|---------|--------|

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

- |                                              |         |         |        |
|----------------------------------------------|---------|---------|--------|
| <input checked="" type="radio"/> 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|----------------------------------------------|---------|---------|--------|

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

- |                                              |         |         |        |
|----------------------------------------------|---------|---------|--------|
| <input checked="" type="radio"/> 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|----------------------------------------------|---------|---------|--------|

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |                                           |          |          |
|-------------------------------------------|----------|----------|
| <input checked="" type="radio"/> 1. 週1回以上 | 2. 月1回以上 | 3. 月1回未満 |
|-------------------------------------------|----------|----------|

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる |
| 2. ときどき伝達できる                                          |
| 3. ほとんど伝達できない                                         |
| 4. できない                                               |

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

- |                                         |         |
|-----------------------------------------|---------|
| <input checked="" type="radio"/> 1. できる | 2. できない |
|-----------------------------------------|---------|

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

- |                                         |         |
|-----------------------------------------|---------|
| <input checked="" type="radio"/> 1. できる | 2. できない |
|-----------------------------------------|---------|

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

- |                                         |         |
|-----------------------------------------|---------|
| <input checked="" type="radio"/> 1. できる | 2. できない |
|-----------------------------------------|---------|

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

- |                                         |         |
|-----------------------------------------|---------|
| <input checked="" type="radio"/> 1. できる | 2. できない |
|-----------------------------------------|---------|

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

1. できる

2. できない

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

1. できる

2. できない

3-8 徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

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

1. ない

2. ときどきある

3. ある

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

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-2 作話をする事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

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

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-4 昼夜の逆転について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

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

1. ない

2. ときどきある

3. ある

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

1. ない

2. ときどきある

3. ある

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

1. ない

2. ときどきある

3. ある

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

<input checked="" type="radio"/> 1. ない	2. ときどきある	3. ある
----------------------------------------	-----------	-------

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

<input checked="" type="radio"/> 1. ない	2. ときどきある	3. ある
----------------------------------------	-----------	-------

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

<input checked="" type="radio"/> 1. ない	2. ときどきある	3. ある
----------------------------------------	-----------	-------

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

<input checked="" type="radio"/> 1. ない	2. ときどきある	3. ある
----------------------------------------	-----------	-------

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

1. ない	<input checked="" type="radio"/> 2. ときどきある	3. ある
-------	--------------------------------------------	-------

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

<input checked="" type="radio"/> 1. ない	2. ときどきある	3. ある
----------------------------------------	-----------	-------

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

<input checked="" type="radio"/> 1. ない	2. ときどきある	3. ある
----------------------------------------	-----------	-------

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

<input checked="" type="radio"/> 1. ない	2. ときどきある	3. ある
----------------------------------------	-----------	-------

5-1 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

<input checked="" type="radio"/> 1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助
----------------------------------------------	---------	--------

5-2 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

<input checked="" type="radio"/> 1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助
----------------------------------------------	---------	--------

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

<input checked="" type="radio"/> 1. できる	2. 特別な場合を除いてできる	3. 日常的に困難	4. できない
-----------------------------------------	-----------------	-----------	---------

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

<input checked="" type="radio"/> 1. ない	2. ときどきある	3. ある
----------------------------------------	-----------	-------

5-5 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

<input checked="" type="radio"/> 1. 介助されていない	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
----------------------------------------------	---------	---------	--------

5-6 簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

<input checked="" type="radio"/> 1. 介助されていない	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
----------------------------------------------	---------	---------	--------

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

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

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

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ <input checked="" type="radio"/> B2 ・ C1 ・ C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ <input checked="" type="radio"/> I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

# 主治医意見書

記入日

令和2年04月01日

申請者	(ふりがな) *つ さぶ*	男・女	〒 891-0115
	*津 三*		鹿児島県鹿児島市東開町XXX-XX
	昭和14年08月31日 生 ( 81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 みつく総合病院

電話 099-XXX-XXXX

医療機関所在地 鹿児島市鴨池X-XX

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	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上
(3)他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスプレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置
失禁への対応	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力 <input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3)認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てにチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他( )
(4)その他の精神・神経症状
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [症状名: 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 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: 両下肢 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 ( \_\_\_\_\_ )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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

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

→ 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる  期待できない  不明

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

訪問診療  訪問看護  訪問歯科診療

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

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

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ ) ・移動  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ )

・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。)

入院により、下肢の筋力低下が著しく、移動時に不安定となり、転倒骨折の可能性が高いため、移動時には必ず、介助をするとともに、廃用性の低下にならない為にも、定期的な訓練の継続が必要である。

# 主治医意見書

記入日 令和2年04月01日

申請者	(ふりがな) *つ さぶ*	男 ・ 女	〒 891-0115
	*津 三*		鹿児島県鹿児島市東開町XXX-XX
	昭和14年08月31日 生 ( 81 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 <input checked="" type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名 *村 陽*			
医療機関名 ●●●総合病院		電話 099-XXX-XXXX	
医療機関所在地 鹿児島市鴨池X-XX		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	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上		
(3)他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスプレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3)認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てにチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他( )
(4)その他の精神・神経症状	
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [症状名: _____]	専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 ]

## (5)身体の状態

利き腕( <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) 身長= <input type="text" value="172"/> cm 体重= <input type="text" value="51"/> kg (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少 )
<input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位: _____ )
<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 右下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> その他 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位: 両下肢 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 関節の痛み (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動 ・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)

## 4.生活機能とサービスに関する意見

(1)移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input checked="" type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 用いていない <input checked="" type="checkbox"/> 屋外で使用 <input checked="" type="checkbox"/> 屋内で使用
(2)栄養・食生活	<input checked="" type="checkbox"/> 食事行為 <input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助
現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
→ 栄養・食生活上の留意点 ( )	
(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針	<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 低栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input checked="" type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療
<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	
<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( )
・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( ) ・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( )	
・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> 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。)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 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。)

入院により、下肢の筋力低下が著しく、移動時に不安定となり、転倒骨折の可能性が高いため、移動時には必ず、介助をするのと同時に、廃用性の低下にならない為にも、定期的な訓練の継続が必要である。

入所者一覧

期間指定 : 令和02年04月01日 ~ 令和02年04月30日

出力順 : 入所日

印刷日 : 令和02年4月30日

No	番号	性別	年齢	介護度	住所	傷病名	入所日	ユニット名
	氏名						負担段階	
	生年月日	障害自立度	認知症自立度	電話			部屋名	備考
1		男	80	I	宮崎県日向市向江町12345番地  0982-XX-XXXX		平成25年02月10日	3階
	*向二*	第2段階					平成25年02月10日	
	昭和14年09月11日			ひまわり				
2	1032	男	80	IV	鹿児島県鹿児島市東開町XXX-XX -XX		平成25年03月13日	2階
	*津三*	第3段階					平成25年03月13日	
	昭和14年08月31日			ひなげし				
3		女	74	III	鹿児島県鹿児島市清水町		令和01年05月01日	2階
	*京*	第3段階					令和01年05月01日	
	昭和20年05月01日			はなみずき				
4		女	85	V	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地  099-xxx-xxxx		令和01年09月01日	3階フロア
	*路一*	第2段階					令和01年09月01日	
	昭和10年04月01日	B1	IIIb	つばき				
5	1020	女	81	II	鹿児島県鹿児島市東開町XXX-XX -XX		令和02年04月15日	4階
	*田良*	第3段階					令和02年04月15日	
	昭和14年03月01日			すいせん				

# 災害時要援護者基本情報

作成日：令和2年4月30日

フリガナ		*カシジロ*		男	昭和14年08月31日生 ( 80 ) 歳		
要援護者氏名		*津 三*					
住 所		鹿児島県鹿児島市東開町XXX-X-X			電話 1	099-XXX-XXXX	
					電話 2		
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		
	*津 花*		妻	099-XXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地		
	*津 吾*		長男	099-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町X-X-X		
避難勧告	伝達方法	携帯電話			伝達者氏名	*津 吾*	
	留意事項						
避難時	避難支援者	氏名・名称		続柄	電 話	住 所	
		*津 花*		長男	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	車椅子、杖		
避難所	第1避難所	公民館		避難手段	車		
	第2避難所			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	車椅子					
	生活に必要な医療機器						
	留意事項						





# 面会記録一覧表

期間： 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

印字順： 面会日時順

印刷日： 令和2年4月30日

面会日	時刻	利用者氏名	面会者	続柄	同伴者	面会数計	目的・メモ
令和2年4月1日	15:30 ~ 16:00	*利 二*	*利 吾*	長男		1(0)	面会
令和2年4月4日	10:00 ~ 10:30	*津 三*	*津 花*	妻	1	1(2)	着替え持ち込み
令和2年4月15日	11:00 ~ 12:00	*川 京*	*川 一*	長男		1(0)	面会
合計						3(2)	

※面会数計 XX(YY)のXXは面会の数、(YY)は同伴者の計

ベッド利用状況一覧表

印刷年月日: 令和3年4月1日

部屋	2021/4/1(木)	2021/4/2(金)	2021/4/3(土)	2021/4/4(日)	2021/4/5(月)	2021/4/6(火)	2021/4/7(水)
1階フロア							
1号室-1	*石 二*						
1号室-2	*駒 一*						
1号室-3	*利 二*						
2号室-1	*田 良*						
2号室-2	*日市 二*						
3号室-1	*前 花*						
2階フロア							
1号室	*幡 二*						
2号室	*崎 一*						
3号室							
5号室	*日市 京*						
6号室							
7号室							

実績関係帳票

利用者番号： 1032

令和2年4月

サービス提供実績票

サービス提供事業所名： 特別養護老人ホーム ●苑

利用者名： \*津 三\* 様

生年月日： 昭和14年8月31日

介護度： 要介護4

実績単位： 27,625

サービス内容	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		
福祉施設Ⅱ 4	実績	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30	22,950
福祉施設個別機能訓練加算	実績	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30	360
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	実績	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30	540	
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	実績	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30	2,117	
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	実績	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30	180	
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	実績	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29	638	
福祉施設経口移行加算	実績	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30	840	

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。

1単位単価： 10.00円

給付率： 90%

サービス内容	コード	単位数	回数	単位/金額	費用総額 (保険分)	保険請求額	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)
福祉施設Ⅱ 4	511145	765	30	22,950					
福祉施設個別機能訓練加算	516003	12	30	360					
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	516107	18	30	540					
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	516110	2,117	1	2,117					
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	516113	6	30	180					
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	516117	22	29	638					
福祉施設経口移行加算	516274	28	30	840					
			合計	27,625	276,250	248,625	0	27,625	0

	費用総額	保険分請求額	公費分請求額	利用者負担額	公費分本人負担額
特定入所者介護サービス費					

利用者番号： 1033

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 ●●● 様

Tel: 099-XXX-XXXX Fax:

サービス提供事業所名： 特別養護老人ホーム ●苑

利用者名： \*岡 三\* 様

生年月日： 昭和14年7月14日

介護度： 要介護3

計画単位： 11,918

実績単位： 11,918

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			
単独短期生活 I 3	予定		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																		14	
	実績		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																		14	10,710
短期生活個別機能訓練加算	予定		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																		14	
	実績		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																		14	784
短期生活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	1																		14	
	実績		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																		14	(168)
短期生活処遇改善加算 I	予定		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																		14	
	実績		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																		14	(1,003)
短期生活看護体制加算 I	予定		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																		14	
	実績		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																		14	56
短期入所生活介護送迎加算	予定		1																															2	
	実績		1																															2	368

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)
単独短期生活 I 3	211131	765	14	10,710			10.00		90					
短期生活個別機能訓練加算	216005	56	14	784			10.00		90					
短期生活サービス提供体制加算 I 2	216101	12	14	(168)			10.00		90					
短期生活処遇改善加算 I	216108	1,003	1	(1,003)			10.00		90					
短期生活看護体制加算 I	216113	4	14	56			10.00		90					
短期入所生活介護送迎加算	219200	184	2	368			10.00		90					
計画単位		11,918	合計	11,918	0	11,918		130,890		117,801		0	13,089	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
短期入所生活介護	11,918	11,918	1,171	13,089

	費用総額	保険分請求額	公費分請求額	利用者負担額	公費分本人負担額
特定入所者介護サービス費					

# 提供実績票作成状況一覧

提供年月：令和2年4月 分

印刷日：令和2年5月8日

支援事業所番号	支援事業所名	No.	利用者氏名	介護度	被保険者 番号	保険者 番号	計画単位	限度額対象	限度額対象外	給付単位数	超過単位数
468888888	東●●●地域包括支援センター	1	* 沢 一 *	要支援 2	9900000018	462101	6,369	6,369	347	6,716	0
469999997	ケアセンター ●●●	1	* 岡 三 *	要介護 3	9900000017	462101	11,918	11,918	1,171	13,089	0

# 未収金一覧

請求金額合計	279,382
未収金額合計	279,382
入金額合計	0

R2/04/01~R2/04/30

R2/04/30 時点

印刷日

R2/4/30

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
29	1020	* 田 良 *	特養まとめ	R2/11/10	R2/04/01	R2/04/30	29,195	29,195		区分 請求書送付 * 田 良 *                      電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XX-XXX
	1020	* 田 良 *				計	29,195	29,195		
30		* 京 *	特養まとめ	R2/11/10	R2/04/01	R2/04/30	18,680	18,680		区分 請求書送付 * 京 *                              電話 住所 892-0802 鹿児島県鹿児島市清水町
		* 京 *				計	18,680	18,680		
31		* 蘇 花 *	特養まとめ	R2/11/10	R2/04/01	R2/04/30	90,965	90,965		区分 請求書送付 * 蘇 花 *                      電話 住所 869-2232 熊本県阿蘇市赤水XXXX-X
		* 蘇 花 *				計	90,965	90,965		
32		* 路 一 *	特養まとめ	R2/11/10	R2/04/01	R2/04/30	42,483	42,483		区分 請求書送付 * 路 一 *                      電話 099-xxx-xxxx 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX
		* 路 一 *				計	42,483	42,483		
33	1032	* 津 三 *	特養まとめ	R2/11/10	R2/04/01	R2/04/30	98,059	98,059		区分 請求書送付 * 津 三 *                      電話 住所 847-0823 佐賀県唐津市旭が丘XXX-XX
	1032	* 津 三 *				計	98,059	98,059		

事業所別未収金一覧表（特別養護老人ホーム ●苑）

印刷日 2020年11月10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	食費一日分	ユニット型個室	従来型個室	多床室	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
1020	*田良*	女	¥12,875	¥10,400	¥0	¥0	¥5,920	¥0	¥0	¥29,195	¥0	¥29,195	¥0	¥0	¥29,195
	*京*	女	¥8,480	¥6,500	¥0	¥0	¥3,700	¥0	¥0	¥18,680	¥0	¥18,680	¥0	¥0	¥18,680
	*蘇花*	女	¥24,265	¥41,400	¥0	¥0	¥25,200	¥100	¥0	¥90,965	¥0	¥90,965	¥0	¥0	¥90,965
	*路一*	女	¥22,703	¥8,970	¥0	¥0	¥8,510	¥2,300	¥0	¥42,483	¥0	¥42,483	¥0	¥0	¥42,483
1032	*津三*	男	¥27,649	¥41,760	¥0	¥0	¥25,650	¥3,000	¥0	¥98,059	¥0	¥98,059	¥0	¥0	¥98,059
	全体合計		¥95,972	¥109,030	¥0	¥0	¥68,980	¥5,400	¥0	¥279,382	¥0	¥279,382	¥0	¥0	¥279,382

# 処遇改善一覽表

処遇改善単位合計	6,304	特定処遇改善単位合計	0
保険内単位合計	6,304	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4月30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	
1020	*田 良*	介護老人福祉施設	R2/11/10	R2/04/01	R2/04/30	987	987	0	0	0	0	特別養護老人ホーム ●苑
<b>1020</b>	<b>*田 良*</b>				<b>計</b>	<b>987</b>	<b>987</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>*田 良*</b> 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XX-XXX
	*京*	介護老人福祉施設	R2/11/10	R2/04/01	R2/04/30	650	650	0	0	0	0	特別養護老人ホーム ●苑
	<b>*京*</b>				<b>計</b>	<b>650</b>	<b>650</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>*京*</b> 電話 住所 892-0802 鹿児島県鹿児島市清水町
	*蘇 花*	介護老人福祉施設	R2/11/10	R2/04/01	R2/04/30	775	775	0	0	0	0	特別養護老人ホーム ●苑
	<b>*蘇 花*</b>				<b>計</b>	<b>775</b>	<b>775</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	阿蘇 花子 電話 住所 869-2232 熊本県阿蘇市赤水XXXX-X
	*路 一*	介護老人福祉施設	R2/11/10	R2/04/01	R2/04/30	33	33	0	0	0	0	特別養護老人ホーム ●苑
	*路 一*	介護老人福祉施設	R2/11/10	R2/04/01	R2/04/30	1,740	1,740	0	0	0	0	特別養護老人ホーム ●苑
	<b>*路 一*</b>				<b>計</b>	<b>1,773</b>	<b>1,773</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>*路 一*</b> 電話 099-xxx-xxxx 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地
1032	*津 三*	介護老人福祉施設	R2/11/10	R2/04/01	R2/04/30	2,119	2,119	0	0	0	0	特別養護老人ホーム ●苑
<b>1032</b>	<b>*津 三*</b>				<b>計</b>	<b>2,119</b>	<b>2,119</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>*津 三*</b> 電話 住所 847-0823 佐賀県唐津市旭が丘XXXX

実施日 R02/04/01~R02/04/30

その他費用一覧表 (特別養護老人ホーム ●苑)

)

印刷日 R02/4/30

	おむつ代	ベッド代	多床室			合計金額	食費居住費軽減額	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			上記以外 軽減額合計				
	共益費	電気代							
	テレビ代	食費一日分							
* 田 良 *	0	0	5,920				0		
R02/04/01~R02/04/30	0	0					0		0
小 計	0	10,400				16,320	0	16,320	0
* 京 *	0	0	3,700				0		
R02/04/01~R02/04/30	0	0					0		0
小 計	0	6,500				10,200	0	10,200	0
* 蘇 花 *	0	0	25,200				0		
R02/04/01~R02/04/30	0	100					0		0
小 計	0	41,400				66,700	0	66,700	0
* 路 一 *	0	0	8,510				0		
R02/04/01~R02/04/30	0	2,300					0		0
小 計	0	8,970				19,780	0	19,780	0
* 津 三 *	0	0	25,650				0		
R02/04/01~R02/04/30	0	3,000					0		0
小 計	0	41,760				70,410	0	70,410	0
総合計	0	0	68,980				0		
	0	0					0		0
	0	5,400					0		0
	0	109,030				183,410	0	183,410	0

実施日 R02/04/01~R02/04/30

サービス費請求一覧表 (特別養護老人ホーム ●苑

介護 )

印刷日 R02/05/02

介護老人福祉施設

	(基本)	初期加算	栄養マネジメント加算	療養食加算	認知症専門ケア加算	介護(保険) 介護(自費)	保険内単位	合計金額	軽減額	請求金額
	個別機能訓練加算	退所前後訪問相談援助	経口移行加算	看取り介護加算	認知症緊急対応加算					
	若年性認知症受入加算	退所時相談援助加算	経口維持加算	在宅復帰支援機能加算	その他 加減算					
	外泊時費用	退所前連携加算	口腔衛生管理等加算	在宅入所相互利用加算						
* 田 良 *	10,032	480	0	0	0	12,875				
	192	0	448	0	0	0				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	1,723					
	0	0	0	0		12,875				
小 計							12,875	0		12,875
* 京 *	6,970	0	0	0	0	8,480				
	120	0	280	0	0	0				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	1,110					
	0	0	0	0		8,480				
小 計							8,480	0		8,480
* 蘇 花 *	22,950	0	0	0	0	24,265				
	0	0	0	0	0	0				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	1,315					
	0	0	0	0		24,265				
小 計							24,265	0		24,265
* 路 一 *	19,136	690	0	0	0	22,703				
	276	0	0	0	0	0				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	2,601					
	0	0	0	0		22,703				
小 計							22,703	0		22,703
* 津 三 *	22,950	0	0	0	0	27,649				
	360	0	840	0	0	0				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	3,499					
	0	0	0	0		27,649				
小 計							27,649	0		27,649
総合計	82,038	1,170	0	0	0	95,972				
	948	0	1,568	0	0	0				
	0	0	0	0	10,248					
	0	0	0	0		95,972				
							95,972	0		95,972

\*津 三\* 様 生年月日 昭和14年08月31日 ( 81 歳 )  
令和02年4月1日(水)

【健康チェック】 血圧 110 / 70  
脈拍 60 回/分  
体温 36 °C

【食事】 食事量 昼 主食 9割 副食 9割  
屋間 主食 割

【水分】 摂取量 200

【排泄】 排尿量 50 排便 普通

【ご家族への連絡事項】

とても楽しそうにレクリエーションをされていました。

【ご家族からの連絡事項】

\*川 京\* 様 生年月日 昭和12年1月5日 ( 83 歳 )  
令和02年4月1日(水)

【健康チェック】 血圧 105 / 75  
脈拍 60 回/分  
体温 36.5 °C

【食事】 食事量 昼 主食 10割 副食 9割  
屋間 主食 割

【水分】 摂取量 150

【排泄】 排尿量 60 排便 普通

【ご家族への連絡事項】

入浴中、とても気持ちがよさそうでした。

【ご家族からの連絡事項】

\*津 三\* 様 生年月日 昭和14年08月31日 ( 81 歳 )

令和02年4月1日(水)

【健康チェック】	血圧	110 / 70
	脈拍	60 回/分
	体温	36 °C

【ご家族への連絡事項】

とても楽しそうにレクリエーションをされていました。

【ご家族からの連絡事項】

\*津 三\* 様 生年月日 昭和14年08月31日 ( 81 歳 )  
令和02年4月1日(水)

【健康チェック】 血圧 110 / 70  
脈拍 60 回/分  
体温 36 °C  
【食事】 食事量 昼 主食 9割 ○  
副食 9割 ○  
昼間 主食 割  
【水分】 摂取量 200  
【排泄】 排尿量 50 排便 普通

【ご家族への連絡事項】

とても楽しそうにレクリェーションをされていました。

【ご家族からの連絡事項】

\*川 京\* 様 生年月日 昭和12年1月5日 ( 83 歳 )  
令和02年4月1日(水)

【健康チェック】 血圧 105 / 75  
脈拍 60 回/分  
体温 36.5 °C  
【食事】 食事量 昼 主食 10割 ◎  
副食 9割 ○  
昼間 主食 割  
【水分】 摂取量 150  
【排泄】 排尿量 60 排便 普通

【ご家族への連絡事項】

入浴中、とても気持ちがよさそうでした。

【ご家族からの連絡事項】

\* 津 三 \* 様 生年月日 昭和14年08月31日 ( 81 歳 )

令和02年4月1日(水)

【健康チェック】 血圧 110 / 70  
脈拍 60 回/分  
体温 36 °C

【食事】 食事量 昼 主食 10割 副食 10割  
夜間 主食 10割

【水分】 摂取量 200

【排泄】 排尿量 50 排便 普通

【実施内容】

清潔保持介助	洗顔介助
基本動作介助	起居介助
レクリエーション	レクリエーションの介助
PT認知症（理学療法）	ストレッチ

【ご家族への連絡事項】

とても楽しそうにレクリエーションをされていました。

【ご家族からの連絡事項】



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

( 特別養護老人ホーム ●苑 )

印刷日 令和2年05月02日

	おむつ代	ベッド代	多床室		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 金融機関名 発行日
	食事代	洗濯代			介護(自費)		食費居住費軽減額		累計入金額	
	共益費	電気代							未収金額	
	テレビ代	食費一日分			保険内単位		軽減額合計	請求金額	消費税額	
*田 良*	0	0	5,920		12,875		0		0	請求書送付
1020	0	0			0		0		0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0							29,195	R02/11/10
29	0	10,400			12,875					
小計						29,195	0	29,195	0	
*京*	0	0	3,700		8,480		0	R02/05/15	18,680	請求書送付
	0	0			0		0		18,680	
R02/04/01～R02/04/30	0	0							0	R02/11/10
30	0	6,500			8,480					
小計						18,680	0	18,680	0	
*蘇 花*	0	0	25,200		24,265		0	R02/05/12	90,965	請求書送付
	0	0			0		0		90,965	
R02/04/01～R02/04/30	0	100							0	R02/11/10
31	0	41,400			24,265					
小計						90,965	0	90,965	0	
*路 一*	0	0	8,510		22,703		0		0	請求書送付
	0	0			0		0		0	
R02/04/01～R02/04/30	0	2,300							42,483	R02/11/10
32	0	8,970			22,703					
小計						42,483	0	42,483	0	
*津 三*	0	0	25,650		27,649		0	R02/05/20	98,059	請求書送付
1032	0	0			0		0		98,059	
R02/04/01～R02/04/30	0	3,000							0	R02/11/10
33	0	41,760			27,649					
小計						98,059	0	98,059	0	
総合計	0	0	68,980		95,972		0		207,704	
	0	0			0		0		207,704	
	0	5,400							71,678	
	0	109,030			95,972				0	
						279,382	0	279,382	0	

## 利用者別請求合計一覧表 実施日：令和2年4月1日～令和2年4月30日

作成日：令和2年5月2日

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	特別養護老人ホーム ●苑	特別養護老人ホーム ●苑
1	*田 良*	29,195		29,195
2	*京*	18,680		18,680
3	*岡 三*	48,971	48,971	
4	*蘇 花*	90,965		90,965
5	*沢 一*	84,035	84,035	
6	*路 一*	42,483		42,483
7	*津 三*	98,059		98,059
	合計	412,388	133,006	279,382

# 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11月10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	500	*川 二*	R02/04/01~R02/04/30	64	R02/05/18	71,660	18,680	52,980	0	71,660	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	71,660	0	
2	1038	*草 京*	R02/04/01~R02/04/30	66	R02/05/25	64,013	23,835	40,178	0	64,013	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	64,013	0	
				合計		-	-	-	-	135,673	0	

## 利用者別入金一覧表

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11月10日

No.	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	500	*川 二*	R02/04/01～R02/04/30	64	R02/05/18	71,660	18,680	52,980	0	71,660	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	71,660	0	
2	1038	*草 京*	R02/04/01～R02/04/30	66	R02/05/25	64,013	23,835	40,178	0	64,013	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	64,013	0	
				合計		-	-	-	-	135,673	0	

介護実施記録

\* 津 三 \* 様

男性

昭和14年08月31日生

81 歳

要介護 4

記録日: 令和2年4月1日(水)

時間	共通サービス	個別サービス	血圧	体温 脈拍	服薬	食事	水分	排泄	特記事項			
									入院	外泊	往診	通院
0:00									実施記録			
1:00									【ケア実施記録】			
2:00									[清潔保持介助]			
									口腔清潔介助			
									[入浴介助]			
3:00									入浴の準備、後始末、入浴時の移乗、移動の介助、洗身介助、洗髪介助			
4:00	巡視観察								[食事等介助]			
									食事等の摂取介助			
5:00									[排泄]			
									排泄時の移乗、移動介助			
6:00	排泄介助、更衣介助								[水分摂取介助]			
									水分摂取等の見守り			
7:00									[レクリエーション]			
									レクリエーションの見守り、レクリエーションの介助			
8:00	食事介助								【水分・排泄】			
9:00			110 70	36 60					排尿量: 50ml 排尿回数: 3回 排便量: 普通 排便回数: 1回 排便状態: 普通便			
10:00									水分摂取量合計			
11:00									150ml			
									支援経過記録			
12:00	食事介助					10 9	150	排尿 排便	* 媛 悟 *			
13:00									【特記事項】			
14:00	レク、おやつ、水分補給								風邪を引くことなく、健康状態は維持できている。レクリエーション中も終始顔色はよく、発語・笑顔とも多く見られた。			
15:00		リハビリテーション										
16:00		相談、助言、書類作成										
17:00												
18:00	食事介助											
19:00												
20:00												
21:00												
22:00												
23:00	巡視観察											

実施記録					実施記録				



# 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4月30日

清潔保持介助	
口腔清潔介助	182
小計	182

入浴介助	
入浴の準備、後始末	58
入浴時の移乗、移動の介助	95
洗身介助	34
洗髪介助	34
小計	221

食事等介助	
食事等の摂取介助	165
小計	165

排泄	
排泄時の移乗、移動介助	75
小計	75

水分摂取介助	
水分摂取等の見守り	66
小計	66

レクリエーション	
レクリエーションの見守り	58
レクリエーションの介助	11
小計	69
総計	77



利用者番号 1032

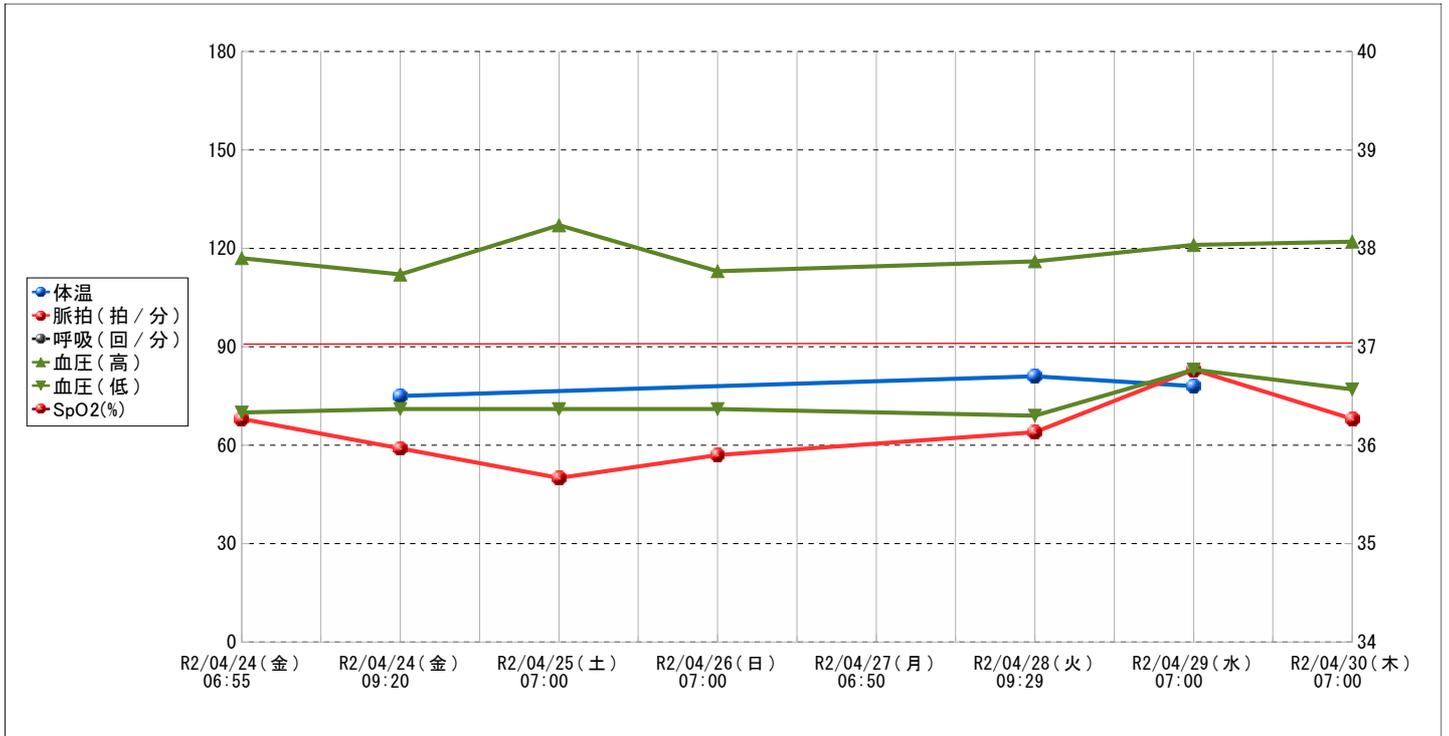
氏名 \*津 三\*

性別 男

生年月日 昭和14年08月31日

年齢

81歳



	R2/04/24(金)	R2/04/24(金)	R2/04/25(土)	R2/04/26(日)	R2/04/27(月)	R2/04/28(火)	R2/04/29(水)	R2/04/30(木)
計測時間	6:55	9:20	7:00	7:00	6:50	9:29	7:00	7:00
体温		36.5				36.7	36.6	
脈拍(拍/分)	68	59	50	57		64	83	68
呼吸(回/分)								
血压(mmHg)	117 / 70	112 / 71	127 / 71	113 / 71	/	116 / 69	121 / 83	122 / 77
SpO2(%)								
身長(cm)								
体重(kg)								
水分摂取(ml)	900.0		800.0	850.0	900.0	800.0	800.0	750.0
排尿(量)	800.0		1000.0	800.0				380.0
排尿(回数)								
排便(量)			とても少ない	とても少ない	多い	普通		
排便(回数)			2	2	2	1		
排便状態			軟便	軟便	普通便	軟便		
食事摂取量	10   10   10		10   10   10	10   10   10	10   10   10	10   10   10	10   10   10	10   10   10
食事摂取記号	朝食	お粥	お粥	お粥	お粥	お粥	お粥	お粥
	昼食	お粥	お粥	お粥	お粥	お粥	お粥	お粥
	夕食	お粥	お粥	お粥	お粥	お粥	お粥	お粥





# 月別医療費控除一覧

\* 津 三 \* 様

住所 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

医療費控除対象金額

242,914 円

ご 利 用 年 月	請 求 金 額	医療費控除対象金額
平成31年1月	0 円	0 円
平成31年2月	0 円	0 円
平成31年3月	6,367 円	2,197 円
平成31年4月	83,152 円	26,152 円
令和1年5月	85,921 円	27,021 円
令和1年6月	83,152 円	26,152 円
令和1年7月	85,921 円	27,021 円
令和1年8月	85,921 円	27,021 円
令和1年9月	83,152 円	26,152 円
令和1年10月	86,677 円	27,777 円
令和1年11月	83,424 円	26,274 円
令和1年12月	86,202 円	27,147 円
合 計	769,889 円	242,914 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4月30日

利用者氏名： \* 津 三 \*

測定日： 令和3年4月1日

生年月日： 昭和14年8月31日 男 81 歳

測定者： \* 玉 あや \*

要介護度： 要介護4

バーセルインデックス (Barthel Index : 機能的評価)

	点数	質問内容	得点
1 食事	⑩ 5 0	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 部分介助 (たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 全介助	10
2 椅子と ベッド間の 移乗	⑮ 10 5 0	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む (非行自立も含む) 軽度の部分介助または監視を要する 座ることは可能であるがほぼ全介助 全介助または不可能	15
3 整容	⑤ 0 0	自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 部分介助 全介助	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 ① 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)

統計資料

特養入所年齢別利用者数

特別養護老人ホーム ●苑

令和2年4月

印刷日 令和2年5月15日

年 区	齡 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						10(1)				10(1)
	計						10(1)				10(1)
65 ～ 69	男										
	女										
	計										
70 ～ 74	男										
	女										
	計										
75 ～ 79	男										
	女										
	計										
80 ～ 84	男							30(1)		90(3)	120(4)
	女					16(1)		30(1)		210(7)	256(9)
	計					16(1)		60(2)		300(10)	376(13)
85 ～ 89	男										
	女								23(1)		23(1)
	計								23(1)		23(1)
90 ～ 94	男										
	女										
	計										
95 ～ 99	男										
	女										
	計										
100 ～	男										
	女										
	計										
合 計	男							30(1)		90(3)	120(4)
	女					16(1)	10(1)	30(1)	23(1)	210(7)	289(11)
	計					16(1)	10(1)	60(2)	23(1)	300(10)	409(15)

平均介護度: 3.60 男性: 4.00 女性: 3.50

平均年齢: 79.7 男性: 80.3 女性: 79.5

- 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) . . . . 前半の数字は延日数。 ( ) 内の数字は実人数を表示しています。

## 年齢別期間別利用者数

令和2年4月1日 現在

区分		利用者数	利用期間										
			～14日	15日～1ヶ月	1～3ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月～1年	1～2年	2年～				
～59歳	男	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
	女	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
	計	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
60～64	男	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
	女	1 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 0 )			
	計	1 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 0 )			
65～69	男	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
	女	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
	計	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
70～74	男	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
	女	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
	計	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
75～79	男	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
	女	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
	計	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
80～84	男	4 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	4 ( 0 )			
	女	8 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	8 ( 0 )			
	計	12 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	12 ( 0 )			
85～89	男	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
	女	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
	計	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
90～	男	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
	女	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
	計	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )			
合計	男	4 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	4 ( 0 )			
	女	9 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	9 ( 0 )			
	計	13 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	13 ( 0 )			
平均年齢	男性	80.3 歳	女性	78.8 歳	総数	79.2 歳	平均利用期間	男性	68.7 ヶ月	女性	62.1 ヶ月	総数	64.1 ヶ月

(注) 1 ( ) 内は、認知症である老人のランクⅢ以上の数を再掲します。

2 「平均年齢」及び「平均利用期間」欄は、小数点第2以下を四捨五入します。

## 利用期間別介護度別利用者数

令和2年4月1日 現在

区 分		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
～1週間未満	男									
	女									
	計									
1週間以上～ 2週間未満	男									
	女									
	計									
2週間以上～ 1ヶ月未満	男									
	女									
	計									
1ヶ月以上～ 3ヶ月未満	男									
	女									
	計									
3ヶ月以上～ 6ヶ月未満	男									
	女									
	計									
6ヶ月以上～ 1年未満	男									
	女									
	計									
1年以上～ 3年未満	男									
	女									
	計									
3年以上～ 5年未満	男								2	2
	女					1			4	5
	計					1			6	7
5年以上～ 10年未満	男						1		1	2
	女						1		3	4
	計						2		4	6
10年以上～	男									
	女									
	計									
合 計	男						1		3	4
	女					1	1		7	9
	計					1	2		10	13

■ 介護度は基準日直近の介護保険をもとに振り分けられています。

# 入所(居)状況別一覧表

令和2年4月分

印刷日 令和2年5月15日

区 分		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
家庭	男									
	女							1		1
	計							1		1
その他医療機関	男									
	女									
	計									
その他	男									
	女									
	計									
介護医療院	男									
	女									
	計									
併設医療機関	男									
	女									
	計									
特養	男									
	女									
	計									
療養型	男									
	女									
	計									
有料老人ホーム	男									
	女									
	計									
協力医療機関	男									
	女					1				1
	計					1				1
合 計	男									
	女					1 (1)		1 (1)		2 (2)
	計					1 (1)		1 (1)		2 (2)

■ 区分は入所状況マスタ別に分類されています。

■ 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。

■ 複数月指定時は月ごとに振り分けた結果を合算します。

■ 合計欄は下記の編集方法となります。

XXXX (XXX) . . . . 前半の数字は延べ回数。 ( ) 内の数字は実人数。

# 入所(居)状況別一覧表

令和2年4月分

印刷日 令和2年5月15日

区分		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
1 居宅	男									
	女							1		1
	計							1		1
2 医療機関	男									
	女				1					1
	計				1					1
3 介護老人福祉施設	男									
	女									
	計									
4 介護老人保健施設	男									
	女									
	計									
5 介護療養型医療施設	男									
	女									
	計									
6 認知症対応型共同生活介護	男									
	女									
	計									
7 特定施設入居者生活介護	男									
	女									
	計									
8 その他	男									
	女									
	計									
9 介護医療院	男									
	女									
	計									
合計	男									
	女				1(1)			1(1)		2(2)
	計				1(1)			1(1)		2(2)

■ 区分は入所状況マスタ別に分類されています。

■ 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。

■ 複数月指定時は月ごとに振り分けた結果を合算します。

■ 合計欄は下記の編集方法となります。

XXXX (XXX) . . . . . 前半の数字は延べ回数。 ( ) 内の数字は実人数。

# 入所(居)状況別一覧表

令和2年4月分

印刷日 令和2年5月15日

区 分		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
併設医療機関	男									
	女									
	計									
協力医療機関	男									
	女				1					1
	計				1					1
その他医療機関	男									
	女									
	計									
社会福祉施設	男									
	女									
	計									
居宅	男									
	女							1		1
	計							1		1
その他	男									
	女									
	計									
介護保険施設	男									
	女									
	計									
介護老人保健施設	男									
	女									
	計									
	男									
	女									
	計									
合 計	男									
	女				1 (1)			1 (1)		2 (2)
	計				1 (1)			1 (1)		2 (2)

■ 区分は入所状況マスタ別に分類されています。

■ 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。

■ 複数月指定時は月ごとに振り分けた結果を合算します。

■ 合計欄は下記の編集方法となります。

XXXX (XXX) . . . . 前半の数字は延べ回数。 ( ) 内の数字は実人数。

# 退所(居)状況別一覧表

令和2年4月分

印刷日 令和2年5月15日

区 分		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
家庭	男									
	女					1				1
	計					1				1
療養型老健	男									
	女									
	計									
協力医療機関	男									
	女									
	計									
その他医療機関	男									
	女									
	計									
死亡	男									
	女									
	計									
併設医療機関	男									
	女									
	計									
特養	男									
	女									
	計									
グループホーム	男									
	女									
	計									
その他	男									
	女									
	計									
合 計	男									
	女					1 (1)				1 (1)
	計					1 (1)				1 (1)

■ 区分は退所状況マスタ別に分類されています。

■ 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。

■ 複数月指定時は月ごとに振り分けた結果を合算します。

■ 合計欄は下記の編集方法となります。

XXXX (XXX) . . . . 前半の数字は延べ回数。 ( ) 内の数字は実人数。

# 退所(居)状況別一覧表

令和2年4月分

印刷日 令和2年5月15日

区 分		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
1 居宅	男									
	女					1				1
	計					1				1
3 医療機関入院	男									
	女									
	計									
4 死亡	男									
	女									
	計									
5 その他	男									
	女									
	計									
6 介護老人福祉施設 入所	男									
	女									
	計									
7 介護老人保健施設 入所	男									
	女									
	計									
8 介護療養型医療施 設入院	男									
	女									
	計									
9 介護医療院入所	男									
	女									
	計									
合 計	男									
	女					1 (1)				1 (1)
	計					1 (1)				1 (1)

■ 区分は退所状況マスタ別に分類されています。

■ 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。

■ 複数月指定時は月ごとに振り分けた結果を合算します。

■ 合計欄は下記の編集方法となります。

XXXX (XXX) . . . . 前半の数字は延べ回数。 ( ) 内の数字は実人数。

# 退所(居)状況別一覧表

令和2年4月分

印刷日 令和2年5月15日

区分		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
居宅	男									
	女					1				1
	計					1				1
併設医療機関	男									
	女									
	計									
協力医療機関	男									
	女									
	計									
その他医療機関	男									
	女									
	計									
社会福祉施設	男									
	女									
	計									
死亡	男									
	女									
	計									
その他	男									
	女									
	計									
介護保険施設	男									
	女									
	計									
介護老人保健施設	男									
	女									
	計									
合計	男									
	女					1(1)				1(1)
	計					1(1)				1(1)

■ 区分は退所状況マスタ別に分類されています。

■ 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。

■ 複数月指定時は月ごとに振り分けた結果を合算します。

■ 合計欄は下記の編集方法となります。

XXXX (XXX) . . . . 前半の数字は延べ回数。 ( ) 内の数字は実人数。

令和2年4月

在所(居) 日計表

特別養護老人ホーム ●苑

印刷日: 令和2年5月15日

在所(居)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	
在所(居)者数																															
日別合計	13	13	13	13	13	13	13	14	14	14	13	13	13	13	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	409
地域																															
鹿児島市東開町×××番地	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	69
鹿児島市清水町	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																					10
未設定(振分不可)	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	330
状況区分																															
家庭	8	8	8	8	8	8	8	9	9	9	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	243
その他医療機関	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	90
その他																															0
介護医療院																															0
併設医療機関	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30
特養	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30
療養型																															0
有料老人ホーム																															0
協力医療機関															1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
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																															0
要支援2																															0
要介護1																															0
要介護2															1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
要介護3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																					10
要介護4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	60
要介護5								1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
一次予防対象者																															0
二次予防対象者																															0
未設定(振分不可)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	300

令和2年4月

入所(居) 日計表

特別養護老人ホーム ●苑

印刷日: 令和2年5月15日

入所(居)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			
入所(居)者数																																	
日別合計							1								1																		2
地域																																	
鹿児島市東開町×××番地							1								1																		2
状況区分																																	
家庭							1																										1
その他医療機関																																	0
その他																																	0
介護医療院																																	0
併設医療機関																																	0
特養																																	0
療養型																																	0
有料老人ホーム																																	0
協力医療機関															1																		1
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																																	0
要支援2																																	0
要介護1																																	0
要介護2															1																		1
要介護3																																	0
要介護4																																	0
要介護5							1																										1
一次予防対象者																																	0
二次予防対象者																																	0

令和2年4月

退所(居) 日計表

特別養護老人ホーム ●苑

印刷日: 令和2年5月15日

退所(居)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			
退所(居)者数																																	
日別合計										1																							1
地域																																	
鹿児島市清水町										1																							1
状況区分																																	
家庭										1																							1
療養型老健																																	0
協力医療機関																																	0
その他医療機関																																	0
死亡																																	0
併設医療機関																																	0
特養																																	0
グループホーム																																	0
その他																																	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																																	0
要支援2																																	0
要介護1																																	0
要介護2																																	0
要介護3										1																							1
要介護4																																	0
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5月15日  
 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日  
 利用終了後の場所（どこへ）

総計	1人 ( 100.0 )%
----	------------------

⇒

総計	1人	100.0%
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%

家庭	1人 ( 100.0 )%
----	------------------

⇒

総計	1人	100.0%
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5月15日

令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

利用終了後の場所（どこへ）

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%

特養	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%

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	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%

## 在所(居)者の状況

対象年月日：令和2年4月1日

### (1)人数

在所(居)者	13人	内	男性	4人
		訳	女性	9人

### (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	4人	0人	0人	0人	0人	4人
女性	0人	1人	0人	0人	0人	8人	0人	0人	0人	0人	9人
計	0人	1人	0人	0人	0人	12人	0人	0人	0人	0人	13人

### (3)在所(居)期間

区分	14日以内	15日～1月末	1月～3月末	3月～6月末	6月～1年末	1年～2年末	2年～3年末	3年～4年末	4年～5年末	5年以上	計
男性	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	2人	0人	2人	4人
女性	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	5人	0人	4人	9人
計	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	7人	0人	6人	13人

### (4)要介護度・認知症の状況

要介護度	男性	女性	計	認知症の状況	男性	女性	計
事業対象者	0人	0人	0人	自立	0人	0人	0人
要支援1	0人	0人	0人	ランク I	0人	0人	0人
要支援2	0人	0人	0人	” IIa	0人	0人	0人
要介護1	0人	0人	0人	” IIb	0人	0人	0人
要介護2	0人	0人	0人	” IIIa	0人	0人	0人
要介護3	0人	1人	1人	” IIIb	0人	0人	0人
要介護4	1人	1人	2人	” IV	0人	0人	0人
要介護5	0人	0人	0人	” M	0人	0人	0人
上記以外	0人	0人	0人	上記以外	0人	0人	0人
未登録	3人	7人	10人	未登録	4人	9人	13人
計	4人	9人	13人	計	4人	9人	13人

## 入退所(居)者の状況

対象年月： 令和2年4月

### 1. 人数

新入所(居)者	2人	内 訳	男性	0人
			女性	2人
退所(居)者	1人	内 訳	男性	0人
			女性	1人
延入所(居)者	408人	内 訳	男性	120人
			女性	288人

### 2. 入退所(居)者の状況

#### (1)入所(居)者

区 分		男性	女性	計
医療 機関	併 設	0人	0人	0人
	協 力	0人	1人	1人
	そ の 他	0人	0人	0人
	小 計	0人	1人	1人
居 宅		0人	1人	1人
社会福祉施設		0人	0人	0人
介護保険施設		0人	0人	0人
介護老人保健施設		0人	0人	0人
そ の 他 ( )		0人	0人	0人
計		0人	2人	2人

#### (2)退所(居)者

区 分		男性	女性	計
医療 機関	併 設	0人	0人	0人
	協 力	0人	0人	0人
	そ の 他	0人	0人	0人
	小 計	0人	0人	0人
居 宅		0人	1人	1人
社会福祉施設		0人	0人	0人
介護保険施設		0人	0人	0人
介護老人保健施設		0人	0人	0人
死 亡		0人	0人	0人
そ の 他 ( )		0人	0人	0人
計		0人	1人	1人

## 退所(居)者の状況

対象期間: 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

### 1. 退所(居)者の在所(居)期間

区分	14日以内	15日～1月末	1月～3月末	3月～6月末	6月～1年末	1年～2年末	2年～3年末	3年～4年末	4年～5年末	5年以上	計
男性	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
女性	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	1人
計	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	1人

### 2. 退所(居)先別にみた入所(居)前の場所

退所(居)先		入所(居)前の場所									
		医療機関			居宅	社会福祉施設	介護保険施設	介護老人保健施設	その他	計	
		併設	協力	その他							
医療機関	併設	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	協力	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	その他	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	小計	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
居宅		0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	1人
社会福祉施設		0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
介護保険施設		0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
介護老人保健施設		0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
死亡		0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
その他		0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
計		0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	1人

レセプト統計関係

公費負担者番号	
公費受給者番号	
被保険者番号	9 9 0 0 0 0 0 0 1 7
(フリガナ)	*カ サブ*
氏名	*岡 三*
生年月日	1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 性別 ① 男 2. 女 1 4 年 0 7 月 1 4 日
要介護状態区分	要介護 1・2・③ 4・5
認定有効期間	令和 0 2 年 0 2 月 0 1 日 から 令和 0 3 年 0 1 月 3 1 日 まで

令和	0	2	年	0	4	月分
保険者番号	4	6	2	1	0	1

事業所番号	4 6 9 9 9 9 9 9 1
事業所名称	特別養護老人ホーム ● 苑
所在地	〒 -
連絡先	電話番号

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 7
	事業所名称 ケアセンター ●●●

入所年月日	令和 0 2 年 0 4 月 0 2 日
退所年月日	令和 0 2 年 0 4 月 1 5 日
短期入所 実日数	1 4

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
単独短期生活 I 3	2 1 1 1 3 1	7 6 5	1 4	1 0 7 1 0			
短期生活個別機能訓練加算	2 1 6 0 0 5	5 6	1 4	7 8 4			
短期生活サービス提供体制加算 I 2	2 1 6 1 0 1	1 2	1 4	1 6 8			
短期生活処遇改善加算 I	2 1 6 1 0 8	1 0 0 3	1	1 0 0 3			
短期生活看護体制加算 I	2 1 6 1 1 3	4	1 4	5 6			
短期入所生活介護送迎加算	2 1 9 2 0 0	1 8 4	2	3 6 8			
合計				1 3 0 8 9			

区分	保険分	公費分
①計画単位数	1 1 9 1 8	
②限度額管理対象単位数	1 1 9 1 8	
③限度額管理対象外単位数	1 1 7 1	
④給付単位数	1 3 0 8 9	
⑤単位数単価	1 0 0 0 円/単位	
⑥給付率	9 0 /100	/100
⑦請求額(円)	1 1 7 8 0 1	
⑧利用者負担額(円)	1 3 0 8 9	

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
保険分 請求額(円)							公費分 請求額		公費分本人負担月額

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
21	短期入所生活介護					

公費負担者番号	
公費受給者番号	
被保険者番号	9 9 0 0 0 0 0 0 1 8
(フリガナ)	*サリイ*
氏名	*沢 一*
生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 性別 ①. 男 2. 女 1 4 年 0 4 月 1 9 日
要支援状態区分	要支援1・要支援2
認定有効期間	平成 3 0 年 0 2 月 0 1 日 から 令和 0 3 年 0 3 月 3 1 日 まで

令和	0	2	年	0	4	月分
保険者番号	4	6	2	1	0	1

事業所番号	4 6 9 9 9 9 9 9 1
事業所名称	特別養護老人ホーム ● 苑
所在地	〒 - - - - -
連絡先	電話番号

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 ③. 介護予防支援事業者作成	
	事業所番号	4 6 8 8 8 8 8 8 8
	事業所名称	東●●●地域包括支援センター

入所年月日	令和 0 2 年 0 4 月 0 3 日
退所年月日	令和 0 2 年 0 4 月 1 3 日
短期入所 実日数	1 1

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
予単独短期生活Ⅱ 2	2 4 1 1 2 5	5 7 9	1 1	6 3 6 9			1
予短期生活サービス提供体制加算Ⅰ 2	2 4 6 1 0 1	1 2	1 1	1 3 2			
予短期生活処遇改善加算Ⅲ	2 4 6 1 0 4	2 1 5	1	2 1 5			
合計				6 7 1 6			

区分	保険分	公費分
①計画単位数	6 3 6 9	
②限度額管理対象単位数	6 3 6 9	
③限度額管理対象外単位数	3 4 7	
④給付単位数	6 7 1 6	
⑤単位数単価	1 0 0 0 円/単位	
⑥給付率	9 0 /100	/100
⑦請求額(円)	6 0 4 4 4	
⑧利用者負担額(円)	6 7 1 6	

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
保険分 請求額(円)									
公費分 請求額									
公費分本人負担月額									

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
24	介護予防短期入所生活介護					



様式第一

介護給付費請求書

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

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	1	
請求事業所	名称	特別養護老人ホーム ●苑									
	所在地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
	連絡先										

保 険 者

(別記) 殿

下記のとおり請求します。

令和 2 年 11 月 27 日

保険請求

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	19	218,822	2,188,220	1,878,536		309,684	3	109,635	44,000		65,635
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	19	218,822	2,188,220	1,878,536		309,684	3	109,635	44,000		65,635

公費請求

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

1033

公費負担者番号	
公費受給者番号	
被保険者番号	9 9 0 0 0 0 0 0 1 7
(フリガナ)	*カ サブ*
氏名	*岡 三*
生年月日	1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 性別 ① 男 2. 女 1 4 年 0 7 月 1 4 日
要介護状態区分	要介護 1・2・③ 4・5
認定有効期間	令和 0 2 年 0 2 月 0 1 日 から 令和 0 3 年 0 1 月 3 1 日 まで

令和	0	2	年	0	4	月分
保険者番号	4	6	2	1	0	1

事業所番号	4 6 9 9 9 9 9 9 1
事業所名称	特別養護老人ホーム ● 苑
所在地	〒 - - - - -
連絡先	電話番号

居室サービス計画	① 居室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 7
事業所名称	ケアセンター ●●●

入所年月日	令和 0 2 年 0 4 月 0 2 日
退所年月日	令和 0 2 年 0 4 月 1 5 日
短期入所 実日数	1 4

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
単独短期生活 I 3	2 1 1 1 3 1	7 6 5	1 4	1 0 7 1 0			
短期生活個別機能訓練加算	2 1 6 0 0 5	5 6	1 4	7 8 4			
短期生活サービス提供体制加算 I 2	2 1 6 1 0 1	1 2	1 4	1 6 8			
短期生活処遇改善加算 I	2 1 6 1 0 8	1 0 0 3	1	1 0 0 3			
短期生活看護体制加算 I	2 1 6 1 1 3	4	1 4	5 6			
短期入所生活介護送迎加算	2 1 9 2 0 0	1 8 4	2	3 6 8			
合計				1 3 0 8 9			

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数	1 1 9 1 8	
③限度額管理対象外単位数	1 1 7 1	
④給付単位数	1 3 0 8 9	
⑤単位数単価	1 0 0 0 円/単位	
⑥給付率	/100	/100
⑦請求額(円)		
⑧利用者負担額(円)	1 3 0 8 9	

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
保険分 請求額(円)							公費分 請求額		公費分本人負担月額

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
21	短期入所生活介護					

公費負担者番号	
公費受給者番号	
被保険者番号	9 9 0 0 0 0 0 0 1 8
(フリガナ)	*サリ イ*
氏名	*沢 一*
生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 性別 ①. 男 2. 女 1 4 年 0 4 月 1 9 日
要支援状態区分	要支援1・要支援2
認定有効期間	平成 3 0 年 0 2 月 0 1 日 から 令和 0 3 年 0 3 月 3 1 日 まで

令和	0	2	年	0	4	月分
保険者番号	4	6	2	1	0	1

事業所番号	4 6 9 9 9 9 9 9 1
事業所名称	特別養護老人ホーム ● 苑
所在地	〒 - - - - -
連絡先	電話番号

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 ③. 介護予防支援事業者作成	
	事業所番号	4 6 8 8 8 8 8 8 8
	事業所名称	東●●●地域包括支援センター

入所年月日	令和 0 2 年 0 4 月 0 3 日
退所年月日	令和 0 2 年 0 4 月 1 3 日
短期入所 実日数	1 1

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
予単独短期生活Ⅱ 2	2 4 1 1 2 5	5 7 9	1 1	6 3 6 9			1
予短期生活サービス提供体制加算Ⅰ 2	2 4 6 1 0 1	1 2	1 1	1 3 2			
予短期生活処遇改善加算Ⅲ	2 4 6 1 0 4	2 1 5	1	2 1 5			
合計				6 7 1 6			

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数	6 3 6 9	
③限度額管理対象外単位数	3 4 7	
④給付単位数	6 7 1 6	
⑤単位数単価	1 0 0 0 円/単位	
⑥給付率	/100	/100
⑦請求額(円)		
⑧利用者負担額(円)	6 7 1 6	

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
保険分請求額(円)									
公費分請求額									
公費分本人負担月額									

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
24	介護予防短期入所生活介護					

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

令和	0	2	年	0	4	月分
保険者番号	4	6	2	0	1	0

被保険者	被保険者番号	9	9	0	0	0	0	0	0	1	3	
	(フリガナ)	*ツ サブ*										
	氏名	*津 三*										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			性別	①. 男 2. 女						
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・④・5			旧措置入所者特例	①. 無 2. 有						
認定有効期間	平成 3 0 年 0 1 月 0 1 日 から			令和 0 3 年 1 2 月 3 1 日 まで								

請求事業者	事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	1	
	事業所名称	特別養護老人ホーム ●苑									
	所在地	〒 - - - - -									
	連絡先	電話番号									

入所年月日	平成	2	5	年	0	3	月	1	3	日	退所年月日			年		月		日	入所実日数	3	0	外泊日数		
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	--	--	---	--	---	--	---	-------	---	---	------	--	--

入所前の状況	①. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院									
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

退所後の状況	1. 居宅 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									
--------	---------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
福祉施設Ⅱ 4	5 1 1 1 4 5	7 6 5 3 0		2 2 9 5 0			1
福祉施設個別機能訓練加算	5 1 6 0 0 3	1 2 3 0		3 6 0			
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	5 1 6 1 0 7	1 8 3 0		5 4 0			
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	5 1 6 1 1 0	2 1 1 7 1		2 1 1 7			
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	5 1 6 1 1 3	6 3 0		1 8 0			
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	5 1 6 1 1 7	2 2 2 9		6 3 8			
福祉施設経口移行加算	5 1 6 2 7 4	2 8 3 0		8 4 0			
合計				2 7 6 2 5			

区分	保険分	公費分
①単位数合計	2 7 6 2 5	
②単位数単価	1 0 0 0 円/単位	
③給付率	/100	/100
④請求額(円)		
⑤利用者負担額(円)	2 7 6 2 5	

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額

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
51	介護福祉施設サービス				
54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				

レセプト一覧 請求年月: 令和2年5月 特別養護老人ホーム ●苑

印刷日: 令和2年11月27日

利用者: \*田 良\* (女)(1020) 提供年月: 令和2年4月

被保険者番号(給付率): 462010 - 4623161616 (90%) 要介護2 支援事業所:

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

緊急施設療養点数合計: 特別療養費単位数合計:

特定入所合計: 35,760 特定入所保険分: 19,440 軽減額: 軽減後利用者負担額:

明細	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス 単位数	公費1対象		公費2対象		摘要
						回数 日数	単位数	回数 日数	単位数	
	福祉施設Ⅱ2	511125	627	16	10,032				1	
	福祉施設個別機能訓練加算	516003	12	16	192					
	福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ1	516107	18	16	288					
	福祉施設処遇改善加算Ⅰ	516110	987	1	987					
	福祉施設看護体制加算Ⅰ1	516113	6	16	96					
	福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ1	516117	22	16	352					
	福祉施設経口移行加算	516274	28	16	448					
	福祉施設初期加算	516400	30	16	480					

集計	サービス種類	サービス実日数	計画単位数		限度額管理対象単位数	限度額管理対象外単位数
	給付単位数	公費1分単位数	公費2分単位数	単位数単価	保険請求額	
	利用者負担額	公費1請求額	公費2請求額	公費1分本人負担	公費2分本人負担	
	特養		0	0	0	0
		12,875	0	0	10.00	115,875
		12,875	0	0	0	0
	合計情報					115,875
		12,875	0	0	0	0

利用者: \*津 三\* (男)(1032) 提供年月: 令和2年4月

被保険者番号(給付率): 462010 - 9900000013 (90%) 要介護4 支援事業所:

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

緊急施設療養点数合計: 特別療養費単位数合計:

特定入所合計: 特定入所保険分: 軽減額: 軽減後利用者負担額:

明細	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス 単位数	公費1対象		公費2対象		摘要
						回数 日数	単位数	回数 日数	単位数	
	福祉施設Ⅱ4	511145	765	30	22,950				1	
	福祉施設個別機能訓練加算	516003	12	30	360					
	福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ1	516107	18	30	540					
	福祉施設処遇改善加算Ⅰ	516110	2,117	1	2,117					
	福祉施設看護体制加算Ⅰ1	516113	6	30	180					
	福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ1	516117	22	29	638					
	福祉施設経口移行加算	516274	28	30	840					

集計	サービス種類	サービス実日数	計画単位数		限度額管理対象単位数	限度額管理対象外単位数
	給付単位数	公費1分単位数	公費2分単位数	単位数単価	保険請求額	
	利用者負担額	公費1請求額	公費2請求額	公費1分本人負担	公費2分本人負担	
	特養		0	0	0	0
		27,625	0	0	10.00	248,625
		27,625	0	0	0	0
	合計情報					248,625
		27,625	0	0	0	0

介護度別サービスコード別請求額一覧

提供年月: R02/04 ~ R02/04

作成日: R02/5/24

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
短期入所生活介護	要介護3	211131	単独短期生活Ⅰ3	765	14	10,710	107,100	1
短期入所生活介護	要介護3	216005	短期生活個別機能訓練加算		14	784	7,840	1
短期入所生活介護	要介護3	216101	短期生活サービス提供体制加算Ⅰ2		8	96	960	1
短期入所生活介護	要介護3	216108	短期生活処遇改善加算Ⅰ		1	559	5,590	1
短期入所生活介護	要介護3	216113	短期生活看護体制加算Ⅰ		14	56	560	1
短期入所生活介護	要介護3	219200	短期入所生活介護送迎加算		2	368	3,680	1
小計		21****	短期入所生活介護	-	-	12,573	125,730	6
介護予防短期入所生活介護	要支援2	241125	予単独短期生活Ⅱ2	579	11	6,369	63,690	1
介護予防短期入所生活介護	要支援2	246101	予短期生活サービス提供体制加算Ⅰ2		11	132	1,320	1
介護予防短期入所生活介護	要支援2	246104	予短期生活処遇改善加算Ⅲ		1	227	2,270	1
介護予防短期入所生活介護	要支援2	249200	予短期入所生活介護送迎加算		2	368	3,680	1
小計		24****	介護予防短期入所生活介護	-	-	7,096	70,960	4
介護老人福祉施設	要介護4	511145	福祉施設Ⅱ4	765	30	22,950	229,500	1
介護老人福祉施設	要介護4	516003	福祉施設個別機能訓練加算		30	360	3,600	1
介護老人福祉施設	要介護4	516107	福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ1		30	540	5,400	1
介護老人福祉施設	要介護4	516110	福祉施設処遇改善加算Ⅰ		1	2,119	21,190	1
介護老人福祉施設	要介護4	516113	福祉施設看護体制加算Ⅰ1		30	180	1,800	1
介護老人福祉施設	要介護4	516117	福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ1		30	660	6,600	1
介護老人福祉施設	要介護4	516274	福祉施設経口移行加算		30	840	8,400	1
小計		51****	介護老人福祉施設	-	-	27,649	276,490	7
合計		-		-	-	47,318	473,180	17

総合計

			サービス種類	単位	延回数(日数)	合計単位(点数)	合計金額	
合計		21****	短期入所生活介護	-	-	12,573	125,730	-
合計		24****	介護予防短期入所生活介護	-	-	7,096	70,960	-

介護度別サービスコード別請求額一覧

提供年月: R02/06 ~ R02/06

作成日: R02/11/24

総合計

			サービス種類	単位	延回数(日数)	合計単位(点数)	合計金額	
合計		51****	介護老人福祉施設	-	-	27,649	276,490	-
総合計		-		-	-	47,318	473,180	-

サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ~ R02/04

作成日： R02/5/24

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
短期入所生活介護	211131	単独短期生活Ⅰ 3	765	14	10,710	107,100	1
短期入所生活介護	216005	短期生活個別機能訓練加算		14	784	7,840	1
短期入所生活介護	216101	短期生活サービス提供体制加算Ⅰ 2		8	96	960	1
短期入所生活介護	216108	短期生活処遇改善加算Ⅰ		1	559	5,590	1
短期入所生活介護	216113	短期生活看護体制加算Ⅰ		14	56	560	1
短期入所生活介護	219200	短期入所生活介護送迎加算		2	368	3,680	1
小計	21****	短期入所生活介護	-	-	12,573	125,730	6
介護予防短期入所生活介護	241125	予単独短期生活Ⅱ 2	579	11	6,369	63,690	1
介護予防短期入所生活介護	246101	予短期生活サービス提供体制加算Ⅰ 2		11	132	1,320	1
介護予防短期入所生活介護	246104	予短期生活処遇改善加算Ⅲ		1	227	2,270	1
介護予防短期入所生活介護	249200	予短期入所生活介護送迎加算		2	368	3,680	1
小計	24****	介護予防短期入所生活介護	-	-	7,096	70,960	4
介護老人福祉施設	511145	福祉施設Ⅱ 4	765	30	22,950	229,500	1
介護老人福祉施設	516003	福祉施設個別機能訓練加算		30	360	3,600	1
介護老人福祉施設	516107	福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1		30	540	5,400	1
介護老人福祉施設	516110	福祉施設処遇改善加算Ⅰ		1	2,119	21,190	1
介護老人福祉施設	516113	福祉施設看護体制加算Ⅰ 1		30	180	1,800	1
介護老人福祉施設	516117	福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1		30	660	6,600	1
介護老人福祉施設	516274	福祉施設経口移行加算		30	840	8,400	1
小計	51****	介護老人福祉施設	-	-	27,649	276,490	7
合計	-	-	-	-	47,318	473,180	17

総合計

	サービス種類	単位	延回数(日数)	合計単位(点数)	合計金額		
合計	21****	短期入所生活介護	-	-	12,573	125,730	-
合計	24****	介護予防短期入所生活介護	-	-	7,096	70,960	-
合計	51****	介護老人福祉施設	-	-	27,649	276,490	-
総合計	-	-	-	-	47,318	473,180	-

## 稼動額集計表

提供年月：令和2年4月

(全請求分)

特別養護老人ホーム ●苑

印刷日：R2/5/24

要介護2				保険請求		特定介護サービス費		(食費)※1		(居住費)※1		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	(食費)※2	(居住費)※2			減免金額
4623161616	*田 良*	R2/4	51	115,875	0	19,440	0	11,680	0	7,760	0	0	0	12,875	0	16,320	10,400	5,920	0	164,510	
	合計	(件数計)	1	115,875	0	19,440	0	11,680	0	7,760	0	0	0	12,875	0	16,320	10,400	5,920	0	164,510	
要介護3				保険請求		特定介護サービス費		(食費)※1		(居住費)※1		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	(食費)※2	(居住費)※2			減免金額
8888888888	*京*	R2/4	51	76,320	0	12,270	0	7,420	0	4,850	0	0	0	8,480	0	10,200	6,500	3,700	0	107,270	
	合計	(件数計)	1	76,320	0	12,270	0	7,420	0	4,850	0	0	0	8,480	0	10,200	6,500	3,700	0	107,270	
要介護4				保険請求		特定介護サービス費		(食費)※1		(居住費)※1		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	(食費)※2	(居住費)※2			減免金額
4612121212	*蘇 花*	R2/4	51	218,385	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24,265	0	66,700	41,400	25,200	0	309,350	
9900000013	唐津 三郎	R2/4	51	248,841	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27,649	0	70,410	41,760	25,650	0	346,900	
	合計	(件数計)	2	467,226	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51,914	0	137,110	83,160	50,850	0	656,250	
要介護5				保険請求		特定介護サービス費		(食費)※1		(居住費)※1		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	(食費)※2	(居住費)※2			減免金額
2899990001	*路 一*	R2/4	51	204,327	0	33,925	0	22,770	0	11,155	0	0	0	22,703	0	19,780	8,970	8,510	0	280,735	
	合計	(件数計)	1	204,327	0	33,925	0	22,770	0	11,155	0	0	0	22,703	0	19,780	8,970	8,510	0	280,735	
総合計				保険請求		特定介護サービス費		(食費)※1		(居住費)※1		特定治療請求		利用料請求分					合計	医療保険	
		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	(食費)※2	(居住費)※2			減免金額
	合計	R2/4	5	863,748	0	65,635	0	41,870	0	23,765	0	0	0	95,972	0	183,410	109,030	68,980	0	1,208,765	
	総合計		5	863,748	0	65,635	0	41,870	0	23,765	0	0	0	95,972	0	183,410	109,030	68,980	0	1,208,765	

※1の(食費)(居住費)は特定介護サービス費の内訳となります。

※2の(食費)(居住費)は利用料請求分の自費金額に含まれています。

## 介護度別給付稼動額一覧

提供年月：令和2年4月

(全請求分)

特別養護老人ホーム ●苑

印刷日：R2/5/24

要介護2				日数	保険請求				特定介護サービス費			(食費)※1			(居住費)※1			特定治療請求			合計	
被保険者番号	氏名	提供年月	種類		請求単位数	保険請求額	利用者負担	公費請求額	公費本人負担	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額		公費請求額
4623161616	*田 良*	R2/4	51	16	12,875	115,875	12,875	0	0	19,440	16,320	0	11,680	10,400	0	7,760	5,920	0	0	0	0	164,510
	合計	(件数計)	1	16	12,875	115,875	12,875	0	0	19,440	16,320	0	11,680	10,400	0	7,760	5,920	0	0	0	0	164,510
要介護3				日数	保険請求				特定介護サービス費			(食費)※1			(居住費)※1			特定治療請求			合計	
被保険者番号	氏名	提供年月	種類		請求単位数	保険請求額	利用者負担	公費請求額	公費本人負担	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額		公費請求額
8888888888	*京*	R2/4	51	10	8,480	76,320	8,480	0	0	12,270	10,200	0	7,420	6,500	0	4,850	3,700	0	0	0	0	107,270
	合計	(件数計)	1	10	8,480	76,320	8,480	0	0	12,270	10,200	0	7,420	6,500	0	4,850	3,700	0	0	0	0	107,270
要介護4				日数	保険請求				特定介護サービス費			(食費)※1			(居住費)※1			特定治療請求			合計	
被保険者番号	氏名	提供年月	種類		請求単位数	保険請求額	利用者負担	公費請求額	公費本人負担	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額		公費請求額
4612121212	*蘇 花*	R2/4	51	30	24,265	218,385	24,265	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	242,650
9900000013	唐津 三郎	R2/4	51	30	27,649	248,841	27,649	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	276,490
	合計	(件数計)	2	60	51,914	467,226	51,914	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	519,140
要介護5				日数	保険請求				特定介護サービス費			(食費)※1			(居住費)※1			特定治療請求			合計	
被保険者番号	氏名	提供年月	種類		請求単位数	保険請求額	利用者負担	公費請求額	公費本人負担	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額		公費請求額
2899990001	*路 一*	R2/4	51	23	22,703	204,327	22,703	0	0	33,925	17,480	0	22,770	8,970	0	11,155	8,510	0	0	0	0	278,435
	合計	(件数計)	1	23	22,703	204,327	22,703	0	0	33,925	17,480	0	22,770	8,970	0	11,155	8,510	0	0	0	0	278,435
総 合 計				日数	保険請求				特定介護サービス費			(食費)※1			(居住費)※1			特定治療請求			合計	
		提供年月	件数		請求単位数	保険請求額	利用者負担	公費請求額	公費本人負担	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額	公費請求額	保険請求額	本人負担額		公費請求額
	合 計	R2/4	5	109	95,972	863,748	95,972	0	0	65,635	44,000	0	41,870	25,870	0	23,765	18,130	0	0	0	0	1,069,355
	総 合 計		5	109	95,972	863,748	95,972	0	0	65,635	44,000	0	41,870	25,870	0	23,765	18,130	0	0	0	0	1,069,355

※1の(食費)(居住費)は特定介護サービス費の内訳となります。

## 介護給付費請求額一覧

請求年月：令和02年05月

特別養護老人ホーム ●苑

印刷日：R02/5/24

サービス種類	サービス費用					特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担額	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
15 通所介護	11	97,277	791,403	0	181,367	0	0	0	0	0
21 短期入所生活介護	1	7,291	65,619	0	7,291	0	0	0	0	0
24 介護予防短期入所生活介護	1	7,096	63,864	0	7,096	0	0	0	0	0
51 介護老人福祉施設	1	27,649	248,841	0	27,649	0	0	0	0	0
A6 通所型サービス(独自)	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A7 通所型サービス(独自/定率)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事業所計	20	139,313	1,169,727	0	223,403	0	0	0	0	0
全体計	20	139,313	1,169,727	0	223,403	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：21, 24, 51

区分	件数	日数	費用額	保険負担額	公費負担額	本人負担額
462010	鹿児島市					
入所系	3	76	683,650	602,541	0	81,109
計	3	76	683,650	602,541	0	81,109
462036	鹿屋市					
入所系	1	10	107,270	88,590	0	18,680
計	1	10	107,270	88,590	0	18,680
462051	いちき串木野市					
入所系	1	23	278,435	238,252	0	40,183
計	1	23	278,435	238,252	0	40,183
462101	指宿市					
居宅系	2	25	198,050	178,245	0	19,805
計	2	25	198,050	178,245	0	19,805
合計						
居宅系	2	25	198,050	178,245	0	19,805
入所系	5	109	1,069,355	929,383	0	139,972
計	7	134	1,267,405	1,107,628	0	159,777

## 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： 介護老人福祉施設

印刷日： R02/5/24

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	(基本) 個別機能訓練加算 若年性認知症受入加算 外泊時費用	初期加算 退所前後訪問相談援助 退所時相談援助加算 退所前連携加算	栄養マネジメント加算 経口移行加算 経口維持加算 口腔衛生管理等加算	療養食加算 看取り介護加算 在宅復帰支援機能加算 在宅入所相互利用加算	認知症専門ケア加算 認知症緊急対応加算 その他 加減算 【保険単位数】	種別	保険請求額	保険利用者負担額	公費請求額	公費本人負担額
<b>要介護3</b>										
* 京 *	6,970	0	0	0	0	保険	76,320	8,480	0	0
	120	0	280	0	0	食費	7,420	6,500	0	0
888888888	0	0	0	0	1,110	居住費	4,850	3,700	0	0
第3段階	0	0	0	0	8,480	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護3 小計	6,970	0	0	0	0	保険	76,320	8,480	0	0
( 1人)	120	0	280	0	0	食費	7,420	6,500	0	0
	0	0	0	0	1,110	居住費	4,850	3,700	0	0
	0	0	0	0	8,480	特定治療・療養	0	0	0	0
<b>要介護4</b>										
* 津 三 *	22,950	0	0	0	0	保険	248,841	27,649	0	0
1032	360	0	840	0	0	食費	0	0	0	0
9900000013	0	0	0	0	3,499	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	27,649	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護4 小計	22,950	0	0	0	0	保険	248,841	27,649	0	0
( 1人)	360	0	840	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	3,499	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	27,649	特定治療・療養	0	0	0	0
<b>要介護5</b>										
* 路 一 *	19,136	690	0	0	0	保険	204,327	22,703	0	0
	276	0	0	0	0	食費	22,770	8,970	0	0
2899990001	0	0	0	0	2,601	居住費	11,155	8,510	0	0
第2段階	0	0	0	0	22,703	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護5 小計	19,136	690	0	0	0	保険	204,327	22,703	0	0
( 1人)	276	0	0	0	0	食費	22,770	8,970	0	0
	0	0	0	0	2,601	居住費	11,155	8,510	0	0
	0	0	0	0	22,703	特定治療・療養	0	0	0	0
<b>総合計</b>										
( 3人)	49,056	690	0	0	0	保険	519,488	58,832	0	0
	756	0	1,120	0	0	食費	30,190	15,470	0	0
	0	0	0	0	7,210	居住費	16,005	12,210	0	0
	0	0	0	0	58,832	特定治療・療養	0	0	0	0

アセスメント

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	
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 スポン・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：できる 今の季節を理解することが：できる	
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	
その他	日中の生活：座っている事が多い 外出頻度：週1回以上 家族・居住環境・社会参加等の状況における生活の不活性化の原因になるような変化：ない	

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

I. 基本情報

1. 氏名

\*国 良\*

\*国 良\*

2. 性別

1. 男

2. 女

3. 生年月日

S14年07月29日

4. 現住所

5. 入院日・入所日

R02年04月01日

6. 入院・入所前の状況

1. 自宅またはアパート
2. 療養型以外の病院・有床診療所
3. 療養型の病院・有床診療所（介護療養型医療施設）
4. 老人保健施設（介護老人保健施設）
5. 特別養護老人ホーム（介護福祉施設）
6. 精神病院
7. ケア付き住宅・有料老人ホーム・グループホーム
8. 1～7以外

2

7. 世帯類型

1. 一人暮らし
2. 高齢者夫婦のみ
3. その他

1

8. 過去5年間の90日以上継続した入院・入所歴

- a. 当該施設への入院・入所歴
- b. 療養型以外の病院・有床診療所
- c. 療養型の病院・有床診療所（介護療養型医療施設）
- d. 老人保健施設（介護老人保健施設）
- e. 特別養護老人ホーム（介護福祉施設）
- f. 精神病院
- g. 上記に該当なし

a ●

b

c

d

e

f

g

9. 職業歴

主なものを2つまで具体的に記入

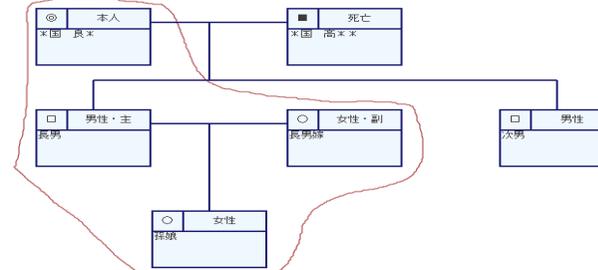
10. 教育歴

最終学歴

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

3

11. 家族図



女性=○ 男性=□  
 本人=◎ 回  
 死亡=● ■ 同居=---で囲む

12. IとIIの記入日

R02年04月02日

II. 入院・入所前の生活

1. 入院・入所前の生活

1日の日課

- a. 夜遅くまで起きていた（例：夜9時以降）
- b. 日中、定期的に昼寝をしていた（1時間以上）
- c. 1週間に1日以上は外出していた
- d. 趣味・読書、きめられた日々の日課で忙しくしていた
- e. ほとんどの時間を1人、あるいはテレビを見て過ごしていた
- f. 屋内は自立して移動していた（補助具の使用を含む）
- g. 少なくとも1日1回は喫煙していた
- h. 上記に該当なし

a

b ●

c ●

d ●

e ●

f ●

g

h

食事の習慣

- i. 特別な食生活
- j. ほぼ毎日、間食していた
- k. 少なくとも1週間に1度は飲酒していた
- l. 上記に該当なし

i

j ●

k

l

日常生活の行動様式

- m. ほとんど1日中、寝間着のままだった
- n. ほとんど毎晩、トイレに起きていた
- o. 便の排泄が不規則であった
- p. 入浴は、シャワーを好んだ
- q. 晩に入浴することを好んだ
- r. 上記に該当なし

m

n

o ●

p ●

q

r

関わり合い方

- s. 親族や親しい友人と毎日接触があった
- t. よくお寺や神社に参拝、あるいは教会の礼拝に行っていた
- u. 信仰をよりどころにしていた
- v. 毎日動物を相手にしていた、一緒にいた
- w. グループ活動をしていた
- x. 上記に該当なし

s

t

u ●

v

w

x

y. 患者・入所者、家族はいずれの情報も提供できない

y

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

**A. 患者・入所者の基本的情報**

**2. 部屋番号 (名)**

今回 202

前回 202

前々回 202

**3. アセスメント基準日**

今回 R02年04月01日

前回 R02年04月01日

前々回 R02年04月01日

**4. 配偶者の有無**

- 1. 未婚
- 2. 既婚
- 3. 死別
- 4. 離婚
- 5. その他

今回 前回 前々回

3 3 3

**5. 施設におけるID番号**

今回

前回

前々回

**6. 保険の種類**

該当するものすべてにチェック

- a. 医療保険
- b. 介護保険
- c. 生活保護

今回 前回 前々回

a ● ● ●  
b ● ● ●  
c

**7. 自己負担額**

1ヶ月の自己負担額を千円未満は四捨五入して記入

新入院・新入所の場合は、予測額を記入。

1ヶ月以内の入院・入所の場合は1ヶ月に換算

- a. 毎月の保険内自己負担額 ( ) 千円
- b. 毎月の保険外自己負担額 ( ) 千円

今回 前回 前々回

a 20 千円 20 千円 20 千円  
b 70 千円 70 千円 70 千円

**8. アセスメントの理由**

- 1. 新入院・新入所
- 2. 転院・転所
- 3. 定時
- 4. 状態の著変

今回 前回 前々回

3 3 3

**9. 意思決定権**

- a. 本人
- b. 家族
- c. 法定代理人・後見人
- d. 上記に該当なし

a ● ● ●  
b  
c  
d

**10. 終末期に対する希望**

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

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

**11. 面会**

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

2 2 2

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

**B. 認知**

**1. 昏睡状態**  
植物状態が続いている、あるいは痛みを識別できるような意識がない  
0. 昏睡状態ではない  
1. 昏睡状態である（1. の場合Gの項目にとぶ）

今回 前回 前々回

0 0 0

**2. 記憶**

a. 短期記憶：5分前のことが思い出せる、あるいはそのように見える  
0. はい 1. いいえ

1 1 0

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

1 1 0

**3. 記憶を想起する能力**

過去3日間通常思い出せた項目をすべてチェックする  
a. 今の季節  
b. 自分の部屋の場所  
c. スタッフの名前／顔  
d. 施設に在ること  
e. 上記のものはすべて思い出せない

a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. 日常の意思決定を行うための認知能力**

毎日の日課における意思決定  
0. 自立：首尾一貫して理にかなった判断ができる  
1. 限定的な自立：新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある  
2. 軽度の障害：特別な状況において、判断力が弱く、合図や見守りが必要である  
3. 中等度の障害：常に判断力が弱く、合図や見守りが必要である  
4. 重度の障害：判断できないか、まれにしか判断できない

1 0 0

**5. せん妄の兆候、混乱した思考・意識**

過去7日間の行動を記入  
【正確にアセスメントするためには、この間の患者・入所者の行動を直接知っているスタッフや家族との話し合いが必要である】

0. このようなことはなかった  
1. 最近始まったのではない  
2. この7日間は通常の状態と異なる（たとえば、新たに始まったり、悪化した）

今回 前回 前々回

a. 注意がそらされやすい（たとえば、集中力がない、話がそれる）  
b. 周囲の環境に対する認識が変化する（たとえば、その場にいらない人に話をしたり唇を動かす、自分をどこか別の場所にいると思ひこむ、昼夜の混乱）  
c. 支離滅裂な会話が時々ある（たとえば、話していることが一貫しない、無意味である、見当違い、話題がとぶ、思考が散漫）  
d. 落ち着きがない（たとえば、皮膚や服、ナプキンなどをいじったり、ひっぱる、居場所をよく変える、身体を動かす続ける、叫び続ける）  
e. 無気力（たとえば、動作が鈍い、宙を見ている、なかなか奮起しない、身体の動きが少ない）  
f. 認知能力が1日の中で変動する（たとえば、時々良かったり、悪かったり、行動があったり、なかったりする）

a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. 認知状態の変化**

過去90日間における認知状態、技能、能力の変化（前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて）  
0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

0 0 0

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

**C. コミュニケーション・聴覚**

**1. 聴覚**

もし使用していれば、聴覚補助具等用いて

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

今回 前回 前々回

1 1 1

**2. コミュニケーションの補助具／方法**

過去3日間に使われたすべてにチェック

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

a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. 表現方法**

患者・入所者が自分の意思を知らせるために使ったすべてにチェック

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

a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. 自分を理解させることができる**

どんな方法で表現してもよい

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

1 1 1

**5. 言葉の明瞭性**

過去3日間の話し方

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

1 1 1

**6. 他者を理解できる**

どんな方法で話した内容を理解してもよい

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

1 1 1

**7. 聴覚・コミュニケーションの変化**

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

- 0. 変化なし
- 1. 改善
- 2. 悪化

今回 前回 前々回

1 1 1

**D. 視覚**

**1. 視力**

適切な明るさのもとでの視力、もし使用をしていれば、眼鏡等を用いて

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

1 1 1

**2. 視覚・視野障害**

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

a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. 視覚補助具**

眼鏡、コンタクトレンズ、拡大鏡など

- 0. 使用していない
- 1. 使用している

0 0 0

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

**E. 気分と行動**

今回 前回 前々回

今回 前回 前々回

**1. うつ状態、不安、悲しみの気分の兆候**

過去3日間に観察された兆候（理由のいかんを問わない）

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

**苦悩の言語的表現**

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

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

**睡眠周期の問題**

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

j	0	0	0
k	0	0	0

**悲しみ、無関心、不安の表れ**

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

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

**興味の喪失**

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

o	0	0	0
p	1	1	1

**2. 気分の持続性**

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

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

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

**3. 気分の変化**

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

- 0. 変化なし
- 1. 改善
- 2. 悪化

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

**4. 問題行動**

(A) 過去3日間の問題行動の頻度

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

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

(B) 過去3日間の問題行動の変異性

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

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

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

**5. 問題行動の変化**

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

- 0. 変化なし
- 1. 改善
- 2. 悪化

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

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

**F. 心理面と対人関係**

今回 前回 前々回

**1. 自発性・参加意識**

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

a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. 対人関係の不安定**

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

a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**3. 過去の役割**

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

a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

**G. 身体機能と機能問題**

今回 前回 前々回

**1. ADLの自立度**

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

今回 前回 前々回

a. ベッド上の可動性 横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する	2	2	2
b. 移乗 ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか（浴槽や便座への移乗は除く）	1	1	1
c. 室内歩行 自分の部屋の中をどのように歩くか	2	2	2
d. 廊下の歩行 自分の棟の廊下をどのように歩くか	2	2	2
e. 病棟（ユニット）の中での移動 どのように自室から廊下へ移動するか（車いすなら、車いすに移乗したあと）	2	2	2
f. 病棟（ユニット）の外への移動 別の病棟（ユニット）へどのように移動するか（たとえば、娯楽室、処置室） 施設が平屋の場合、同じ階の離れたところへの移動（車いすなら、車いすに移乗したあと）	1	1	1
g. 更衣 (A) 上半身： どのように上半身の衣類（普段着や下着）を着たり、脱いだりするか。 装具・矯正具やファスナーセーターなどを含む (B) 下半身： どのように下半身の衣類（普段着や下着）を履いたり、脱いだりするか。 装具・矯正具やベルト、ズボン、スカート、靴やファスナーを含む	(A) 1	(A) 1	(A) 1
	(B) 0	(B) 0	(B) 0
h. 食事 どのように食べたり、飲んだりするか。（上手、下手に関係なく）経管や経静脈栄養も含む			
i. トイレの使用 (A) トイレの使用： どのようにトイレ（ポータブルトイレ、便器、尿器を含む）を使用するか。 排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣類を整える（移乗は除く） (B) トイレへの移乗： どのようにトイレ（ポータブルトイレ）に移乗するか	(A) 1	(A) 1	(A) 1
	(B) 1	(B) 1	(B) 1
j. 個人衛生 どのように個人衛生を保つか（髪をとかず、歯をみがく、ひげをそる、化粧をする、洗顔する、手や陰部を洗う、ただし、入浴、シャワーを除く）	1	1	1

**2. 入浴**

- 入浴の自立度についてG1のコードを用いて評価する
- (A) 入浴： どのように入浴やシャワーや清拭するか（背中を洗うことと洗髪と移乗は含まない）。身体それぞれの部分（腕、太股、膝下、胸部、腹部、陰部）をどう洗うかは含まれる。最も依存的な状態を記入する（移乗は除く）
- (B) 浴槽への移乗： どのように浴槽（シャワー室）に入浴するか

(A) 1 1 1

(B) 1 1 1

**3. バランス検査**

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

(a) 1 1 1

(b) 1 1 1

- a. 立位バランス
- b. 座位バランス： 姿勢、体幹のコントロール

**4. 可動域の制限**

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

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

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

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

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

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

**5. 移動の方法**

過去3日間に使用したものすべてをチェック

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

a	●	●	●
b	●	●	●
c			
d			
e			

**6. 移乗の方法**

過去3日間に使用したものすべてをチェック

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

a			
b			
c			
d			
e			
f	●	●	●

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

**G. 身体機能と機能問題**

**7. 動作分割**

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

0. いいえ                      1. はい

今回   前回   前々回

0      0      0

**8. リハビリテーションによる潜在能力**

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

a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**9. ADLの変化**

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

0. 変化なし      1. 改善      2. 悪化

1      1      1

**H. 失禁**

**1. 失禁**

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

今回   前回   前々回

(a) 0      0      0

**b. 便失禁**

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

(b) 0      0      0

**2. 排便のパターン**

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

a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. 用具やプログラム**

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

a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. 尿のコントロールの変化**

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

0. 変化なし      1. 改善      2. 悪化

0      0      0

# アセスメント結果表 I

作成日：R02年10月05日

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

## I. 疾患

### 1. 疾患

内分泌／代謝／栄養

- a. 糖尿病
- b. 甲状腺機能亢進症
- c. 甲状腺機能低下症

心臓／循環器

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

筋骨格

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

神経

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

精神

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

呼吸器

- jj. 喘息
- kk. 肺気腫／慢性閉塞性肺疾患（COPD）

感覚器

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

その他

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

今回 前回 前々回

a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
t	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. 感染症

いずれも該当しなければ、「上記に該当なし」をチェック

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

今回 前回 前々回

a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### 3. その他の疾患または詳細な疾患名とICD-10コード

今回	<input type="text"/>	<input type="text"/>
前回	<input type="text"/>	<input type="text"/>
前々回	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

**J. 健康状態**

**1. 問題状況**

水分状態の指標

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

その他

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

**2. 痛み**

a. 頻度（痛みの訴えや痛みがあることを示した）

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

b. 程度

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

今回 前回 前々回

a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(a)  1  1  1

(b)  1  1  1

**3. 痛みの場所**

過去3日間の痛みのあった箇所をすべてチェック

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

今回 前回 前々回

a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. 転倒**

該当するものをすべてチェック

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

a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**5. 状態の安定性**

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

a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

**K. 口腔衛生、栄養状態**

	今回	前回	前々回
<b>1. 口腔の状態</b>			
a. 咀嚼問題			
0. いいえ	1. はい		
(a)	0	0	0
b. 嚥下問題			
0. 正常：すべての食べ物を安全で効率的に飲み込める			
1. 固形物を飲み込むための食事変更が必要である（粥、刻み食など）			
2. 固形物と液体を飲み込むための食事変更が必要である（ピューレ、流動食など）			
3. 経口摂取と経管栄養を併用			
4. 全く経口摂取をしていない			
(b)	1	1	1
c. 口腔が痛む			
0. いいえ	1. はい		
(c)	0	0	0
<b>2. 身長と体重</b>			
a. 身長 (cm)			
b. 体重 (kg)			
過去30日間の直近の値を記入 施設の標準的な測定状況（たとえば、午前中の排泄後、食前、靴を履かない、寝間着）での値とする			
(a)	150.0 cm	150.0 cm	150.0 cm
(b)	42.0 kg	42.0 kg	42.0 kg
<b>3. 体重の変化</b>			
a. 体重減少：過去30日間に5%以上の減少、または過去180日間で10%以上の減少			
0. いいえ	1. はい		
(a)	0	0	0
b. 体重増加：過去30日間に5%以上の増加、または過去180日間で10%以上の増加			
0. いいえ	1. はい		
(b)	0	0	0
<b>4. 栄養問題</b>			
a. 多くの食べ物の味について文句を言う			
b. 空腹を常に訴える			
c. 食事の25%以上を残すことが多い			
d. 上記に該当なし			
a			
b			
c			
d	●	●	●

今回	前回	前々回
<b>5. 栄養摂取の方法</b>		
過去3日間に使用されたすべてにチェック		
a. 経静脈栄養		
b. 経管栄養		
c. ミキサー食（粥、刻み食を含む）		
d. シリンジをつかった経口摂取		
e. 治療食		
f. 食間の特別捕食		
g. プレートガード、固定された食器など		
h. 減量、または体重増加のプログラムの実施中		
i. 上記に該当なし		

	今回	前回	前々回
a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h			
i	●	●	●

今回	前回	前々回
<b>6. 経静脈・経管栄養による摂取</b>		
(K5 a または K5 b にチェックがなければとばす)		
a. 過去3日間の経静脈・経管栄養による摂取カロリーの割合		
0. なし	3. 51%~75%	
1. 1%~25%	4. 76%~100%	
2. 26%~50%		
(a)		
b. 過去3日間の経静脈・経管栄養により摂取した水分量 (1日平均)		
0. なし	3. 1,001~1,500cc/日	
1. 1~500cc/日	4. 1,501~2,000cc/日	
2. 501~1,000cc/日	5. 2,001cc/日以上	
(b)		

	今回	前回	前々回
(a)			
(b)			

**L. 口腔、歯の状態**

今回	前回	前々回
<b>1. 口腔状態および病氣予防</b>		
a. 残渣（柔らかく、容易に動かせるもの）が就寝前に口腔に存在する		
b. 義歯または取り外しができるブリッジがある		
c. 自分の歯の一部または全部がなく、義歯や部分的なプレートを持っていないか使用していない		
d. 歯が折れている、ゆるい、虫歯である		
e. 歯肉炎、歯肉の腫脹、出血、口腔の潰瘍、発疹		
f. 本人またはスタッフが歯や義歯を毎日洗う、または毎日口腔ケアをしている		
g. 上記に該当なし		

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

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

**M. 皮膚の状態**

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

a. 第Ⅰ度：皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）	0	0	0
b. 第Ⅱ度：皮膚層の部分的喪失：びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる	0	0	0
c. 第Ⅲ度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある	0	0	0
d. 第Ⅳ度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している			

今回 前回 前々回

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

a. 褥瘡：圧迫により起こったもので、下部の組織の損傷をもたらす	0	0	0
b. うっ血性潰瘍：末梢循環不全による下肢末端の開放創	0	0	0

**3. 褥瘡・潰瘍の既往**  
 過去90日間に治療し、または治療した潰瘍がある

0. いいえ	1. はい	0	0	0
--------	-------	---	---	---

**4. 皮膚のその他の問題**  
 過去3日間における皮膚の問題をチェック

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

**5. 皮膚のケア**  
 過去3日間における皮膚のケアをチェック

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

今回 前回 前々回

**6. 足の問題とケア**  
 過去3日間に行われたものすべてにチェック

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

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

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g	●	●	●

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

**N. 活動のパターン**

**1. 覚醒時間**

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

- a. 午前
- b. 午後
- c. 夕方
- d. 上記に該当なし

今回 前回 前々回

a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

入所者が昏睡状態の場合、○へとぶ

**2. 活動への平均参加時間**

治療やADLのケアを受けていない覚醒時間の中で、活動に参加している時間

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

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

**3. 好きな活動場所**

好きな場所すべてにチェック

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

a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. 一般的に好む活動**

現在施設として用意しているかどうかにかかわらず、好む活動のすべてをチェック

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

a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. 活動の希望**

患者・入所者は、活動の内容や関わりかたを変えたいと思っている

- 0. このままでよい
- 1. 少し変えたい
- 2. 大きく変えたい

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

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

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

**O. 与薬（過去7日間）**

**1. 薬剤の種類**

過去7日間に使用した異なる薬剤の数（なければ「0」）

今回 前回 前々回

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

**2. 新しい処方**

患者・入所者は過去90日間に新しい処方を受けている

- 0. いいえ
- 1. はい

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

**3. 注射**

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

**4. 薬剤の使用日数**

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

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

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

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

**P. 特別なケアと治療（過去7日間）**

**1. 特別なケア・治療**

- a. 特別なケア  
過去7日間に受けた治療・プログラムにチェックをする
- 治療
- a. 抗ガン剤療法
  - b. 透析
  - c. 静脈注射による与薬
  - d. インアウトチェック（水分の摂取量と排泄量の管理）
  - e. 急性期の監視
  - f. 胃瘻、腎瘻、人工肛門など瘻のケア
  - g. 酸素療法
  - h. 放射線治療
  - i. 吸引
  - j. 気管切開口のケア
  - k. 輸血
  - l. レスプレーター
- プログラム
- m. アルコール／薬物依存の治療
  - n. アルツハイマー／認知症ケアの専門棟
  - o. 緩和ケア
  - p. 感染隔離病室
  - q. ショートステイ
  - r. 退院・退所のための生活訓練（例：服薬、家事、買い物、交通機関の利用、ADLなど）
  - s. 上記に該当なし

	今回	前回	前々回
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**2. 気分、行動、認知機能の低下への介入**

過去7日間に行われたすべてにチェック（どこで行われてもよい）

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

	今回	前回	前々回
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. ケアスタッフによるリハビリテーション**

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

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

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

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

- (A) 15分以上行われた日数
- (B) 7日間の実施時間の合計分

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

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

**生活訓練**

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

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

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

**P. 特別なケアと治療（過去7日間）**

**4. 身体抑制**

過去7日間の使用状況

0. 使用しなかった  
1. 毎日使用しなかった  
2. 毎日使用した

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

**5. 入院**

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

**6. 救急外来**

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

**7. 医師の診察**

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

**8. 医師の治療方針の変更**

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

**9. 異常な検査結果**

過去90日間（または入院・入所日から）異常な検査結果があった

0. いいえ                      1. はい

今回 前回 前々回

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

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

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

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

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

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

**Q. 退所の可能性、全体の状況**

今回 前回 前々回

**1. 退院・退所の可能性**

- a. 患者・入所者は家に戻りたいと言ったり、ほのめかす  
0. いいえ                      1. はい

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

- b. 退院・退所に積極的な介護者がいる  
0. いいえ                      1. はい

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

- c. 短期の入院・入所予定である：90日以内の退院・退所が予定されている（死亡退院・退所は含まない）

0. いいえ  
1. 30日以内  
2. 31～90日  
3. 退院・退所ははっきりしていない

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

**2. ケアニーズの変化**

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

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

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

**3. 社会的支援の存在**

退院・退所後の状態について、下記のコードより1つ選ぶ。

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

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

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

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

**R. アセスメントへの参加**

1. アセスメントへの参加者

a. 患者・入所者

0. いいえ                      1. はい

今回   前回   前々回

(a)        

b. 家族

0. いいえ  
1. はい  
2. 家族はいない

(b)        

c. その他の親しい人

0. いいえ  
1. はい  
2. いない

(c)        

2. アセスメントに加わった人の署名（フリガナ）

今回

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

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

2. アセスメントに加わった人の署名（フリガナ）

前回

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

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

前々回

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

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

# アセスメント結果表 T

作成日： R02年10月05日

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

## T. 薬物治療調査票

### A. 経口薬

A-1. 定時・臨時薬

A-2. 頓用薬

### B. 注射・点滴（デポ剤も含む）

B-1. 定時・臨時薬

B-2. 頓用薬

### C. その他（外用薬、坐薬、吸入薬など）

C-1. 定時・臨時薬

C-2. 頓用薬

今回

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

A-2	薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／7日

B-1	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1日量	経路

B-2	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1回量	回数／7日	経路

C-1	薬剤名（商品名）	回数／1日	経路

C-2	薬剤名（商品名）	回数／7日	経路

前回

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

A-2	薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／7日

B-1	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1日量	経路

B-2	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1回量	回数／7日	経路

C-1	薬剤名（商品名）	回数／1日	経路

C-2	薬剤名（商品名）	回数／7日	経路

# アセスメント結果表 T

作成日： R02年10月05日

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

前々回

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

A-2	薬剤名 (商品名)	剤形	1日量	回数/7日

B-1	薬剤名 (商品名)	1アンプル・1本の量	1日量	経路

B-2	薬剤名 (商品名)	1アンプル・1本の量	1回量	回数/7日	経路

C-1	薬剤名 (商品名)	回数/1日	経路

C-2	薬剤名 (商品名)	回数/7日	経路

# MDS 2.1 領域選定表

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

○ : 1つでも該当すればトリガー ② : 2つ該当すればトリガー ☆ : 3つのうち1つに該当しさらにその他 1つ該当すればトリガー  ADLリハ(A)と維持(B)が両方トリガーされたら維持の方を優先させる				1	②	③	④	⑤	5	6	7	⑧	⑨	⑩	10	11	12	13	14	⑮	16	17	18	⑲	20
項目	コード																								
<b>B. 認知</b>	短期記憶, 長期記憶	B2a, b	1	<input checked="" type="checkbox"/>																					
	意思決定能力	B4	1, 2, 3, 4	<input checked="" type="checkbox"/>																					
	意思決定能力	B4	4					<input type="checkbox"/>																	
	せん妄の兆候, 混乱した思考	B5a~f	2	<input type="checkbox"/>																	<input type="checkbox"/>				
	認知状態の変化	B6	2	<input type="checkbox"/>																	<input type="checkbox"/>				
<b>C. コミュニケーション・聴覚</b>	聴覚	C1	1, 2, 3			<input checked="" type="checkbox"/>																			
	自分を理解させることができる	C4	1, 2, 3, 4			<input checked="" type="checkbox"/>																			
	他者を理解できる	C6	1, 2, 3, 4		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																			
	聴覚コミュニケーションの変化	C7	2																		<input type="checkbox"/>				
<b>D. 視覚</b>	視力	D1	1, 2, 3			<input checked="" type="checkbox"/>																			
	視覚・視野障害	D2a	レ			<input checked="" type="checkbox"/>																			
<b>E. 気分と行動</b>	うつ, 不安, 悲しみの兆候	E1a~p	1, 2						<input checked="" type="checkbox"/>																
	身体的な動き	E1n	1, 2																		<input type="checkbox"/>				
	活動をしなくなる	E1o	1, 2						<input type="checkbox"/>																
	気分の持続性	E2	1, 2						<input checked="" type="checkbox"/>																
	気分の変化	E3	2	<input type="checkbox"/>																	<input type="checkbox"/>				
	徘徊	E4a (A)	1, 2, 3											<input type="checkbox"/>											
	問題行動	E4a (A) ~ e (A)	1, 2, 3								<input type="checkbox"/>														
	問題行動の変化(改善)	E5	1							<input checked="" type="checkbox"/>															
<b>F. 心理面と対人関係</b>	目標を決める	F1d	レ						<input type="checkbox"/>																
	対人関係の不安定	F2a~d	レ						<input type="checkbox"/>																
	過去への執着	F3a	レ						<input type="checkbox"/>																
	失われた役割	F3b	レ						<input type="checkbox"/>																
	日課が違うと感じる	F3c	レ						<input type="checkbox"/>																
<b>G. 身体機能と機能問題</b>	ADLの自立度	G1a~j	2, 3, 4, 5, 6			<input checked="" type="checkbox"/>																			
	ベッド上の可動性	G1a	3, 4, 5, 6, 8																	<input type="checkbox"/>					
	入浴	G2 (A) (B)	2, 3, 4, 5, 6				<input type="checkbox"/>																		
	座位バランス	G3b	1, 2, 3																		<input type="checkbox"/>				
	寝たきり	G6a	レ																	<input type="checkbox"/>					
	ADLの向上を信じる	G8a, b	レ				<input type="checkbox"/>																		
<b>H. 失禁</b>	尿失禁	H1a	3, 4, 5					<input type="checkbox"/>																	
	便失禁	H1b	2, 3, 4, 5, 6																	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
	便秘	H2b	レ																		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	下痢	H2c	レ																				<input type="checkbox"/>		
	便が詰まる	H2d	レ																		<input type="checkbox"/>				
	カテーテル, オムツの使用	H3c, d, e, g	レ						<input type="checkbox"/>																
				1	2	3	4	5	5	6	7	8	9	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

# 問題領域検討表

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

## 領域2 認知障害/痴呆

トリガー

以下の1つに該当したら、認知機能の問題を検討する

短期記憶の障害[B2a=1]

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

長期記憶の障害[B2b=1]

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

日常の意思決定を行うための認知能力の障害[B4=1,2,3,4]

B4=1      限定的な自立:新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある

他者を理解できない[C6=1,2,3,4]

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

ガイドライン

認知能力の低下との関係を確認する

神経疾患

発達遅滞, 神経遅滞[I1aa, I1bb]

せん妄[B5]

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

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

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

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

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

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

# 問題領域検討表

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

認知状態の悪化[B6]

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

アルツハイマー病あるいはその他の痴呆症[I1q, I1u]

改善の必要がある,あるいは可能性がある問題

気分, 行動

うつ, 不安, 悲しみの気分があるいは気分の悪化[E1, E2, E3],

E1a=1 1、2日観察された[否定的な言葉を言った]

E1b=1 1、2日観察された[質問を繰り返した]

E1c=2 毎日観察された[同じことを繰り返し言った]

E1d=0 過去3日間観察されていない[自分や他者に対する継続した怒り]

E1e=2 毎日観察された[自己否定]

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

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

E1h=1 1、2日観察された[健康上の不満を繰り返した]

E1i=1 1、2日観察された[たびたび不安、心配ごとを訴えた]

E1j=0 過去3日間観察されていない[午前中不機嫌であった]

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

# 問題領域検討表

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

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

問題行動あるいは問題行動の悪化[E4, E5]
-------------------------

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

# 問題領域検討表

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

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

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

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

不安障害[I1ff]

うつ病[I1gg]

そううつ病[I1hh]

その他の精神疾患, 精神症状[I1ii,J1e,j1i]

## 併発する医学的な問題

便秘[H2b]

下痢[H2c]

便の詰まり[H2d]

糖尿病[I1a]

甲状腺機能低下症[I1c]

# 問題領域検討表

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

うっ血性心不全[I1f]

その他の心血管疾患[I1k]

喘息[I1j]

肺気腫, 慢性閉塞性肺疾患[I1kk]

がん[I1rr]

尿路感染症[I2j]

痛み[J2]

J2a=1 痛みはあるが毎日ではない[頻度]

J2b=1 軽い痛み[程度]

一般状態の低下

末期[J5c]

低体重[K2a, b]

K2a 身長(cm)

150.00Cm

K2b 体重(kg)

42.00Kg

# 問題領域検討表

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

体重減少[K3a]

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

前回のアセスメントからの状態悪化[Q2]

Q2=1      改善:援助が減る、ケアによる制限レベルが少なくなる

## 身体機能の障害

ADL障害[G1]

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

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

G1c=2      観察[自分の部屋の中をどのように歩くか]

G1d=2      観察[自分の棟の廊下をどのように歩くか]

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

G1f=1      準備のみ[別の病棟(ユニット)へどのように移動するのか]

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

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

G1h=-1      アセスメント未入力項目です！

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

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

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

# 問題領域検討表

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

動作分割[G7]

G7=0      いいえ[過去3日間に、いくつか、またはすべてのADL動作を、より小さい動作の単位に分けて行うことで、自分で行うことができた]

ADLの悪化[G9]

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

尿コントロールの悪化[H4]

H4=0      変化なし[過去90日間における尿コントロールの変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

感覚障害

聴覚の問題[C1]

C1=1      静かな場所でない時はわずかながら障害がある

はっきりしない話し方[C5]

C5=1      はっきりしない話し方:不明瞭で、もごもごした言葉

ほとんどあるいは全く理解できない[C6]

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

視力[D1]

D1=1      障害:大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない

痛みや圧迫に対して皮膚が鈍感[M4e]

薬剤

抗精神病薬[O4a]

O4a      抗精神病薬  
0日

抗不安薬[O4b]

O4b      抗不安薬  
0日

抗うつ病[O4c]

# 問題領域検討表

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

04c

0日

利尿薬[O4e]

04e

0日

関わり方の要因

新規の入院・入所[I-5]

I 5

令和2年4月1日

興味をもっていた活動をしなくなった[E1o]

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

小グループでの活動への参加[F1f,N3b.記録から]

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

体幹、四肢の抑制、起き上がれないようになっているいす[P4c,d,e]

P4c=0 使用しなかった[体幹部の抑制]

P4d=0 使用しなかった[四肢の抑制]

P4e=0 使用しなかった[起き上がれないようになっているいす]

## 領域3

## 視覚機能

トリガー

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

視野の問題(回復可能)[D2a=レ]

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

視野障害(改善)[D1=1,2,3]

D1=1 障害:大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない

# 問題領域検討表

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

ガイドライン

ケアの必要性を示す問題

眼科用薬剤[記録から]

糖尿病[I1a]

白内障[I1l]

緑内障[I1nn]

黄斑変性[I1oo]

問題がおこってからのお眼科医の診察[記録]

神経疾患,あるいは痴呆症[I1q~I1ee]

I1s 脳性麻痺[神経]

うつや不安, 悲しみの気分の兆候[E1]

E1a=1 1、2日観察された[否定的な言葉を言った]

E1b=1 1、2日観察された[質問を繰り返した]

E1c=2 毎日観察された[同じことを繰り返し言った]

E1d=0 過去3日間観察されていない[自分や他者に対する継続した怒り]

# 問題領域検討表

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

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

視覚補助具の適切な使用[D3;記録, 視察]

D3=0 使用していない[眼鏡、コンタクトレンズ、拡大鏡など]

眼科の検査や新しい眼鏡の必要性[観察から]

環境調整[記録, 観察から]

# 問題領域検討表

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

その他の急性の問題

眼痛,視力のかすみ,複視,突然の失明[記録,観察から]

## 領域4 コミュニケーション

トリガー

以下の1つ以上に該当したら、コミュニケーションの改善を検討する

聴覚の障害[C1=1,2,3]

C1=1 静かな場所でない時はわずかながら障害がある

自分を理解させることができない[C4=1,2,3,4]

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

他者を理解できない[C6=1,2,3,4]

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

ガイドライン

改善が必要な問題

認知状態の悪化[B6]

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

気分の問題の増加[E3]

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

ADL状態の悪化[G9]

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

コミュニケーションの構成要素の検討

聴覚[C1]

C1=1 静かな場所でない時はわずかながら障害がある

コミュニケーション補助具,表現方法[C2,C3]

# 問題領域検討表

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

C2a 聴覚補助具をもって使用した

C2b 聴覚補助具はもっているが、定期的には使用していない

C3a 話をする

コミュニケーション, 聴力の悪化[C7]

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

耳の医学的な状態-浸出物, 耳垢の蓄積, 聴力の変化[記録か検査から]

視力[D1]

D1=1 障害:大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない

コミュニケーション問題との関係を確認する問題

慢性的な状態

アルツハイマー病かその他の痴呆症[I1q,I1u]

失語症[I1r]

脳血管障害(CVA)[I1t]

パーキンソン症候群[I1y]

精神疾患[I1f~I1ii]

喘息[I1j]

# 問題領域検討表

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

肺気腫, 慢性閉塞性肺疾患[I1kk]

がん[I1rr]

## 一過性の状態

せん妄[B5]

- B5a=1 最近始まったのではない[注意がそらされやすい(たとえば、集中力がない、話がそれる)]
- B5b=1 最近始まったのではない[周囲の環境に対する認識が変化する(たとえば、その場にはいない人に話をしたり唇を動かす、自分をどこか別の場所にいると思いつむ、昼夜の混乱)]
- B5c=0 このようなことはなかった[支離滅裂な会話が時々ある(たとえば、話していることが一貫しない、無意味である、見当違い、話題がとぶ、思考が散漫)]
- B5d=0 このようなことはなかった[落ち着きがない(たとえば、皮膚や服、ナプキンなどをいじったり、ひっぱる、居場所をよく変える、身体を動かし続ける、叫び続ける)]
- B5e=0 このようなことはなかった[無気力(たとえば、動作が鈍い、宙を見ている、なかなか奮起しない、身体の動きが少ない)]
- B5f=1 最近始まったのではない[認知能力が1日の中で変動する(たとえば、時々良かったり、悪かったり、行動があったり、なかったりする)]

感染症[I2]

I2m 上記に該当なし

急性症状[J5b]

## 薬剤

向精神薬[O4a,b]

O4a 抗精神病薬

0日

# 問題領域検討表

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

O4b 抗不安薬

0日

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

## コミュニケーションの機会

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

## その他明らかにすること

記憶, 記憶を想起する能力[B2,B3]

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

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

B3a 今の季節(過去3日間通常思い出せた項目)

B3b 自分の部屋の場所(過去3日間通常思い出せた項目)

B3c スタッフの名前/顔(過去3日間通常思い出せた項目)

B3d 施設にいるということ(過去3日間通常思い出せた項目)

## 言語聴覚士の評価[P1b.a;記録から]

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

1日

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

20分

## 前回のアセスメントからの状態悪化[Q2]

Q2=1 改善:援助が減る, ケアによる制限レベルが少なくなる

## 領域5

## ADL/リハビリテーション

# 問題領域検討表

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

トリガー

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

ベッド上の可動性(自立していない)[G1a=2,3,4,5,6]

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

室内歩行(自立していない)[G1c=2,3,4,5,6]

G1c=2 観察[自分の部屋の中をどのように歩くか]

廊下の歩行(自立していない)[G1d=2,3,4,5,6]

G1d=2 観察[自分の棟の廊下をどのように歩くか]

病棟(ユニット)内での移動(自立していない)[G1e=2,3,4,5,6]

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

ガイドライン

解決が必要な関連する問題

せん妄[B5]

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

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

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

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

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

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

気分の持続性[E2]

E2=1 兆候はあったが、容易に変えることができた

気分の悪化[E3]

# 問題領域検討表

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

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

## 毎日の問題行動[E4]

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

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

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

E4bB=-1 アセスメント未入力項目です！

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

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

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

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

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

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

## 問題行動の悪化[E5]

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

## 不安定, 急性の状態[J5a,b]

## 向精神薬の使用[O4a,b,c,d]

O4a 抗精神病薬

0日

# 問題領域検討表

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

O4b 抗不安薬

0日

O4c 抗うつ薬

0日

O4d 催眠薬

0日

前回のアセスメントからの状態悪化[Q2]

Q2=1 改善:援助が減る、ケアによる制限レベルが少なくなる

明らかにすること

意思決定をする能力[B4]

B4=1 限定的な自立:新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある

認知・気分・行動, ADLの改善[B6,E3,E5,G9]

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

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

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

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

コミュニケーション[C]

C1=1 静かな場所でない時はわずかながら障害がある

C2a 聴覚補助具をもって使用した

C2b 聴覚補助具はもっているが、定期的には使用していない

C3a 話をする

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

# 問題領域検討表

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

C5=1 はっきりしない話し方:不明瞭で、もごもごした言葉

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

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

## 視覚[D]

D1=1 障害:大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない

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

D3=0 使用していない[眼鏡、コンタクトレンズ、拡大鏡など]

## バランス検査, 可動域制限[G3,G4]

G3a=1 不安定ではあるが、身体的な援助なしにバランスを取り直すことが可能[立位バランス]

G3b=1 不安定ではあるが、身体的な援助なしにバランスを取り直すことが可能[座位バランス:姿勢、体幹のコントロール]

G4aA=1 (A)可動域 片側のみ制限されている[首]

G4aB=1 (B)随意(自発的)運動 部分的に失われている[首]

G4bA=1 (A)可動域 片側のみ制限されている[腕(肩やひじも含む)]

G4bB=1 (B)随意(自発的)運動 部分的に失われている[腕(肩やひじも含む)]

G4cA=1 (A)可動域 片側のみ制限されている[手(手首や指も含む)]

G4cB=2 (B)随意(自発的)運動 完全に失われている[手(手首や指も含む)]

G4dA=0 (A)可動域 制限なし[脚(股関節やひざも含む)]

# 問題領域検討表

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

G4dB=0 (B)随意(自発的)運動 失われている[脚(股関節やひざも含む)]

G4eA=1 (A)可動域 片側のみ制限されている[足(足首やつま先も含む)]

G4eB=0 (B)随意(自発的)運動 失われている[足(足首やつま先も含む)]

G4fA=1 (A)可動域 片側のみ制限されている[その他の可動域制限や自発的な動きの喪失]

G4fB=1 (B)随意(自発的)運動 部分的に失われている[その他の可動域制限や自発的な動きの喪失]

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

## 領域8 気分の状態

トリガー

以下の1つ以上に該当したら、気分の問題を検討する

否定的な言葉を言った[E1a=1,2]

E1a=1 1、2日観察された[否定的な言葉を言った]

質問を繰り返した[E1b=1,2]

E1b=1 1、2日観察された[質問を繰り返した]

同じ事を繰り返し言った[E1c=1,2]

E1c=2 毎日観察された[同じことを繰り返し言った]

自己否定[E1e=1,2]

E1e=2 毎日観察された[自己否定]

健康上の不満を繰り返した[E1h=1,2]

E1h=1 1、2日観察された[健康上の不満を繰り返した]

たびたび不安、心配事を訴えた[E1i=1,2]

# 問題領域検討表

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

E1i=1 1、2日観察された[たびたび不安、心配ごとを訴えた]

社会的交流の減少[E1p=1,2]

E1p=1 1、2日観察された[社会的交流の減少]

気分の持続性[E2=1,2]

E2=1 兆候はあったが、容易に変えることができた

ガイドライン

新たなケアの方法あるいは変更を検討する必要

気分の悪化[E3]

気分の悪化[E3]

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

気分は改善されないが[E3], 回復可能な原因がある

新規の入院, 転棟[1-5, 記録から]

I 5

令和2年4月1日

せん妄[B5]

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

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

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

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

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

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

認知状態の悪化[B6]

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

# 問題領域検討表

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

妄想[J1e]

幻覚[j1i]

コミュニケーションの悪化[C7]

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

喪失への悲嘆[F2f]

ADLの悪化[G9]

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

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

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

自分から活動を、全くあるいはほとんどしない[F1]

F1b 計画された、あるいは組織立った活動に落ち着いて参加する

日課活動に、全くあるいはほとんど参加しない[N2]

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

向精神薬を使用していない[O4a,b,c]

O4a 抗精神病薬

0日

O4b 抗不安薬

0日

O4c 抗うつ薬

0日

# 問題領域検討表

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

心理療法が行われていない [P1be]

P1eA (A)15分以上行われた日数[精神療法]

0日

P1eB (B)7日間の実施時間の合計分数[精神療法]

0分

行動と対人関係の問題がある[E4;F2]

行動と対人関係の問題がある[E4;F2]

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

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

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

E4bB=-1 アセスメント未入力項目です！

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

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

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

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

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

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

F2h 上記に該当なし

関連する問題

コミュニケーションの方法[C4,C5,C6]

コミュニケーションの方法[C4,C5,C6]

# 問題領域検討表

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

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

C5=1 はっきりしない話し方:不明瞭で、もごもごした言葉

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

## 疾患

甲状腺疾患[I1b,c]

心臓、循環器疾患[I1d~I1k]

I1h 高血圧症[心臓/循環器]

神経疾患[I1q~I1ee]

I1s 脳性麻痺[神経]

不安障害[I1ff]

うつ病[I1gg]

そううつ病[I1hh]

分裂病[I1ii]

がん[I1rr]

その他の精神病[I3]

# 問題領域検討表

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

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

I3

## 領域9 問題行動

トリガー

以下の1つ以上に該当したら、問題行動を検討する

問題行動の改善[E5=1]

E5

ガイドライン

重症度を評価する

問題行動の重症度と規則性を評価する

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

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

E4bB=-1 アセスメント未入力項目です！

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

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

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

潜在的な原因を確認する

認知障害

せん妄[B5]

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

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

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

# 問題領域検討表

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

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

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

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

アルツハイマー病[I1q]

その他の痴呆症[I1u]

脳卒中の後遺症[C4,C5,G5,G6;I1r,I1t]

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

C5=1 はっきりしない話し方:不明瞭で、もごもごした言葉

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

G5a 杖、歩行器、松葉杖

G5b 車いすを自分で操作

G6f 上記に該当なし

気分あるいは対人関係の問題

悲しみや不安な気分[E1]

E1a=1 1、2日観察された[否定的な言葉を言った]

E1b=1 1、2日観察された[質問を繰り返した]

E1c=2 毎日観察された[同じことを繰り返し言った]

# 問題領域検討表

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

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

不安定な関係[F2]

F2h 上記に該当なし

精神疾患[I1ff,I1gg,I1hh,I1ii]

# 問題領域検討表

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

## 環境の問題

入院・入所前の生活からの変化[F3c]

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

## 疾患と症状

急性疾患の発症, 慢性疾患の増悪[J5a,b]

その他の関連する状態-便秘[H2b]

糖尿病[I1a]

うっ血性心不全[I1f]

肺炎[I2e]

敗血症[I2g]

尿路感染症[I2j], あるいは他の感染症[I2,I3]

I2m 上記に該当なし

I3

# 問題領域検討表

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

発熱[J1h]

妄想[J1e]

幻覚[J1i]

痛み[J2]

J2a=1 痛みはあるが毎日ではない[頻度]

J2b=1 軽い痛み[程度]

頭部外傷のある転倒[J4a,b;11ee]

## コミュニケーション障害

自分を理解させることが困難[C4]

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

他者を理解することが困難[C6]

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

## 感覚障害

聴覚障害[C1]

C1=1 静かな場所でない時はわずかながら障害がある

視覚障害[D1]

D1=1 障害:大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない

視覚・視野障害[D2]

# 問題領域検討表

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

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

## 治療・ケアの内容

抗精神病薬, 抗不安薬, 抗うつ薬, 催眠薬[O4a,b,c,d]

O4a 抗精神病薬

0日

O4b 抗不安薬

0日

O4c 抗うつ薬

0日

O4d 催眠薬

0日

## 問題行動に対応するケア・治療[P2]

P2d 患者・入所者の個別性に配慮した気分や行動パターンに対応した環境の調整

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

P4c=0 使用しなかった[体幹部の抑制]

P4d=0 使用しなかった[四肢の抑制]

P4e=0 使用しなかった[起き上がれないようになっているいす]

## 領域10 アクティビティ

### トリガー

"目標活動A(プラン改善)  
以下のいずれかに該当したら、日課活動プランの改善を検討する"

日課を変えたいと思っている[N5a=1,2][N5b=1,2]

N5b=1 少し変えたい[活動への関わりかたの程度について]

### ガイドライン

日課活動のプラン作成時に検討すること

入院・入所日[1-5]

I 5

令和2年4月1日

# 問題領域検討表

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

## 記憶, 認知能力[B2,B4]

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

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

B4=1      限定的な自立:新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある

## 歩行, 移動[G1c,d,e,f]

G1c=2      観察[自分の部屋の中をどのように歩くか]

G1d=2      観察[自分の棟の廊下をどのように歩くか]

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

G1f=1      準備のみ[別の病棟(ユニット)へどのように移動するのか]

## 急性または慢性の状態の安定性[J5a,b]

## 受けている治療[P1]

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

1 日

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

20 分

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

2 日

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

30 分

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

1 日

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

20 分

# 問題領域検討表

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

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

## 向精神薬の使用[O4a,b,c,d]

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

## 関連すること

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

## 心不整脈[I1e]

## 高血圧[I1h]

I1h	高血圧症[心臓/循環器]
-----	--------------

## 脳血管障害[I1t]

# 問題領域検討表

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

呼吸器疾患[I1j,I1kk]

痛み[J2]

J2a=1 痛みはあるが毎日ではない[頻度]

J2b=1 軽い痛み[程度]

その他

入院・入所前の日課[I1]

II1b

II1c

II1d

II1e

II1f

II1j

II1o

II1p

II1u

気分[E1,E2]と問題行動[E4]

E1a=1 1、2日観察された[否定的な言葉を使った]

E1b=1 1、2日観察された[質問を繰り返した]

# 問題領域検討表

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

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

# 問題領域検討表

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

- E4aA=0 このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:徘徊]
- E4aB=0 この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:徘徊]
- E4bA=0 このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:暴言]
- E4bB=-1 アセスメント未入力項目です！
- E4cA=0 このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:暴行]
- E4cB=0 この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:暴行]
- E4dA=0 このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:社会的に不適當な、または混乱される行動]
- E4dB=0 この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:社会的に不適當な、または混乱させる行動]
- E4eA=0 このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:ケアに対する抵抗]
- E4eB=0 この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:ケアに対する抵抗]

最近の親しい人の喪失[F2f;記録から]

自宅での生活と施設の生活が大きく違う[F3c]

## 領域15 口腔ケア

トリガー

以下の1つ以上に該当したら、口腔ケアや口腔の健康を検討する

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

L1f 本人またはスタッフが歯や義歯を毎日洗う、または毎日口腔ケアをしている

# 問題領域検討表

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

ガイドライン

口腔ケアの関連要因

昏睡, 認知障害[B1,B4]

B1=0 昏睡状態ではない

B4=1 限定的な自立:新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある

聴覚, 理解する能力の障害[C1,C6]

C1=1 静かな場所でない時はわずかながら障害がある

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

視力の障害[D1]

D1=1 障害:大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない

ADL援助の拒否[E4e]

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

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

口腔ケアの関連要因

個人衛生を保持する能力の障害[G1j]

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

動機づけ, 知識[観察から]

口腔ケアの用具[記録から]

脱水[J1c,d], あるいは薬剤[薬剤履歴から]による口腔の乾燥

# 問題領域検討表

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

## 歯科疾患の関連要因

口腔の痛みや過敏な状態[K1c]

K1c=0      いいえ[口腔が痛む]

外傷や潰瘍, 炎症, 出血, 腫脹, 発疹[L1e]

歯が折れている, ゆるい, 虫歯である[L1d]

自分の歯がない, 義歯がない[L1c]

問題が起こってから歯科医や歯科衛生士を受診[記録から]

抗凝固剤の使用[記録から]

心弁膜症や人工弁[I3]

I3

## 領域19 痛み

トリガー

痛みの訴えや痛みがある様子を示した[J2a=1,2]

J2a=1      痛みはあるが毎日ではない[頻度]

# ケアプラン策定評価レポート

作成日：令和2年10月5日

作成者：

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

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



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

以下、とくに指示がない限り、過去3日間で評価する。

AA. 基本情報(相談・受付時のみ)

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

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

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

## A. アセスメント情報

今回

前回

前々回

### A1. アセスメント基準日

アセスメント基準日

令和2年4月27日

アセスメント基準日

令和2年4月27日

アセスメント基準日

令和2年4月27日

### A2. アセスメント理由

1. 初回アセスメント
2. 定時アセスメント
3. 在宅サービス終了前30日以内のアセスメント
4. 退院・退所時アセスメント
5. 状態の著変時のアセスメント
6. その他

今回

前回

前々回

2

2

2

### A3. 保険の種類

#### 該当するものすべてにチェック

- a. 医療保険
- b. 介護保険
- c. 生活保護

a.

b.

c.


## B. 記憶

### B1. 記憶を想起する能力

0. 問題なし 1. 問題あり

- a. 短期記憶：5分前のことが思い出せる、あるいはそのように見える
- b. 手続き記憶：段取りを踏んで行うべきことを合図がなくても初めから手順を踏んでほとんどすべてできる

a.

b.

0

0

0

0

0

0

### B2. 日常の意思決定を行うための認知能力

- a. どの程度自分の判断でその日の活動をうまくなしとげるか(たとえば、起床や食事すべき時間がわかる、衣服を選ぶことができるどんな活動をするかがわかる)
  0. 自立：首尾一貫して理にかなった判断ができる
  1. 限定的な自立：新しい事態に直面した時のみいくらかの困難がある
  2. 軽度の障害：特別な状況において、判断力が弱く、合図や見守りが必要である
  3. 中程度の障害：常に判断力が弱く、合図や見守りが必要である
  4. 重度の障害：判断できないか、まれにしか判断できない

a.

1

1

0

- b. 過去90日間に おいて意思決定能力が悪化している

b.

0

0

0

0. いいえ

1. はい

### B3. せん妄の兆候

- a. 過去7日間に おいて、1日のうちで注意力や見当識が急に変化したり、一貫性が失われたり、予測できない意識状態の変動がある

a.

0

0

0

0. いいえ

1. はい

- b. 過去90日間に、安全が損なわれる、あるいは他者の保護が必要となるほど興奮したり、見当識を失うことがある

b.

0

0

0

0. いいえ

1. はい

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

### C. コミュニケーション、聴覚

今回 前回 前々回

#### C1. 聴覚

もし使用していれば、補聴器具を使って

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

0 0 0

#### C2. 自分を理解させることができる(伝達能力)

どんな方法で表現してもよい

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

0 0 0

#### C3. 他者を理解できる(理解力)

どんな方法で話した内容を理解してもよい

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

1 1 1

#### C4. コミュニケーション能力の低下

過去90日間において、コミュニケーション能力(伝達能力や理解力)が低下

0. いいえ 1. はい

0 0 0

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

## D. 視 力

今回 前回 前々回

### D1. 視 力

適切な明るさのもとでの視力(もし使用していれば、眼鏡等を用いて)

0 0 0

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

### D2. 視覚の制限・障害

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

0 0 0

0. いいえ 1. はい

### D3. 視力低下

過去90日前において、視力が低下

0 0 0

0. いいえ 1. はい

## E. 気分と行動

### E1. うつ状態、不安、悲しみの気分の兆候

過去3日間に 観察された兆候(理由のいかんを問わない)

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

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

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

### E2. 気分の低下

過去90日間において、気分が悪化

0 0 0

0. いいえ 1. はい

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

### E3. 問題行動

今回 前回 前々回

問題行動があるか、また、ある場合は対応の難しさ

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

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

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

### E4. 問題行動の悪化

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

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

0. いいえ(問題行動のない場合を含む) 1. はい

### F. 社会的機能

#### F1. 関与

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

a.	0	0	0
b.	0	0	0

#### F2. 社会的活動の変化

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

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

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

#### F3. 孤立

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

a.	2	2	2
b.	0	0	0

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

## G. インフォーマルな支援の状況

### G1. 介護者について

主に介護にあたっているインフォーマルな介護者2名の氏名

- a. 主介護者氏名(ア) : \_\_\_\_\_  
 b. 副介護者氏名(イ) : \_\_\_\_\_

今回 a. \*国 太\*  
 b. \*国 花\*

前回 a. \*国 太\*  
 b. \*国 花\*

前々回 a. \*国 太\*  
 b. \*国 花\*

今回 前回 前々回

主(ア)副(イ)

c. 

1	1
---	---

1	1
---	---

1	1
---	---

d. 

0	0
---	---

0	0
---	---

0	0
---	---

c. 同居の有無

0. 同居  
 1. 別居  
 2. インフォーマルな介護者はいない(Hへ進む)

d. 利用者との関係

0. 子供または子供の配偶者  
 1. 配偶者  
 2. 他の家族・親戚  
 3. 友人・近所の人

援助している分野

0. はい 1. いいえ

- e. 助言や精神的な支援  
 f. IADL援助  
 g. ADL援助

e. 

0	0
---	---

0	0
---	---

0	0
---	---

  
 f. 

1	0
---	---

1	0
---	---

1	0
---	---

  
 g. 

0	1
---	---

0	1
---	---

0	1
---	---

必要あれば援助を増やす意思があり、かつ可能である

0. 2時間以上可  
 1. 1日1~2時間なら可  
 2. できない

- h. 精神的な支援  
 i. IADL援助  
 j. ADL援助

h. 

0	1
---	---

0	1
---	---

0	1
---	---

  
 i. 

2	1
---	---

2	1
---	---

2	1
---	---

  
 j. 

1	0
---	---

1	0
---	---

1	0
---	---

### G2. 介護者の状況

該当するものをすべてチェック

- a. 介護者は介護を続けることができない(たとえば、健康状態が悪くなったために介護を続けられない)  
 b. 主たる介護者は家族(他の子供など)や友人から得ている支援に満足していない  
 c. 主たる介護者は介護しなければならないことに対して、ストレスや怒り、憂うつな気分を表している  
 d. 上記のいずれでもない

a.     
 b.     
 c.     
 d.

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

## H. IADL (過去7日間) とADL (過去3日間)

### H1. IADL実施状況: 家や地域における日常の活動レベルについて

#### ア、IADLの実施状況(過去の7日間)

0. 自立、自分で行った
1. 時に援助 をしてもらって行われた
  2. いつも援助 をしてもらって行われた
  3. 他者が全部を行った
  8. 本活動は一度も行われなかった

#### イ、IADL困難度

<自分で行う、あるいは行おうとした場合の難しさ>

0. 問題ない
1. いくらか困難 (援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる)
  2. 非常に困難 (ほとんど、あるいはまったく活動に参加できない)

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

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

## H2. ADL自立度

今回 前回 前々回

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

a.	5	5	5
b.	2	2	2
c.	1	1	1
d.	8	8	8
e.	2	2	2
f.	4	4	4
g.	5	5	5
h.	3	3	3
i.	6	6	6
j.	1	1	1

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

### H3. ADLの低下

過去90日間において、ADLが低下

0. いいえ                      1. はい

今回	前回	前々回
0	0	0

### H4. 主な移動手段

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 0. 補助具等は使用していない | 3. 電動三輪車(スクーター) |
| 1. 杖            | 4. 車いす          |
| 2. 歩行器、松葉杖      | 5. 移動しなかった      |

- a. 屋内  
b. 屋外

	今回	前回	前々回
a.	1	1	1
b.	4	4	4

### H5. 階段昇降

過去3日間において、階段の上り下りをする方法(1段でも数段でも手すりを使ってもよい)

0. 他者の援助なしに上り下りする  
1. 他者の援助によって上り下りする  
2. 上り下りしなかった

今回	前回	前々回
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### H6. 健康活動

a. 過去30日間の通常の1週間で、家や住んでいる建物の外へ出た頻度  
(外へ出た時間が短くても良い)

0. 毎日                              2. 週に1日  
1. 週に2～6日                      3. 1日もない

	今回	前回	前々回
a.	2	2	2

b. 過去3日間 における体を動かす活動時間の合計(歩く、家の掃除、運動)

0. 2時間以上                              1. 2時間未満

	今回	前回	前々回
b.	0	0	0

### H7. 身体機能の潜在能力

該当するものすべてチェック

- a. 利用者は身体機能の自立度が向上すると信じている(ADL、IADL、移動など)  
b. 介護者は、利用者の身体機能の自立度が向上すると信じている(ADL、IADL、移動など)  
c. 現在の疾患や症状から回復する見込みがある。または、健康状態の向上が期待される  
d. 上記のいずれでもない

	今回	前回	前々回
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## I. 排泄(過去7日間)

### I1. 尿失禁

a. 過去7日間の尿失禁。尿がもれていても、下着の外までもれるほどの量でなければ、コントロールとする

0. 完全にコントロールできる:カテーテルや採尿する器具を使用していない  
1. 完全にコントロール・カテーテル使用:カテーテルや採尿する器具を使用して尿がもれていない  
2. 通常は失禁しない :週1回以下  
3. 時々失禁する :週2回以上だが、毎日でない  
4. しばしば失禁する :毎日失禁傾向だが、いづらかコントロールが保たれている(たとえば日中だけなど)  
5. 失禁状態 :膀胱のコントロール不十分、毎日頻回に失禁  
8. 膀胱から尿の排泄がなかった

	今回	前回	前々回
a.	0	0	0

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

b. 過去90日間において尿失禁が悪化  
0. いいえ                      1. はい

	今回	前回	前々回
b.	0	0	0

**12. 尿失禁用器材**  
過去7日間に該当するものをすべてチェック  
a. おむつ(パッド、ブリーフを含む)  
b. 留置カテーテル  
c. 上記のいずれでもない

a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**13. 便失禁**  
過去7日間の 便失禁  
0. 完全にコントロールできる : 人工肛門や瘻を使用していない  
1. 自立・瘻使用                      : 瘻が造設され便がもれていない  
2. 通常は失禁しない                : 週1回未満  
3. 時々失禁する                      : 週に1回  
4. しばしば失禁する                : 週2、3回  
5. 失禁状態                          : ほとんど、常に毎日頻回に失禁  
6. 排便がなかった

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

**J. 疾 患**

**J1. 疾患**  
医師の診断を受けていて利用者の状態に影響している疾患、治療や症状の管理を要する疾患、または過去90日間において入院理由となった疾患。在宅ケアスタッフによって観察されているかどうか

該当しない場合は空欄

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

**循環器**

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

**神 経**

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

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

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

		今回	前回	前々回
筋骨格	m. 関節炎	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
	n. 大腿骨骨折	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
	o. その他の骨折(手首、脊椎など)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
	p. 骨粗鬆症	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
	感覚器	q. 白内障	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/>
	r. 緑内障	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
精神科	s. 精神科診断(内容問わない)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
感染症	t. HIV感染	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
	u. 肺炎	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
	v. 結核	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
	w. 尿路感染症(過去30日間)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
その他	x. がん(過去5年間、皮膚がんは含まない)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
	y. 糖尿病	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
	z. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患・喘息	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
	aa. 腎不全	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
	ab. 甲状腺疾患(機能亢進症あるいは低下症)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
	ac. 上記のいずれでもない	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**J2. その他の疾患、あるいはより詳細な診断名とそのICD-10コード**

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

d. \_\_\_\_\_

**K. 健康状態および予防**

**K1. 予防(過去2年間)**

過去2年間に受けたものをすべてチェック

a. 血圧測定

b. インフルエンザワクチン

c. 便潜血、または大腸内視鏡検査

d. (女性のみ)乳房の触診かマンモグラフィー

e. 上記のいずれでもない

a.

b.

c.

d.

e.

**K2. 現症(2日以上存在)**

過去3日間のうち、2日以上に見られた症状をすべてチェック

a. 下痢

b. 排尿困難または夜間に3回以上排尿

c. 発熱

d. 食欲不振

e. 嘔吐

f. 上記のいずれでもない

a.

b.

c.

d.

e.

f.

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

### K3. 現 症

過去3日間に見られた症状をすべてチェック

身体症状

a. 胸痛、安静時や運動時の胸痛・胸部圧迫感

b. 便秘(過去3日間排便がない)

c. めまい、めまい感

d. 浮腫

e. 息切れ

精神症状

f. 妄想

g. 幻覚

h. 上記のいずれでもない

	今回	前回	前々回
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### K4. 痛 み

a. 痛みの訴えや様子があつた頻度

0. 痛みはない(b～eにも0を記入)

1. 毎日ではない

2. 1日1回

3. 1日数回(朝と晩など)

b. 痛みの強さ

0. 痛みはない

1. 軽度

2. 中等度

3. 重度

4. 耐えがたい痛みとなる時もある

c. 利用者からみて、痛みは通常の活動に支障をきたしている

0. きたしていない

1. きたしている

d. 痛みの箇所

0. 痛みはない

1. 局在するー1カ所

2. 複数カ所

e. 利用者からみて鎮痛薬が適切に効いている

0. 思っている、あるいは痛みはない

1. 適切に効いていない

2. 痛みはあるが、鎮痛薬を使用していない

a.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
b.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
c.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
d.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
e.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>

### K5. 転倒頻度

過去90日間に 転倒した回数  
(9回以上のときは「9」、1回もないときは「0」を記入)

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

### K6. 転倒の危険

0. いいえ

1. はい

a. 不安定な歩行

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

a.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
b.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

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

### K7. 生活習慣(飲酒と喫煙)

今回 前回 前々回

#### 飲酒と禁煙について

0. いいえ 1. はい

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

a.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
b.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
c.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

### K8. 健康状態

#### 該当するものをすべてチェック

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

a.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### K9. その他の状況

#### 該当するものをすべてチェック

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

a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### L. 栄養状態

#### L1. 体重

0. いいえ 1. はい

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

a.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
b.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
c.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

#### L2. 食事摂取

0. いいえ 1. はい

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

a.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
b.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
c.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
d.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

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

### L3. 嚥下問題

今回 前回 前々回

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

0 0 0

### M. 歯および口腔状態

#### M1. 口腔状態

該当するものをすべてチェック

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

a.     
b.     
c.     
d.

### N. 皮膚の状態

#### N1. 皮膚の問題

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

0. いいえ 1. はい

0 0 0

#### N2. 褥瘡・潰瘍

褥瘡などの潰瘍[もしあれば、その最もひどい状態について記入する]

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

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

a.     
b.

#### N3. 皮膚のその他の問題

該当するものをすべてチェック

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

a.     
b.     
c.     
d.     
e.     
f.

#### N4. 褥瘡既往

過去に一度でも身体のどこかに褥瘡があった

0. いいえ 1. はい

0 0 0



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

**P. 治療方針の順守**

今回    前回    前々回

**P1. 特別な治療・ケア(過去7日間)**

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

該当しない場合は空欄

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

〈呼吸〉

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

〈その他の処置〉

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

〈療法〉

- n. 運動療法
- o. 作業療法
- p. 理学療法

〈ケアプログラム〉

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

〈在宅での特別な対応〉

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

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

**P2. 医療機器の取り扱い(過去3日間)**

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

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

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

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

### P3. 入院・緊急外来

過去90日間における 回数を記入する。もしなければ「0」を、9回以上ならば「9」をそれぞれ記入する

- a. 入院回数  
b. 入院には至らないが救急外来を受診した回数  
c. 予定外の訪問・受診(予定していなかった看護婦、医師、療法士の訪問や受診を含む)

今回 前回 前々回

a.	0	0	0
b.	1	1	1
c.	0	0	0

### P4. 達成されたケア目標の有無

過去90日間に、 ケア目標のいずれかが達成されている

0. いいえ 1. はい

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

### P5. ケアニーズの変化

90日前と比べて、 利用者の全体的な自立状況は著しく変化している

0. 不変  
1. 改善(援助が減る)  
2. 悪化(援助が増える)

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

### P6. 家計の切り詰め

前月の家計に困ったため、薬、光熱費、食品、受診、在宅ケアサービスをやりくりした

0. いいえ 1. はい

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

### Q. 薬剤(過去7日間)

#### Q1. 薬剤の種類

過去7日間に 使用した異なる薬剤の種類の数[毎日でなくとも、1回でも使用したら数に入れる、軟膏、点眼薬や処方なしで買った薬を含む](なければ「0」、9つ以上ならば「9」を記入)

2	2	2
---	---	---

#### Q2. 向精神薬の服用

過去7日間に おける薬剤の服用(下記の薬効に該当する処方薬の有無を確認)

0. いいえ 1. はい

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

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

#### Q3. 医学的管理

現在使用しているすべての薬について、 過去180日間に 少なくとも1人の医師が確認した

0. 少なくとも1人の医師と相談(あるいは全く服用していない)  
1. すべてを把握している医師は1人もいない

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

#### Q4. 薬剤のコンプライアンス

過去7日間に、 医師によって処方された薬をいつも、あるいはほとんどいつも指示通り服用している

0. 常に従う  
1. 80%以上は従っている  
2. 80%未満しか従っていない  
3. 薬剤は処方されていない

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

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

**R. アセスメントへの参加**

**R1. アセスメントをコーディネートした者**

今回	前回	前々回
*玉 あや*	*玉 あや*	*玉 あや*

**R2. 職種**

今回	前回	前々回
介護支援専門員	介護支援専門員	介護支援専門員

**R3. アセスメント完了日**

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

**R4. 他の評価者の署名(職種、記入年月日)**

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

**<ケアプランの作成にあたって>**

今回    前回    前々回

**R5. 対象者がサービスを受ける目的の明確化**

該当するものをすべてチェック

a. 医療処置			
b. 経過観察	●	●	●
c. リハビリテーション			
d. 本人・家族への指導			
e. 介護者の一時休養			
f. 緩和ケア			
g. 身体介護			
h. 家事援助			
i. その他 ( )			
( )			
( )			

a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

今回  
前回  
前々回

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

### S. 薬物治療調査票

今回

#### A.経口薬(市販薬を含む)

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

#### B.注射・点滴(デポ剤も含む)

薬剤名称(商品名)	1アンプル	1日量	回数/1日	日数/7日間	経路

#### C.その他(外用薬、坐薬、吸入薬など)

薬剤名称(商品名)	回数/1日	日数/7日間	経路

前回

#### A.経口薬(市販薬を含む)

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

#### B.注射・点滴(デポ剤も含む)

薬剤名称(商品名)	1アンプル	1日量	回数/1日	日数/7日間	経路

#### C.その他(外用薬、坐薬、吸入薬など)

薬剤名称(商品名)	回数/1日	日数/7日間	経路

前々回

#### A.経口薬(市販薬を含む)

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

#### B.注射・点滴(デポ剤も含む)

薬剤名称(商品名)	1アンプル	1日量	回数/1日	日数/7日間	経路

#### C.その他(外用薬、坐薬、吸入薬など)

薬剤名称(商品名)	回数/1日	日数/7日間	経路





# 問題領域検討表

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

## 領域1 ADL/リハビリテーションの可能性

2つ以上のADL項目で他者からの援助を受けている

H2a=5 ベッド上の可動性:最大の援助

H2b=2 移乗:観察

H2d=8 屋外の移動:本動作は3日間の間に1回もなかった

H2e=2 上半身の更衣:観察

H2f=4 下半身の更衣:広範な援助

H2g=5 食事:最大の援助

H2h=3 トイレの使用:部分的な援助

H2i=6 個人衛生:全面依存

他者をほぼ理解できる

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

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

K8c 急性症状が発生したり再発性や慢性の問題が再燃した

利用者や介護者、評価者は、利用者が改善することを考えている

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

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

## 領域2 手段的日常生活能力

他者をほぼ理解できる

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

利用者や介護者、評価者は利用者が改善することを考えている

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

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

食事の用意に援助を受けているが、行おうとした場合に”非常に困難”ではない

H1aア=3,H1aイ=0

## 領域3 健康増進

# 問題領域検討表

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

日常の意志決定能力がほぼ保たれている

B2=1

外出回数が少ない

H6a=2 健康活動:過去30日間の通常の1週間で、週に1回

## 領域5 コミュニケーション

理解力の問題

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

## 領域9 行動

暴言

E3b=1 暴言(行動はあったが、容易に変えることができた)

暴行

E3c=1 暴行(行動はあったが、容易に変えることができた)

ケアに対する抵抗

E3e=2 ケアに対する抵抗(行動があり、変えることは困難であった)

## 領域10 うつと不安

自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ

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

繰り返し体の不調を訴える

E1d=1 過去3日間に1~2日観察された(健康上の不満を繰り返す)

悲しみ、苦悩、心配した表情

E1f=1 過去3日間に1~2日観察された(悲しみ、苦悩、心配した表情)

## 領域11 高齢者の虐待

説明がつかないけが、骨折、火傷がある

K9c 説明がつかないけが、骨折、火傷がある

放置、暴力、虐待を受けている

K9d 放置、暴力、虐待を受けている

# 問題領域検討表

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

身体抑制を受けている

K9e 身体抑制を受けている(四肢の抑制、ベッド柵の使用、いすに固定)

## 領域13 心肺の管理

不整脈

J1e=1 不整脈:在宅ケアスタッフによる処置や観察の必要がない

## 領域16 栄養

がん

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

## 領域18 痛みの管理

痛みの訴えや様子があった

K4a=1 毎日ではない

## 領域19 褥創

ベッド上の可動に援助を必要とした

H2a=5 ベッド上の可動性:最大の援助

## 領域21 順守(コンプライアンス)

特別な治療・療法が1つ以上守られなかった

P1a=2 酸素療法:予定されていたが、一部守られなかった

P1e=2 輸血:予定されていたが、一部守られなかった

P1h=2 点滴-中心静脈:予定されていたが、一部守られなかった

P1j=2 注射による与薬:予定されていたが、一部守られなかった

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

P1n=2 運動療法:予定されていたが、一部守られなかった

P1u=2 ショートステイ:予定されていたが、一部守られなかった

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

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

P1z=2 特別治療食:予定されていたが、一部守られなかった

# 問題領域検討表

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

## 領域23 薬剤管理

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

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

## 領域25 保健予防サービス

インフルエンザワクチンを受けていない

K1b=False インフルエンザワクチン

(女性の場合)乳房の触診またはマモグラフィーを行っていない

K1d=False (女性のみ)乳房の触診かマモグラフィー

## 領域28 環境評価

浴室やトイレの環境

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

## 領域29 排便の管理

下痢

K2a 下痢

# ケアプラン策定評価レポート

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

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



# 在宅復帰および在宅支援の検討

包括的自立支援プログラム

R2年4月3日

要介護者等の氏名： \* 国 良 \*

## 1. 介護力

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

特記事項：

## 2. 生活環境

福祉用具の利用	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	福祉用具の充足度	<input type="checkbox"/> 充足	<input checked="" type="checkbox"/> 不足
住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> 不要	<input checked="" type="checkbox"/> 必要			
住宅環境	<input checked="" type="checkbox"/> 持ち家	<input type="checkbox"/> 借家		<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て	<input type="checkbox"/> 集合住宅
	<input checked="" type="checkbox"/> 自室あり	<input type="checkbox"/> 自室なし		<input checked="" type="checkbox"/> 1階	<input type="checkbox"/> 2階以上

特記事項：

## 3. 利用できる社会資源

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

特記事項：

## 4. 社会活動への参加

趣味	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	老人クラブの参加	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
散歩	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	買物	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
付き合い (近所、友人)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	その他の活動	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし

特記事項：

## 5. 緊急時の対応

主治医	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	入院受け入れ先	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
家族間の連絡網	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			

特記事項：

## 6. 家族への指導

介護方法の指導	<input type="checkbox"/> 受けた	<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない
社会資源の利用方法	<input type="checkbox"/> 知っている	<input checked="" type="checkbox"/> 知らない
社会資源の利用費用	<input type="checkbox"/> 知っている	<input checked="" type="checkbox"/> 知らない

特記事項：

# ケアチェック表

包括的自立支援プログラム

R2年4月3日

1. 食事、水分摂取等に関するケア

● 介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム ●苑

要介護者等の氏名： \* 国 良 \*

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

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

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

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： \* 国 良 \*

ケアの内容		現 状		予定	ケア提供の場所/使用用具等		
		提供	家族				
準備	排尿介助の必要物品準備	●		●	排泄場所	トイレ	
	排便介助の必要物品準備	●		●		ポータブルトイレ	○
	尿収器の後始末	●		●		ベッド・布団	
	さしこみ便器の後始末	●		●		その他:	
後始末	排尿後のポータブルトイレの後始末	●		●	排泄用具	ポータブルトイレ	○
	排便後のポータブルトイレの後始末	●		●		差し込み便器	
	尿器・便器・ポータブルトイレの消毒	●		●		採尿器・し瓶	
移乗・移動	トイレ・ポータブルトイレへの誘導	●			排泄用具	自動採尿器	
	車椅子から便座へ移乗					装着尿器	
	便座から車椅子へ移乗					布おむつ	
	ベッドからポータブルトイレへ移乗	●				紙おむつ	
排 尿	ポータブルトイレからベッドへ移乗	●			排泄用具	尿とりパッド	○
	排尿時の見守り	●		●		失禁用パンツ	
	排尿動作援助(衣服の着脱は除く)	●				尿感知器(おむつ)	
	排尿後の後始末	●		●		ストーマ装具	
	膀胱手圧排尿、叩打法					自助具:	
	導尿、留置カテーテル交換					その他: パンツ型おむつ	○
	膀胱洗浄						
	留置カテーテル交換・尿量等のチェック			●			
排 便	排尿頻度・量・間隔のチェック	●		●			
	排便時の見守り	●		●			
	排便動作援助(衣服の着脱は除く)	●					
	排便の後始末	●		●			
	摘便	●					
	浣腸	●					
おむつ交換	人工肛門のケア	●					
	おむつ交換の必要物品準備						
	おむつ交換の使用物品後始末						
	おむつ点検・確認						
	おむつ除去・装着						

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容/対応するケア項目
① 本人の訴えや希望	○	○	①②⑤⑥⑧ ポータブルトイレの使用については、失禁および転倒の予防の為に介助しているが、自分で使用できる様になりたい。本人・家族も希望している。  →ポータブルトイレの移乗と排泄が自分で出来る様に声かけし見守る。
② 家族の訴えや希望	○	○	
③ 医療面での指示・管理等			
④ 代替ケアの可能性			
⑤ 移乗・移動面での問題等	○	○	
⑥ 排泄動作面での問題等	○	○	
⑦ 尿意・便意面での問題等			
⑧ 失禁面での問題等	○	○	
⑨ 排尿量や回数面での問題等			
⑩ 排便量や回数面での問題等			
⑪ その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

3, 入浴、清拭等に関するケア

● 介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム ●苑

要介護者等の氏名： \* 国 良 \*

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

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

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

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： \*国 良\*

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

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

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

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

5. 基本動作介助、リハビリテーション等に関するケア

● 介護老人福祉施設

要介護者等の氏名： \* 国 良 \*

ケアの内容		現状		予定	ケア提供の場所/使用用具等		
		提供	家族				
体位変換	体位変換一部介助				リハビリの場所	リハビリ室	
	体位変換全介助					作業室・活動室	
	ビーズパッド・円座・足底板等の使用					ホール	
起居	身体を起こす、支える				リハビリの場所	居室(ベッド以外)	
	端座位から臥床させる、寝かせる					ベッド	
	ギャッチベッドの操作					布団	
	ベッドからの昇降介助					その他:	
移乗	車椅子の準備・後始末	●		●	寝具の種類	布団	
	ベッド、車椅子間の移乗	●		●		固定式ベッド	
	ベッド、ストレッチャー間の移乗					手動式ベッド	
	車椅子、床・マット間の移乗					ギャッチベッド	○
	車椅子、椅子間等の移乗					その他のベッド:	
移動	歩行の見守り				除庄 ・ 体位変換用具	エアーマット	
	歩行の介助					無圧式ウレタンマット	
	車椅子での移動の見守り					ビーズマット	
	車椅子での移動の介助	●		●		円座	
	ストレッチャーによる移動					ムートン	
	抱える、抱き上げる、背負つての移動介助					体位変換器	
リハビリテーション	身体機能の訓練(関節可動域訓練等)				移乗 ・ 移動用具	その他:	
	基本動作訓練(座位、立位、歩行等)					移乗板	
	日常生活動作訓練(食事・排泄動作等)					移動バー	
	物理療法(温熱療法、電気療法等)					杖:	
	作業療法					補装具:	
	言語療法					歩行器:	
						シルバーカー	
						リフター:	
						普通型車椅子	○
						介助型車椅子	
				片麻痺用車椅子			
				リクライニング型車椅子			
				電動車椅子			
				電動三輪車			
				その他:			

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

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

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： \* 国 良 \*

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

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： \* 国 良 \*

ケアの内容		現 状		予定	ケア提供の場所/使用用具等		
		提供	家族				
相 談 ・ 助 言	本を読む、手紙の代読・代筆				コ ミ ュ ニ ケ ー シ ヨ ン 等 用 具	補聴器	
	日常会話、声かけ	●		●		眼鏡	
	ナースコールの受理応答	●		●		拡大鏡(ルーペ)	○
	助言、指導、励まし、カウンセリング	●		●		文字ボード	
	家族への連絡・応対・調整・情報収集	●		●		難聴者用電話	
書類作成	申請書類の記入・提出			●		緊急通報装置(電話)	
問題行動 への対応	徘徊への対応、探索					自助具:	
	不潔行為への対応					その他:	
	暴力行為・暴言への対応						
	その他の問題行動への対応						
余暇活動	散歩の付き添い	●		●			
	クラブ・レク活動中の援助	●		●			
環境整備	寝具整頓、ベッドメイキング等	●		●			
	寝具・リネン交換	●		●			
	布団を干す						
	居室内の掃除、ゴミ捨て	●		●			
	私物:花の手入れ、動物の世話						
	衣服・日用品の整理整頓	●	○	●			
	衣服の修理、繕い	●	○	●			
	補助器具(私物)の管理	●		●			
	洗濯物を集める、運ぶ	●		●			
	洗濯する、干す、たたむ	●		●			
買 物	買い物の付き添い		○	●			
	買物、依頼の物品購入		○	●			
金銭管理	現金管理、支払い等の代行		○	●			
移 送	送迎車の運転						

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容/対応するケア項目
① 本人の訴えや希望			⑧⑨ (長谷川式12点)中程度の痴呆あり。 他者との交流が少ない。 →レクリエーション活動を通じて、他者と交流を促すようスタッフが付き添う。
② 家族の訴えや希望			
③ 医療面での指示・管理等			
④ 代替ケアの可能性			
⑤ 移乗・移動面での問題等			
⑥ 視力・聴力面での問題等			
⑦ 会話能力面での問題等			
⑧ 記憶・認知・理解面での問題等	○		
⑨ 性格・生活習慣面での問題等	○		
⑩ 精神症状・問題行動面での問題等			
⑪ 生活(住)環境面での問題等			
⑫ 介護者・家族面での問題等			
⑬ 掃除・洗濯面での問題等			
⑭ 買物面での問題等			
⑮ 金銭管理面での問題等			
⑯ 移送サービス面での問題等			
⑰ その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

# ケアプラン策定評価レポート

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

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



令和2年4月1日相談受付  訪問・電話・来所・その他(

) 初回相談受付者 \*玉 あや\*

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

■ 相談内容 (主訴/本人・家族の希望・困っていることや不安、思い)

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

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

■ これまでの生活の経過 (主な生活史)

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

介護保険	利用者負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		後期高齢者医療 保険(75歳以上)	一部負担金	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担
高額介護 サービス費該当	利用者負担	( <input type="checkbox"/> 第5段階 <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input checked="" type="checkbox"/> 第1段階 )				
要介護認定	<input checked="" type="radio"/> 済	→ 非該当・要支援 1・2 要介護 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3・4・5	認定日	令和2年3月28日		
	<input type="radio"/> 未(見込み)	→ 非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
身障手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	等級	種	級	交付日	年 月
療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	程度			交付日	年 月
精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	等級		級	交付日	年 月
障害福祉サービス 受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自立支援医療 受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害支援区分→ ( )		
日常生活自立度	障害高齢者	<input checked="" type="radio"/> 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		判定者	( )	
	認知症	<input checked="" type="radio"/> 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			( )	
判定日						

アセスメント実施日 (初回) 平成31年4月4日 (更新) 令和2年4月27日

## 2 家族状況とインフォーマルな支援の状況

### ■ 家族構成と介護状況

家族構成図		家族の介護の状況・課題				
		<p>長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で東京の会社に勤務されています。ご本人は遠方におられるということもありかねたから次男さん方を気にかけておられます。長男さんは熱心に介護をしていますが、ご本人はうるさく言われることもあり少し苦手な様子でもあります。長男のお嫁さんも優しい方で頼りにされていますし、関係は良好です。何かご本人に説明が必要な場合は、お嫁さんに相談すると良いと推測しました。</p>				
女性=○, 男性=□ 分かれば横に年齢を記載 本人=◎, 回 死亡=●, ■ 同居= [ ] で囲む						
氏名(主たる介護者には※)	続柄	同別居	就労の状況	健康状態等	特記事項(自治体、ボランティア等社会的活動)	
*国 *郎 主	◎ (男)・女	◎ (同)・別	会社員	特に問題なし		
*国 二* 無	◎ (男)・女	◎ (同)・別	会社員			
	男・女	同・別				
	男・女	同・別				
	男・女	同・別				

### ■ インフォーマルな支援活用状況 (親戚、近隣、友人、同僚、ボランティア、民生委員、自治会等の地域の団体等)

支援提供者	活用している支援内容	受けたい支援/必要と思われる支援	特記事項

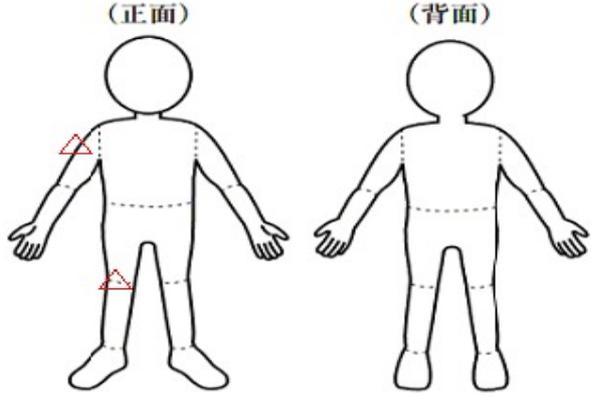
## 3 サービス利用状況

( 年 月 日時点 )

在宅利用 (認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6か月の品目数を記載)					
■ 訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	12	回	□ (介護予防)福祉用具貸与	品目
□ (介護予防)訪問入浴介護	月		回	□ 特定(介護予防)福祉用具販売	品目
□ (介護予防)訪問看護	月		回	□ 住宅改修	あり・なし
□ (介護予防)訪問リハビリテーション	月		回	□ 夜間対応型訪問介護	月 日
□ (介護予防)居宅療養管理指導	月		回	□ (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日
■ 通所介護(デイサービス)	月	8	回	□ (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日
□ (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月		回	□ (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日
□ (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月		日	□ 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
□ (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月		日	□ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
□ (介護予防)特定施設入居者生活介護	月		日	□ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
□ 複合型サービス	月		日	□ 生活支援員の訪問(日常生活自立支援事業)	月 回
□ 市町村特別給付 [ ]				□ ふれあいいきいきサロン	月 回



# 5 本人の健康状態・受診等の状況

既往歴・現症 (必要に応じ「主治医意見書」を転記)		障害等の部位			
※要介護状態に関係がある既往歴および現症 パーキンソン病:約4年前に歩行不良により受診。診断を受ける。 (進行性、姿勢反射の障害)  Drの所見 ・関節可動域は正常、しかし中高度の固縮を認める ・すくみや高度の歩行障害を認め要介助		△障害部位 ×欠損部位 ●褥瘡部位  			
身長	156 cm	体重	45 kg		
歯の状況	<input type="checkbox"/> 歯あり <input checked="" type="checkbox"/> 歯なし <input checked="" type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 局部義歯 ⇒6-②生活機能(食事・排泄等)				
【特記事項】					
主治医からの指導・助言事項。視力障害、聴力障害、麻痺、関節の動き、褥瘡、その他皮膚疾患(以上要介護認定項目)、外傷、内部障害、言語障害、動悸・息切れ、便秘、尿失禁、便失禁、摂食嚥下障害、口腔(炎症・痛み・出血・口臭・虫歯・不良義歯等)に留意のこと。					
現在の受診状況					
病名		脳梗塞	高血圧		
薬の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
受診状況	発症時期 ※主治医意見書を参考に記入	2015年頃	2000年頃		
	受診頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 定期(週・月 回) <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期(週・月 回) <input type="checkbox"/> 不定期
	受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診
受診病院	医療機関	●●●病院	●●●病院		
	診療科	内科	内科		
	主治医	※村 陽※	※村 陽※		
	連絡先	TEL 099-XXX-XXXX	TEL 099-XXX-XXXX	TEL	TEL
受診方法 留意点等					
往診可能な医療機関		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) TEL			
緊急入院できる医療機関		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( ●●●病院 ) TEL 099-XXX-XXXX			
相談、処方を受けている薬局 (かかりつけ薬局)		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( ●●●薬局 ) TEL 099-XXX-XXXX			
【特記、生活上配慮すべき課題など】					

# 6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

## 6-①基本(身体機能・起居)動作

要 介 護 認 定 項 目	1-1 麻痺等(複数可)	1	2	③	4	5	6
	1-2 拘縮(複数可)	①	2	3	4	5	
	1-3 寝返り	1	②	3			
	1-4 起き上がり	1	②	3			
	1-5 座位保持	①	2	3	4		
	1-6 両足での立位保持	1	②	3			
	1-7 歩行	1	②	3			
	1-8 立ち上がり	1	②	3			
	1-9 片足での立位保持	1	2	③			
	1-10 洗身	①	2	3	4		
	1-11 つめ切り	1	2	③			
	1-12 視力	1	②	3	4	5	
	1-13 聴力	1	②	3	4	5	
	1-14 関節の動き(複数可)	1	2	3	4	⑤	6

### 体位変換・起居

6-①1-1、 1-2関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1)体位変換介助				
2)起居介助				

### 6-①基本(身体機能・起居)動作(1-10、1-12、1-13は別記)

#### 【特記、解決すべき課題など】

何かにつかまるなどをすれば日常生活は可能であるが、転倒の危険や外出等を控えることによる筋力の低下によりADL低下が懸念されるのでできるだけ社会活動への参加を促し、またリハビリの継続に実施する。

リハビリの必要性	
<input checked="" type="checkbox"/>	あり→P9
<input type="checkbox"/>	なし

### 入浴

6-①1-10 関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1)準備・後始末	△			㊦
2)移乗移動介助	△			
3)洗身介助				
4)洗髪介助	○			
5)清拭・部分浴				
6)褥瘡・皮膚疾患 の対応				

2)移乗移動介助	
現 状	計 画
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要
3)洗身介助	
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要

#### 【特記、解決すべき課題など】

#### 【特記、解決すべき課題など】

<コミュニケーションの状況・方法(6-①1-12、1-13関係)>

#### ア.視聴覚

眼鏡使用  コンタ外使用  補聴器使用

#### イ.電話

あり  なし

#### ウ.言語障害

あり ( )  なし

#### エ.コミュニケーション支援機器の使用

あり ( )  なし

・6-②生活機能(食事・排泄等)

要介護認定項目	2-1 移乗	1	②	3	4
	2-2 移動	1	②	3	4
	2-3 えん下	1	②	3	
	2-4 食事摂取	①	2	3	4
	2-5 排尿	①	2	3	4
	2-6 排便	①	2	3	4
	2-7 口腔清潔	①	2	3	
	2-8 洗顔	①	2	3	
	2-9 整髪	①	2	3	
	2-10 上衣の着脱	1	②	3	4
	2-11 スポン等の着脱	1	②	3	4
	2-12 外出頻度	1	②	3	
	2-13 飲水摂取	1	②	3	4

食事

6-②2-1~2-4関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1) 移乗介助	△			レ
2) 移動介助	△			レ
3) 摂取介助				

【特記、解決すべき課題など】

主食	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )
副食	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 ( )
摂取介助	
<input type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助必要

<その他食事の現状(6-②2-4関係)>

ア. 食事場所  食堂  居室ベッド上  
 布団上  その他居室内  
 その他( )

イ. 食堂までの段差  あり  なし

ウ. 咀嚼の状況  問題なし  問題あり  
 →  噛みにくい  時々噛みにくい  
 とても噛みにくい

エ. 食事の内容  
 一般食  糖尿食 K<sub>高</sub>  
 高血圧食 g  抗潰瘍食  
 その他( )

排泄等

6-②2-5~2-11関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1) 準備・後始末	△			レ
2) 移乗移動介助	△			レ
3) 排尿介助				
4) 排便介助				
5) 口腔清潔介助				
6) 洗面介助				
7) 整容介助				
8) 更衣介助	△			レ

排尿介助(2-5)	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 介助あり	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助必要
排便介助(2-6)	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータルトイレ <input type="checkbox"/> 尿収器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> おむつ	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータルトイレ <input type="checkbox"/> 尿収器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> おむつ
<input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 人工肛門

<その他排泄の状況(6-②2-5、2-6関係)>

ア. 尿意  
 ある  ときどきある  ない

イ. 便意  
 ある  ときどきある  ない

【特記、解決すべき課題など】

外出

6-②2-12関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1) 移送・外出介助	△			㊟

【特記、解決すべき課題など】

・6-③認知機能

要介護認定項目	3-1 意思の伝達	1	②	3	4
	3-2 毎日の日課を理解する	①	2		
	3-3 生年月日や年齢を答える	1	②		
	3-4 面接調査の直前記憶	①	2		
	3-5 自分の名前を答える	①	2		
	3-6 今の季節を理解する	1	②		
	3-7 自分のいる場所を答える	①	2		
	3-8 徘徊	1	②	3	
	3-9 外出すると戻れない(迷子)	①	2	3	
	3-10 介護者の発言への反応	①	2	3	

家族等からの情報と観察	
-------------	--

・6-④精神・行動障害

要介護認定項目	4-1 被害妄想(物を盗られたなど)	①	2	3
	4-2 作話をする	1	②	3
	4-3 感情が不安定になる	①	2	3
	4-4 昼夜の逆転	①	2	3
	4-5 しつこく同じ話をする	1	②	3
	4-6 大声を出す	①	2	3
	4-7 介護に抵抗する	1	②	3
	4-8 落ち着きがない(「家に帰る」等)	①	2	3
	4-9 外に出たがり目が離せない	1	②	3
	4-10 ものを集める、無断でもってくる	①	2	3
	4-11 物を壊す、衣類を破く	①	2	3
	4-12 ひどい物忘れ	1	②	3
	4-13 独り言や独り笑い	1	②	3
	4-14 自分勝手な行動	1	②	3
	4-15 話がまとまらない、会話にならない	1	②	3
	4-16 幻視・幻聴	1	②	3
	4-17 暴言・暴力	①	2	3
	4-18 目的なく動き回る	1	②	3
	4-19 火の始末・管理	1	②	3
	4-20 不潔行為	1	②	3
	4-21 異食行動	1	②	3

援助の現状	(家族)	(サービス)
	見守り	見守り

援助の希望(本人)	特になし
-----------	------

援助の希望(家族)	リハビリの実施と通所サービスを希望
-----------	-------------------

援助の計画	通所リハビリテーションなどのサービスを検討する。
-------	--------------------------

【特記、解決すべき課題など】	
----------------	--

・6-⑤社会生活(への適応)力

要 介 護 認 定 項 目	5-1 薬の内服	①	2	3	
	5-2 金銭の管理	1	②	3	
	5-3 日常の意思決定	①	2	3	4
	5-4 集団への不適応	1	②	3	
	5-5 買い物	1	②	3	4
	5-6 簡単な調理	①	2	3	4
	5-7 電話の利用	①	2	3	
	5-8 日中の活動(生活)状況等	1	②	3	
	5-9 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化	①	2		

→ 6-⑥医療・健康関係へ

6-⑤5-2、 5-5～5-6関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1) 金銭管理	△		○	レ
2) 買い物	△		○	レ
3) 調理				
4) 準備・後始末				

6-⑤5-7～ 5-8関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1) 定期的な 相談・助言				
2) 各種書類 作成代行				
3) 余暇活動 支援	△		○	レ
4) 移送・外出 介助				
5) 代読・代筆				
6) 話し相手				
7) 安否確認				
8) 緊急連絡手 段の確保				
9) 家族連絡 の確保				
10) 社会活動 への支援				

<社会活動の状況(6-⑤5-8、5-9関係)>

ア.家族等近親者との交流

■ あり ( ) □ なし

イ.地域近隣との交流

■ あり ( ) □ なし

ウ.友人知人との交流

■ あり ( ) □ なし

緊急連絡・  
見守りの方法

【特記、解決すべき課題など】

・6-⑥医療・健康関係

※計画をする際には主治医の意見を求める必要あり

要介護認定項目	処置内容	援助の現状		希望	要援助 →計画	現状 ↓	計画 ↓	具体的内容
		家族実施	サービス実施					
処置内容	1.点滴の管理					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	バイタルサインのチェック
	2.中心静脈栄養					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	定期的な病状観察
	3.透析					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	内服薬
	4.ストーマ(人工肛門)の処置					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	坐薬(緩下剤、解熱剤等)
	5.酸素療法					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼・耳・鼻等の外用薬の使用等
	6.レスピレーター(人工呼吸器)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	温・冷あん法、湿布貼付等
	7.気管切開の処置					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注射
	8.疼痛の看護					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸引
	9.経管栄養					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入
	10.モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己注射(インスリン療法)
	11.じょくそうの処置					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	経管栄養法
	12.カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養法
特別な対応		【特記、生活上配慮すべき課題など】						酸素療法
								人工呼吸療法
								気管カニューレ管理
								自己導尿
								自己腹膜灌流
								膀胱留置カテーテル管理
								人工肛門・人工膀胱管理
								疼痛管理
								褥瘡管理

介護に関する医師の意見(「主治医意見書」を転記)

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

(2) 栄養・食生活  
 食事行為  自立ないし何とか自分で食べられる  全面介助  
 現在の栄養状態  良好  不良  
 → 栄養・食生活上の留意点(塩分の採り過ぎに注意が必要である。)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針  
 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  看護職員による相談・支援  訪問歯科診療  
 訪問薬剤管理指導  訪問リハビリテーション  短期入所療養介護  訪問歯科衛生指導  
 訪問栄養食事指導  通所リハビリテーション  その他の医療系サービス( )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項  
 ・血圧  特になし  あり(食事の管理)  
 ・摂食  特になし  あり(  
 ・嚥下  特になし  あり(  
 ・移動  特になし  あり(  
 ・運動  特になし  あり(  
 ・その他( )

(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入してください。)  
 無  有( )  不明

家族の負担も考慮しながら見守り観察を実施し、通所リハビリへの参加をとおして他人との交流や維持リハの実施により筋力の低下を防止する方向が望ましいと考える。

災害時の対応の必要性について

必要性の有無  有  無

⇒有の場合

災害時の連絡先 (家族以外/民生委員等)	(氏名)*国 *郎 (本人との関係) 長男 TEL. 099-26X-XXXX FAX. メール
備考	

権利擁護に関する対応の必要性について

必要性の有無  有  無

⇒有の場合

備考	
----	--

# ■ 1日のスケジュール

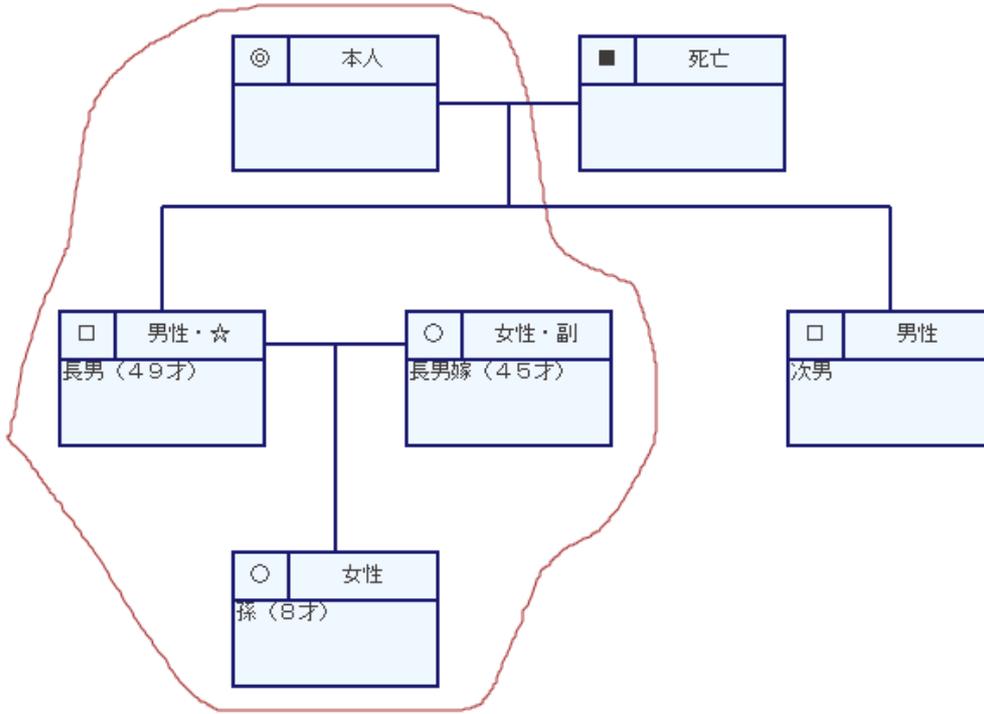
	本人の生活リズム	①本人が自分でしていること ②したいと思っていること(好み)	援助の現状		要援助と判断される場合にレ計画した場合に○(確認)
			家族実施	サービス実施	
(深夜)	4				
	5				
	6				
(早朝)	7	□			
	7	◎			
	8				
(午前)	9	△			
	9				
	10				
	11	○			
	12				
(午後)	13			食事を届ける	
	13		時々食事を自分でも作る、		レ
	14	△			宅食も併用
	15				
	16				
(夜間)	17	☆		一部介助	レ
	18				
	19	△			
	20	■			
	21				
(深夜)	22				
	23				
	24				
	1	○	トイレまで自分で行く		
	2				
	3				
	4				

- ◎ : 排便    △ : 食事    □ : 起床
- : 排尿    ☆ : 入浴    ■ : 就寝

# 家族構成図

フリガナ 本人氏名	*クニヨシ* *国良*	男・(女)	昭和14年7月29日生 ( 80 ) 歳
--------------	----------------	-------	----------------------

女性=○, 男性=□ 分かれば横に年齢を記載  
 本人=◎, 回  
 死亡=●, ■ 同居=.....で囲む



## 家族の介護の状況・問題点

長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。  
 次男さんは独身で東京の会社に勤務されています。  
 ご本人は遠方におられると言うこともありかねたから次男さん方を気にかけておられます。  
 長男さんは熱心に介護をしていますが、ご本人はうるさく言われることもあり少し苦手なご様子でもあります。長男のお嫁さんも優しい方で頼りにされていますし、関係は良好です。  
 何かご本人に説明が必要な場合は、お嫁さんに相談すると良いと推測しました。

氏名(主たる介護者には※)	続柄	同別居	職の有無	健康状態等	特記事項
*国*郎 主	(男)・女 長男	(同)・別	会社員	特に問題なし	
*国*二 無	(男)・女 次男	同・(別)	会社員		
	男・女	同・別			
	男・女	同・別			
	男・女	同・別			

# ケアプラン策定評価レポート

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

問題領域	選定結果	ケアプランの決定		根拠・情報の所在 など
		策定	策定しない	
1. 体位変換・起居				
2. 入浴	●		○	現状は生活習慣も安定しており、時々ではあるが家族の見守り観察で適当と考える。
3. コミュニケーション				
4. 食事	●	○		塩分の過度摂取や偏り気味の食事を家族と宅配サービスもしくはヘルパーとの併用で援助するのが望ましい。
5. 排泄等	●			
6. 外出	●	○		庭の散歩や菜園などはある様であるが家族以外とのコミュニケーションが少ない。認知の観点からも他者とのコミュニケーションの場を家族と相談して決める。
7. 認知・精神・行動障害	●			
8. 社会生活力				
9. 医療・健康関係				



# 【 領域検討用紙 】

氏 名 \*国 良\*  
アセスメント日 令和2年04月04日

作成日 令和2年04月27日  
作成者 \*玉 あや\*

領域とトリガー	ガイドライン		
	ガイドラインに沿って問題の要因や危険性・可能性を検討(課題を設定する)	ケアの方向性およびケア内容を検討する(短期目標を設定する)	ケア内容の検討(サービス内容を設定する)

予定関係

配車予定一覧

迎え送り

印刷日 令和02年3月26日 木曜日

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

# サービス計画書

## 施設サービス計画の同意書兼受領書

私は、添付の施設サービス計画の原案について、説明者からその内容の説明を受けるとともに、この内容に同意しましたので、施設サービス計画を受領します。

令和2年4月1日

説明者	住所	〒899-01 鹿児島県鹿児島市鴨池新町XXXX番地
	事業所名	特別養護老人ホーム ●苑
	氏名	*玉 あや* 印

利用者	住所	〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地
	氏名	*津 三* 印
家族又は代理人	住所	〒
	氏名	印

添付書類

令和2年4月1日

作成 施設サービス計画書(1)  
施設サービス計画書(2)  
週間サービス計画表

# 施設サービス計画書(1)

作成年月日

令和2年4月1日

1032

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 \*津 三\* 殿 生年月日 昭和14年08月31日 住所 〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

施設サービス計画作成者氏名及び職種 \*玉 あや\* (介護福祉士)

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 〒 899-01 鹿児島県鹿児島市鴨池新町XXXX番地 特別養護老人ホーム ●苑

施設サービス計画作成(変更)日 令和2年4月1日 初回施設サービス計画作成日 平成25年2月15日

認定日 認定の有効期間 令和2年1月1日 ~ 令和3年12月31日

要介護状態区分 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 (その他 : )

利用者及び家族の生活に対する意向  
本人：私の気持ちが周りの人に伝わるようになり、家で暮らすため歩けるようになって自分のことをしたい。リハビリをがんばりたい。  
家族：家庭の事情もあり、歩けるようになりトイレに自分で行けないと家では面倒を見られない。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 特に無し

総合的な援助の方針  
本人の思いに添うように、下肢筋力、歩行訓練を行いながら見守りで排泄介助に持っていくリハビリ練習を行い、家族と共に本人の願いがかなうようなかわりを持っていく。

# 施設サービス計画書（2）

作成年月日 令和02年4月1日

利用者名 \*津 三\* 殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容			
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者	頻度	期間
私の気持ちが周りの人に伝わるようにしたい	イライラしないで穏やかに過ごすことができる	R2/4/1 ~ R2/9/30	車いすから立ち上がったたりイライラしたりしている時に、理由や希望をわかってもらえる	R2/4/1 ~ R2/6/30	車いすから立ち上がった時に本人の思いを聞く ①トイレに行きたい ②どこかに行きたい ③歩きたい ④静かな場所で一人になりたいなど	理学療法士 病棟スタッフ	必要時	R2/4/1 ~ R2/6/30
					本人の思いを尊重して援助する（トイレへ移動など）	理学療法士 病棟スタッフ	必要時	R2/4/1 ~ R2/6/30
					食事回数や量、言った言葉から本人の気持ちや体調を察しコミュニケーションをとっていく	理学療法士 病棟スタッフ	必要時	R2/4/1 ~ R2/6/30
家で暮らすため歩けるようになって自分のことをしたい	歩けるようになって自分の家で暮らすことができる	R2/4/1 ~ R2/9/30	介助してもらいながら自分なりに歩いて移動することができる	R2/4/1 ~ R2/6/30	下肢筋力のリハビリを意識がはつきりしている時にできるようにする（リハビリに集中できるようにする） ①疲労状態・全身状態の確認をする ②リハビリのメニューをわかるようにゆっくり説明する ③（排泄などとの兼ね合いもあり）夜間十分に睡眠がとれ、リハビリ時覚醒しているかどうかの確認をする	理学療法士 病棟スタッフ		R2/4/1 ~ R2/6/30
					足の痛みに対応する ①装具の検討 ②鎮痛薬 ③湿布薬を貼る	主治医	足が痛い時	H28/8/1 ~ H28/10/31
					足に痛みがあることを察し、思いやるコミュニケーションをとっていく	理学療法士 病棟スタッフ	随時	H28/8/1 ~ H28/10/31

利用者名 \*津 三\*

殿

## 週間サービス計画表

作成年月日 令和2年4月1日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00	食事等の摂取介助							
午	8:00								
前	10:00	レクリエーションの見守り							
午	12:00	食事等の摂取介助							
		リハビリ教室		リハビリ教室		リハビリ教室			
後	14:00								
			人浴時の移乗、移動の介助		人浴時の移乗、移動の介助		人浴時の移乗、移動の介助		
夜	16:00								
	18:00	食事等の摂取介助							
間	20:00								
深夜	22:00								
	24:00								
	2:00								

週単位以外のサービス

# 日課計画表

作成年月日 令和2年4月1日

利用者名           \*津 三\*           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 巡視観察					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 排泄介助、更衣介助				起床	
午前	8:00 食事介助				朝食	
	10:00					
午後	12:00 食事介助				昼食	
	14:00 レク、おやつ、水分補給					
	16:00		リハビリテーション 相談、助言、書類作成	作業療法士 相談員		
夜間	18:00 食事介助				夕食、服薬	
	20:00					
深夜	22:00				排泄誘導	
	24:00 巡視観察					
	2:00					
随時実施するサービス						
その他のサービス						

# モニタリング評価表

[ \*津 三\*

様 ]

作成日 [ 令和2年04月01日 ]

作成者 [ \*媛 悟\*

] ]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	事業所名	評価
健康状態の維持ができ体調良く過ごしたい。	誤嚥性肺炎を予防し、体調管理ができる	R2/4/1 ~ R2/9/30	食事、水分が安全に摂取でき体調良く過ごせる。	R2/4/1 ~ R2/6/30	リハビリ実施計画によるリハビリを行い必要に応じて変更を行う。	リハビリ	間接的摂取く嚥下訓練実施。
					栄養ケア計画に基づき食事の提供を行う。	栄養士	
			リハビリを受け、筋力の維持、拘縮の進行予防ができる。	R2/4/1 ~ R2/6/30	リハビリの実施計画の立案を行い必要に応じて変更を行う。	リハビリ	関節可動域訓練、拘縮あり。
					リハビリの実施計画に基づきリハビリを実施する	リハビリ	
皮膚状態を清潔に保ち、不快なく過ごすことができ、全身の観察ができる。	皮膚トラブルなく生活できる		皮膚トラブルを予防し、皮膚状態が維持できる。		早期発見に努め、必要時処置施行し悪化させない。	介護、看護	皮膚状態特に問題ない。
					移動、移乗時の介助時の外傷に注意する。	介護、看護	入浴時ストレッチャー使用。
					排泄状況の観察を行い、排便コントロールをする。	介護、看護	
周囲の状況が理解でき安心して過ごせる	毎日を楽しみ過ごせる。	R2/4/1 ~ R2/9/30	離床する時間が増えて活動への参加や他利用者、スタッフとの交流ができる。	R2/4/1 ~ R2/6/30	精神面の安定、不安の軽減を図るため面会の機会をつくって頂く。	家族	こまめな面会あり。
					本人の楽しめる活動の継続、検討（テレビ視聴）	家族、リハビリ、看護、相談	

# モニタリングシート

[ \*津 三\* 様 ]

作成日 [ 令和2年4月1日 ] 作成者 [ \*玉 あや\* ]

計画の実施状況				計画の達成度と評価		今後の方針・目標	備考
短期目標	サービス内容	確認日	確認方法	利用者及び家族の意向・満足度	評価		
怪我や転倒せずに過ごす事ができる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>* リハビリ訓練を行なう</li> <li>* 集団体操や手すりを使った起立訓練に参加して頂く</li> <li>* 移乗やトイレ時、必要時はコールを押して頂き介助し、転倒に注意する。</li> <li>* 入浴時や着脱時にも事故や転倒など起きない様に注意し介助する。</li> </ul>	4月1日	カルテ	<p>本人：私の気持ちが周りの人に伝わるようになり、家で暮らすため歩けるようになって自分のことをしたい。リハビリをがんばりたい。</p> <p>家族：家庭の事情もあり、歩けるようになりトイレに自分で行けないと家では面倒を見られない。</p>	リハビリでは外出を想定し歩行訓練を実施。杖歩行でも実施しているが、ときおりつまずき等見られることもある。歩行器を使わず独歩される事が時折あり転倒リスク高い	リハビリ継続し歩行動作の安定を図っていく。移動時の見守り行い転倒予防に努める	
今出来る事を継続する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 食事は配膳すると自分で摂取する事ができる。</li> <li>* 排泄は、トイレで行なえる。</li> <li>* リハビリに取り組む事ができる。</li> </ul>	4月1日	カルテ スタッフへ確認		食事は自力にて行えており、排泄は誘導にて行っている。	今後も自分で出来る事は継続しできるように支援する。	
栄養・水分を適量摂取し体調を整える事ができる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>* バイタルチェックを行なう</li> <li>* 食事の提供</li> <li>* 排便管理</li> </ul>	4月1日			食事はほぼ全量摂取されている。	今後も状態観察継続し体調の管理に努める。体重測定を継続的にを行い体重の変化に注意する。	
清潔を保持出来る。	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 入浴による清潔保持</li> <li>* 爪切りを行なう。</li> <li>* 口腔ケア</li> </ul>	4月1日	カルテ		週2回の入浴を実施し清潔保持出来ている。	施設生活が爽快、快適に過ごせる様に支援して行く	
他者との心地よい交流を持ち笑顔がふえる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>* レクリエーションや月行事への参加を勧める。</li> <li>* スタッフからの積極的な挨拶や声かけを行なう。</li> </ul>	4月1日	カルテ		月行事に参加され楽しまれている 食堂席にて同席者と談笑されている。	各活動への参加を勧め、他者とのふれあいを継続して持つて頂くよう支援する。	

## モニタリングのまとめ

現在の施設サービス計画書は効果があると評価される。施設サービス計画書を継続する。

次回モニタリング予定年月日 令和2年7月1日



# サービス担当者会議の要点

作成年月日 令和02年04月01日

利用者名 \*津 三\* 殿

施設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01日

開催場所 会議室

開催時間 09:00~09:00

開催回数 4

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
	特別養護老人ホーム ●苑 (医師)	*媛 悟*	特別養護老人ホーム ●苑 (相談員)	*玉 あや*	(本人)	*津 三*
	特別養護老人ホーム ●苑 (看護師)	*阜 梅*	特別養護老人ホーム ●苑 (作業療法士)	*分 *	(妻)	*津 花*
検討した項目	・本人の希望であるポータブルトイレの自力使用について検討。					
検討内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・変形性腰椎症と両膝関節症の痛みは軽減している。ADLの向上と退所後のサービス調整を行う。</li> <li>・ベッド周囲の環境を整え、排泄動作の自立を図る。ベッドとポータブルトイレの移乗動作、平行棒訓練を実施、退所後予想される生活環境と同じようにベッドとポータブルトイレの位置を設定する。</li> <li>・自立可能な部分を中心に、ADLの拡大を図る。転倒に十分配慮する。</li> <li>・作業療法士と相談員で退所前訪問を実施し、在宅サービスの導入について打合せも行う。</li> <li>・現在行われているケアを継続していただき、ポータブルトイレの自力使用可能となるようリハビリ訓練を行っていただきたい。</li> </ul>					
結論	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄だけでも、ポータブルトイレで可能となれば在宅での生活がかなり快適になるのではないかと。ポータブルトイレへの自立に向けて、現在のケアを継続していく。</li> </ul>					
残された課題 (次回の開催時期)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅となったときの食事の問題。</li> <li>高血圧、糖尿病、在宅サービスの利用方法} 今後の課題とする。地域サービスの調整。</li> </ul>					

サービス担当者に対する照会（依頼）内容

作成年月日 令和02年04月01日

利用者名 \*津 三\* 殿

施設サービス計画作成者（照会者）氏名 \*玉 あや\*

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由
-------------------------------------

照会（依頼）先	照会（依頼）年月日	照会（依頼）内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容
南日本クリニック 主治医 ●●●先生	R02/04/01	<p>お世話になります。</p> <p>*津 三*様ですが、今回介護保険の更新時期にて、今後のサービス内容について検討しております。</p> <p>現在利用されている通所リハビリについて、歩行訓練・筋力訓練・起居動作訓練など実施しており、出来なかった寝返りも少しずつ出来るようになっております。通所利用にだいぶ慣れた様子で、ほぼ休まず利用されており、本人も楽しみにされているようです。</p> <p>今後、利用を継続していく中で、注意する点やアドバイス等ありましたらご指導頂けないでしょうか。</p> <p>ご多忙とは存じますが、宜しくお願い致します。</p>			

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。



介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業） サービス評価表

評価日 令和2年3月25日

利用者名 \* 沢 一 \* 殿

計画作成者氏名 \* 媛 悟 \*

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
目標 1 ・色々なサービスを活用して日々の家事負担や健康管理などの負担を軽減しながら、入院前の「元気な健康状態」に戻す事。	①R2年4月1日 ～R3年3月31日	・1年前に比べて、心身の状態は改善されてきており、今回の認定結果でも、要支援2のまま、有効期限は2ヶ年となり、目標に向けて頑張っておられる。	△	(本人) ・7月から膝が痛み出し、近くの整形外科「加治屋クリニック」に毎週1回通っている。	・BMIは17.6であり、膝への体重負荷は特にはないが、足腰の筋力低下が考えられるので、整形外科での物理療法や家庭での自主トレに今後期待したい。	・引き続き介護サービスを提供し本人の状態に応じて適宜適切な支援を続けたい。 ●谷●主治医の提案しているデイケアの利用も今後検討し、ご本人に提案したい。
総合的な方針 ・在宅での自立した生活を確保するために、医療機関や家族、介護スタッフとの連携を取りながら、介護サービスの適切な提供を行いたい。			地域包括支援センター意見			
			<input checked="" type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> 介護給付 <input checked="" type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了			

# サービス計画書

作成日 [ 令和2年04月01日 ]

作成者 [

特別養護老人ホーム ●苑

\*媛 悟\*

]

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
私の気持ちが周りの人に伝わるようにしたい	イライラしないで穏やかに過ごすことができる	R2/4/1 ~ R2/9/30	車いすから立ち上がったリイライラしたりしている時に、理由や希望をわかってもらえる	R2/4/1 ~ R2/6/30	車いすから立ち上がった時に本人の思いを聞く ①トイレに行きたい ②どこかに行きたい ③歩きたい ④静かな場所で一人になりたいなど	必要時		
					本人の思いを尊重して援助する（トイレへ移動など）	必要時		
					食事回数や量、言った言葉から本人の気持ちや体調を察しコミュニケーションをとっていく	必要時		
家で暮らすため歩けるようになって自分自身のことをしたい	歩けるようになって自分の家で暮らすことができる	R2/4/1 ~ R2/9/30	介助してもらいながら自分なりに歩いて移動することができる	R2/4/1 ~ R2/6/30	足の痛みに対応する ①装具の検討 ②鎮痛薬 ③湿布薬を貼る	足が痛い時		
					足に痛みがあることを察し、思いやるコミュニケーションをとっていく	随時		

サービス計画書について説明を受け、内容に同意しました。

年 月 日 利用者（代理者）氏名

印

## サービス計画書

作成日 [ 令和2年04月01日 ]

作成者 [ 特別養護老人ホーム ●苑  
\*媛 悟\* ]

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
私の気持ちが周りの人に伝わるようにしたい	イライラしないで穏やかに過ごすことができる	R2/4/1 ~ R2/9/30	車いすから立ち上がったりイライラしたりしている時に、理由や希望をわかってもらえる	R2/4/1 ~ R2/6/30	車いすから立ち上がった時に本人の思いを聞く ①トイレに行きたい ②どこかに行きたい ③歩きたい ④静かな場所で一人になりたいなど	必要時			
					本人の思いを尊重して援助する（トイレへ移動など）	必要時			
					食事回数や量、言った言葉から本人の気持ちや体調を察しコミュニケーションをとっていく	必要時			
家で暮らすため歩けるようになって自分のことをしたい	歩けるようになって自分の家で暮らすことができる	R2/4/1 ~ R2/9/30	介助してもらいながら自分なりに歩いて移動することができる	R2/4/1 ~ R2/6/30	足の痛みに対応する ①装具の検討 ②鎮痛薬 ③湿布薬を貼る	足が痛い時			
					足に痛みがあることを察し、思いやるコミュニケーションをとっていく	随時			

サービス計画書について説明を受け、内容に同意しました。

年 月 日 利用者（代理者）氏名

印

### サービス評価表

作成日 [ 令和2年04月01日 ]

作成者 [ 特別養護老人ホーム ●苑  
\*媛 悟\* ]

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
健康状態の維持ができ体調良く過ごしたい。	誤嚥性肺炎を予防し、体調管理ができる。	R2/4/1 ~ R2/9/30	食事、水分が安全に摂取でき体調良く過ごせる。	R2/4/1 ~ R2/6/30	リハビリ実施計画によるリハビリを行い必要に応じて変更を行う。	必要時			間接的摂取く嚥下訓練実施。
					栄養ケア計画に基づき食事の提供を行う。	随時			
			リハビリを受け、筋力の維持、拘縮の進行予防ができる。	R2/4/1 ~ R2/6/30	リハビリの実施計画の立案を行い必要に応じて変更を行う。	必要時			関節可動域訓練、拘縮あり。
					リハビリの実施計画に基づきリハビリを実施する。	随時			
皮膚状態を清潔に保ち、不快なく過ごすことができ、全身の観察ができる。	皮膚トラブルなく生活できる。	R2/4/1 ~ R2/9/30	皮膚トラブルを予防し、皮膚状態が維持できる。	R2/4/1 ~ R2/6/30	早期発見に努め、必要時処置施行し悪化させない。	必要時			皮膚状態特に問題ない。
					移動、移乗時の介助時の外傷に注意する。	随時			入浴時ストレッチャー使用。
					排泄状況の観察を行い、排便コントロールをする。	随時			
周囲の状況が理解でき安心して過ごせる。	毎日を楽しみ過ごす。	R2/4/1 ~ R2/9/30	離床する時間が増えて活動への参加や他利用者、スタッフとの交流ができる。	R2/4/1 ~ R2/6/30	精神面の安定、不安の軽減を図るため面会の機会をつくって頂く。	随時			こまめな面会あり。
					本人の楽しめる活動の継続、検討（テレビ視聴）	随時			

予防サービス計画書

特別養護老人ホーム ● 苑

作成日 [ 令和02年04月01日 ] 作成者 [ \* 媛 悟 \*

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 歩行はつかまらず行えるが、最近では長く歩くことができない。外出の機会は図書館や郊外のスーパーに月2~3回いく程度だが、最近減少傾向。	本人：どこに行くわけでは無いので、不自由ではない。 家族：このままでは歩けなくなるのではと心配	■有 □無 機能的には、問題はないが出かける目的もなく、歩ききっかけもないため、下肢機能が低下してきており、このままの生活を続けることにより、歩行に支障が生じるおそれがある。	1. 活動性が低下したことによる下肢筋力と体力の低下が生じている。	1. (目標) 図書館やスーパーなど週1回でかける。  (具体策) ①運動器の機能向上教室などに行き、機能訓練をおこなう。 ②自分で買い物に行く機会などを増やしていく。	1. 本人：どこも具合が悪くないが、健診(生活機能評価)なら行ってみたい。 体力は落ち、足腰も弱っている。このままでは、旅行にも行けないので散歩くらいは再開したい。 家族：是非健診も受けて欲しいし、機能訓練にも行ってほしい。	1. 毎日散歩を30分間行う。	(1)まずは生活機能評価を受け、栄養状態が回復したら機能訓練を勧めていく。  (2) 歯科治療に対する諦めがあるようなので、まず口腔機能と栄養の評価を又け、自分にあった体力向上のための方法を学び、生活の中で実践できるようにする。	R2/4/1 ~ R2/9/30		
日常生活(家庭生活) 身の回りの行為は自立している。食事作りが行えず、娘が作り置きする惣菜の他は、購入したパンや店屋物で済ます。簡単な片付けやごみ捨て、洗濯は行う。娘が週1回来訪し、掃除や調理を行う。	本人：食事作りは面倒。家事はやれないのではなく、やらないだけ。 家族：母親が亡くなってから心配でずっと手伝っている。誰かやってくれる人がいればお願いしたい。	■有 □無 妻が死亡後、食生活の偏りから栄養状態が悪化している恐れがあるが、本人、家族ともに健康状態ともに問題意識はない。	2. 義歯を含めた口腔状態や食生活が良くないことにより、低栄養や体力低下をきたす可能性がある。	2. (目標) 義歯を含めた口腔内状態を整えることでおいしく食事が食べられる。  (具体策) ①歯科医院に受診する。 ②口腔の手入れ方法を学ぶ ③低栄養状態を改善する方法を学ぶ。 ④地域の会食会に参加する。	2. 本人：以前に何回も歯医者で調節したがうまくいかなかったので、歯医者に行っても治らないだろう。手入れは教えてもらいたい。娘と一緒に料理するのは恥ずかしい。会食も、毎年誘われるが女性ばかりで気が引ける。	2. 食事がおいしく食べられる。		R2/4/1 ~ R2/9/30		
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 老人会や、地域の行事には参加しない。昔の仕事仲間との電話や手紙のやり取りはあり、旅行にも2年前まで参加していた。普段は、娘の電話以外まったく会話をしないこともある。	本人：高齢者の集まりに参加する」とは好まない。昔仲間との旅行は、参加したい。 家族：万が一のときのために近所とも交流してしてほしい。	■有 □無 本人は旅行への参加を希望しており、日常的な交流の拡大については娘も希望しており、体力低下と共に閉じこもりにならないよう社会参加の方法を考える。本人の得意分野である電気修理技術を生かす方策も考慮する。								

私は、この計画書に同意いたします。

印

# 予防サービス評価表

特別養護老人ホーム ● 苑

作成日 [ 令和02年04月01日 ] 作成者 [ \* 媛 悟 \* ]

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 歩行はつかまらず行えるが、最近長く歩くことができない。外出の機会は図書館や郊外のスーパーに月2~3回いく程度だが、最近減少傾向。	本人：どこに行くわけでは無いので、不自由ではない。 家族：このままでは歩けなくなるのではと心配	■有 □無 機能的には、問題はないが出かける目的もなく、歩くきっかけもないため、下肢機能が低下してきており、このままの生活を続けることにより、歩行に支障が生じるおそれがある。	1. 活動性が低下したことによる下肢筋力と体力の低下が生じている。	1. (目標) 図書館やスーパーなど週1回でかける。  (具体策) ①運動器の機能向上教室などに行き、機能訓練をおこなう。 ②自分で買い物に行く機会などを増やしていく。	1. 本人：どこも具合が悪くないが、健診(生活機能評価)なら行ってみたい。 体力は落ち、足腰も弱っている。このままでは、旅行にも行けないので散歩くらいは再開したい。 家族：是非健診も受けて欲しいし、機能訓練にも行ってほしい。	1. 毎日散歩を30分間行う。	(1)まずは生活機能評価を受け、栄養状態が回復したら機能訓練を勧めていく。  (2)歯科治療に対する諦めがあるようなので、まず口腔機能と栄養の評価を上げ、自分にあった体力向上のための方法を学び、生活の中で実践できるようにする。	R2/4/1 ~ R2/9/30		1年前に比べて心身の状態は改善されてきている。
日常生活(家庭生活) 身の回りの行為は自立している。食事作りが行えず、娘が作り置きする惣菜の他は、購入したパンや店屋物で済ます。簡単な片付けやごみ捨て、洗濯は行う。娘が週1回来訪し、掃除や調理を行う。	本人：食事作りは面倒。家事はやれないのではなく、やらないだけ。 家族：母親が亡くなってから心配でずっと手伝っている。誰かやってくれる人がいればお願いしたい。	■有 □無 妻が死亡後、食生活の偏りから栄養状態が悪化している恐れがあるが、本人、家族ともに問題意識はない。	2. 義歯を含めた口腔状態や食生活が良くないことにより、低栄養や体力低下をきたす可能性がある。	2. (目標) 義歯を含めた口腔内状態を整えることでおいしく食事が食べられる。  (具体策) ①歯科医院に受診する。 ②口腔の手入れ方法を学ぶ ③低栄養状態を改善する方法を学ぶ。 ④地域の会食会に参加する。	2. 本人：以前に何回も歯医者で調節したがうまくいかなかったので、歯医者に行っても治らないだろう。手入れは教えてもらいたい。娘と一緒に料理するのは恥ずかしい。会食も、毎年誘われるが女性ばかりで気が引ける。	2. 食事がおいしく食べられる。		R2/4/1 ~ R2/9/30		膝が痛み出し近くの整形外科に毎週1回通っている。膝への体重負荷は特に問題ないが足腰の筋力低下が考えられる。引き続き介護サービスを提供し本人の状態に応じて適宜適切な支援を続けたい。
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 老人会や、地域の行事には参加しない。昔の仕事仲間との電話や手紙のやり取りはあり、旅行にも2年前まで参加していた。普段は、娘の電話以外まったく会話をしないこともある。	本人：高齢者の集まりに参加する」とは好まない。昔仲間との旅行は、参加したい。 家族：万が一のときのために近所とも交流してしてほしい。	■有 □無 本人は旅行への参加を希望しており、日常的な交流の拡大については娘も希望しており、体力低下と共に閉じこもりにならないよう社会参加の方法を考える。本人の得意分野である電気修理技術を生かす案も考慮する。								

(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3月31日

\*媛 悟\*

様

特別養護老人ホーム ●苑

日	月	火	水	木	金	土
			1 08:30-09:00 南風ケアセンター 1	2 08:30-09:00 南風ケアセンター 2 08:30-09:00 南風ケアセンター 2 16:00-16:30 南風ケアセンター 2	3 08:30-09:00 南風ケアセンター 2 16:00-16:30 南風ケアセンター 2	4
5	6 08:30-09:00 南風ケアセンター 2 16:00-16:30 南風ケアセンター 2	7 08:30-09:00 南風ケアセンター 2 16:00-16:30 南風ケアセンター 2	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	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
	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	

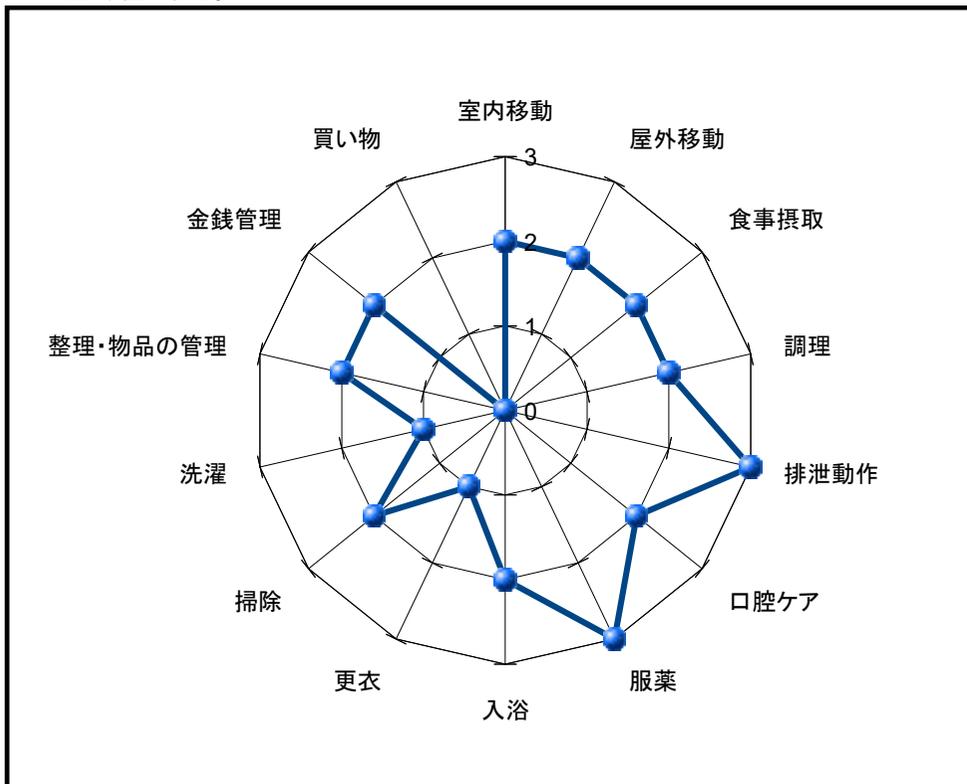
※1 本書は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。  
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。  
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしめている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。  
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

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

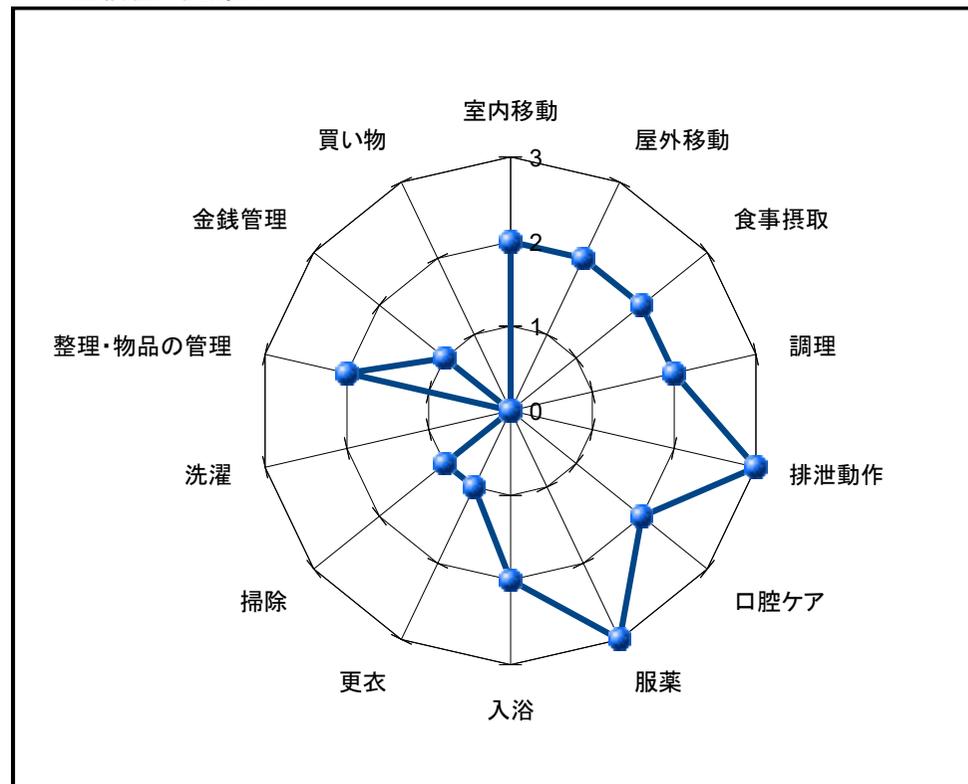
# ADLチャート

氏名: \*国良\* 年齢: 80歳 性別: ( 男・**女** )

■今回 記録日:R02/4/30



■前回 記録日:R02/1/30



<合計> 26

ADL項目	値	ADL項目	値
室内移動	2	入浴	2
屋外移動	2	更衣	1
食事摂取	2	掃除	2
調理	2	洗濯	1
排泄動作	3	整理・物品の管理	2
口腔ケア	2	金銭管理	2
服薬	3	買い物	0

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

<合計> 23

ADL項目	値	ADL項目	値
室内移動	2	入浴	2
屋外移動	2	更衣	1
食事摂取	2	掃除	1
調理	2	洗濯	0
排泄動作	3	整理・物品の管理	2
口腔ケア	2	金銭管理	1
服薬	3	買い物	0

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

# ケアプラン作成状況

担当者：\*玉 あや\*

印刷日：令和2年4月30日

No	利用者番号	利用者名	介護状態	認定期限	アセスメント	適用開始日	1表	2表	3表	プラン 同意日	4表	モニタリング	モニタリング	モニタリング
1		*里 *七郎	要介護5	R02.11.30		R02.04.24	○	○		R02.04.24	R02.04.24			
2		*田 政*	要介護1	R03.11.30		R02.05.24	○	○		R02.05.24	R02.05.30	R02.05.24	R01.10.12	
3		*村 律*	要介護2	R03.02.28		R02.08.13	○	○		R02.08.14	R02.08.14	R02.08.13	R02.02.22	R01.08.15
4		* 早*子	要介護5	R03.12.31		R02.06.27	○	○		R02.06.30	R02.06.27	R02.06.26	R01.12.21	R01.06.19
5		*後 *代子	要介護5	R04.04.30		R02.10.05	○	○		R02.10.05	R02.10.05	R02.10.05	R02.04.07	R01.10.25
6		*氏 雅*	要介護4	R04.05.31		R02.05.13	○	○		R02.05.13	R02.05.13	R02.05.09	R01.11.20	H31.04.25

# 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

氏名 \*津 三\*

評価日 令和3年4月30日  
殿 (男) 女

計画書作成日 令和1年10月31日

昭和14年08月31日 生 ( 81 歳)

記入担当者名 \*媛 悟\*

褥瘡の有無

1. 現在 なし (あり) (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( )) 褥瘡発生日 令和1年10月10日  
2. 過去 なし (あり) (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( ))

障害高齢者の日常生活自立度		J (1、2) A (①、2) B (1、2) C (1、2)		対処	
ADLの状況	入浴	自分でやっている	自分で行っていない	「自分で行っていない」、 「あり」に1つ以上該当する 場合、褥瘡ケア計画を立案し実施する	
	食事摂取	自分でやっている	自分で行っていない 対象外 (*1)		
	更衣	上衣	自分でやっている		自分で行っていない
		下衣	自分でやっている		自分で行っていない
基本動作	寝返り	自分でやっている	自分で行っていない		
	座位の保持	自分でやっている	自分で行っていない		
	座位での乗り移り	自分でやっている	自分で行っていない		
	立位の保持	自分でやっている	自分で行っていない		
排せつの状況	尿失禁	なし	あり 対象外 (*2)		
	便失禁	なし	あり 対象外 (*3)		
	パルーンカテーテルの使用	なし	あり		
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか		なし	あり		

※1: 経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2: パルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3: 人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ	d0: 皮膚損傷・発赤なし d1: 持続する発赤 d2: 真皮までの損傷	D3: 皮下組織までの損傷 D4: 皮下組織を越える損傷 D5: 関節腔、体腔に至る損傷 DDTI: 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い DU: 壊死組織で覆われた深さの判定が不能
	浸出液	e0: なし e1: 少量: 毎日のドレッシング交換を要しない e3: 中等量: 1日1回のドレッシング交換を要する	E6: 多量: 1日2回以上のドレッシング交換を要する
	大きさ	s0: 皮膚損傷なし s3: 4未満 s6: 4以上16未満 s8: 16以上36未満 s9: 36以上64未満 s12: 64以上100未満	S15: 100以上
	炎症/感染	i0: 局所の炎症徴候なし i1: 局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・膨脹・熱感・疼痛)	I3C: 臨床的定着疑い (創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) I3: 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など) I9: 全身的影響あり (発熱など)
	肉芽組織	g0: 創が治療した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 g1: 良性肉芽が創面の90%以上を占める g3: 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	G4: 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める G5: 良性肉芽が創面の10%未満を占める G6: 良性肉芽が全く形成されていない
	壊死組織	n0: 壊死組織なし	N3: 柔らかい壊死組織あり N6: 硬く厚い密着した壊死組織あり
ポケット	p0: ポケットなし	P6: 4未満 P9: 4以上16未満 P12: 16以上36未満 P24: 36以上	

※褥瘡の状態については「改定DESIGN-R(R)2020コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人 日本褥瘡学会)を参照。

留意する項目		計画の内容
関連職種が共同して取り組むべき事項		全身状態・皮膚の観察 ポジショニング確認
評価を行う間隔		三ヶ月
圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散 寝具、頭部拳上方法、 車椅子姿勢保持等)	ベッド上	定期的な体位交換あるいは除圧
	イス上	定期的なプッシュアップ
スキンケア		保清と保湿
栄養状態改善		食事摂取状況を確認し必要時補食の検討
リハビリテーション		筋力維持向上訓練 ポジショニング確認指導
その他		

説明日 年 月 日  
説明者氏名

# 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

評価日 令和3年4月30日

計画作成日 令和3年4月30日

氏名 \*津 三\* 殿 (男) 女  
昭和14年08月31日生 ( 81 歳)

記入者名 \*媛 悟\*  
医師名 山村 陽子  
看護師名 \*賀 桐\*

## 排せつの状態及び今後の見込み

	施設入所時 (利用開始時)	評価時	3か月後の見込み	
			支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
おむつ 使用の有無	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)
ポータブル トイレ 使用の有無	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)

※排尿・排便の状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版(平成 30年 4月改訂)」を参照。

## 排せつの状態に関する支援の必要性

あり なし

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

## 排せつに介護を要する要因

入院に伴い筋力低下

## 支援計画

排泄動作の確認  
リハビリを行い排泄動作の再獲得をする  
声掛けと誘導  
Pトイレ使用から目指す

説明日 年 月 日  
説明者氏名

# 自立支援促進に関する評価・支援計画書

評価日 令和3年4月1日

計画作成日 令和3年4月1日

氏名 \*津 三\* 殿  男  女  
昭和14年08月31日 生 ( 81歳)

医師名 \*村 陽\*  
介護支援専門員名 \*媛 蜜\*

## 現状の評価と支援計画実施による改善の可能性

(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. L209 アトピー性皮膚炎	発症年月日 昭和60年6月13日頃
2.	発症年月日 頃
3.	発症年月日 頃
(2) 生活機能低下の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び治療内容〔前回より変化のあった事項について記入〕	
(3) 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） <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
(4) 基本動作	(5) ADL*
・寝返り <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	自立 一部介助 全介助
・起き上がり <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	・食事 <input checked="" type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
・座位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	・椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input checked="" type="checkbox"/> 10 ←（監視下）
・立ち上がり <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	（座るが移れない） → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
・立位の保持 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	・整容 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
	・トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
	・平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input checked="" type="checkbox"/> 10 ←（歩行器等）
	（車椅子操作が可能） → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・排便コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・排尿コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
(6) 廃用性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果	
<input checked="" type="checkbox"/> 期待できる（期待できる項目： <input checked="" type="checkbox"/> 基本動作 <input checked="" type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> 社会参加 <input type="checkbox"/> その他）	
<input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明	
・リハビリテーション（医師の指示に基づく専門職種によるもの）の必要性 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
・機能訓練の必要性 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(7) 尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画	
<input type="checkbox"/> 尊厳の保持に資する取組 <input checked="" type="checkbox"/> 本人を尊重する個別ケア <input type="checkbox"/> 寝たきり防止に資する取組 <input checked="" type="checkbox"/> 自立した生活を支える取組	
(8) 医学的観点からの留意事項	
・血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ ）	・移動 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ ）
・摂食 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ ）	・運動 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ ）
・嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ ）	・その他（ ）

（※利用者が日常生活の中で「できるADL動作」について評価して下さい。）

支援実績

離床・基本動作	ADL動作	日々の過ごし方等	訓練時間
<p>・離床</p> <p>■あり □なし</p> <p>1日あたり（5.0）時間</p> <p>・座位保持</p> <p>■あり □なし</p> <p>1日あたり（2.0）時間 （内訳）</p> <p>ベッド上（ ）時間</p> <p>車椅子（ ）時間</p> <p>普通の椅子（2.0）時間</p> <p>その他（ ）時間</p> <p>・立ち上がり</p> <p>■あり □なし</p> <p>1日あたり（10）回</p>	<p>・食事</p> <p>（ ■自立 □見守り □一部介助 □全介助 ）*</p> <p>■居室外（普通の椅子）</p> <p>□居室外（車椅子）</p> <p>□ベッドサイド</p> <p>□ベッド上 □その他</p> <p>食事時間や嗜好への対応</p> <p>■有 □無</p> <p>・排せつ（日中）</p> <p>（ ■自立 □見守り □一部介助 □全介助 ）*</p> <p>■居室外のトイレ</p> <p>□居室内のトイレ</p> <p>□ポータブル</p> <p>□おむつ □その他</p> <p>個人の排泄リズムへの対応</p> <p>■有 □無</p> <p>・排せつ（夜間）</p> <p>（ ■自立 □見守り □一部介助 □全介助 ）*</p> <p>■居室外のトイレ</p> <p>□居室内のトイレ</p> <p>□ポータブル</p> <p>□おむつ □その他</p> <p>個人の排泄リズムへの対応</p> <p>■有 □無</p> <p>・入浴</p> <p>（ ■自立 □見守り □一部介助 □全介助 ）*</p> <p>□大浴場 ■個人浴槽</p> <p>□機会浴槽 □清拭</p> <p>1週間あたり（ ）回</p> <p>マンツーマン入浴ケア</p> <p>□有 ■無</p>	<p>・本人の希望の確認</p> <p>1月あたり（3）回</p> <p>・外出</p> <p>1週間あたり（ ）回</p> <p>・居室以外（食堂・デイルームなど）における滞在</p> <p>1日あたり（2.0）時間</p> <p>・趣味・アクティビティ・役割活動</p> <p>1週間あたり（1）回</p> <p>・職員の居室訪問</p> <p>1日あたり（ ）回</p> <p>・職員との会話・声かけ</p> <p>1日あたり（3）回</p> <p>・着替えの回数</p> <p>1週間当たり（7）回</p> <p>・居場所作りの取組</p> <p>■有 □無</p>	<p>・リハビリ専門職による訓練</p> <p>■あり □なし</p> <p>1週間あたり（10.0）時間</p> <p>・看護・介護職による訓練</p> <p>□あり ■なし</p> <p>1週間あたり（ ）時間</p> <p>・その他職種</p> <p>□あり ■なし</p> <p>1週間あたり（ ）時間</p>

（※ 利用者が実際に日常生活の中で「しているADL動作」について評価して下さい。）

支援計画

・離床・基本動作についての支援計画	（具体的な計画） 穏やかに今の生活を続けられるように健康管理を行っていきます。
・ADL動作についての支援計画	（具体的な計画） 皮膚トラブルがなく過ごせる様に皮膚観察を行い清潔を保つようにしていきます。
・日々の過ごし方等についての支援計画	（具体的な計画） 楽しく過ごされうようにレクリエーションに参加していただきます。
・訓練の提供についての計画（訓練時間等）	（具体的な計画） 個別機能訓練・生活リハビリの実施、日常生活活動の中で訓練を行います。

説明日

説明者氏名

# 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 ( 回目評価)

氏名 *津 三*	昭和14年08月31日生 ( 81 歳)	評価者名 *玉 あや*
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. 127 / 76	2. 125 / 71	3. /
脈拍	1. 60	2.	3.
不整	【(無)・有 ( 回/分 )】		

形態測定

身長	150 cm	体重	40 kg
----	--------	----	-------

運動機能

握力	1. ( 20 kg ; (右)・左 )	2. ( 30 kg ; 右・(左) )
片足立ち(開眼)	1. ( 11 秒 ; (右)・左 )	2. ( 7 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. ( 5.4 秒 )	2. ( 3.7 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 ( 回目評価)

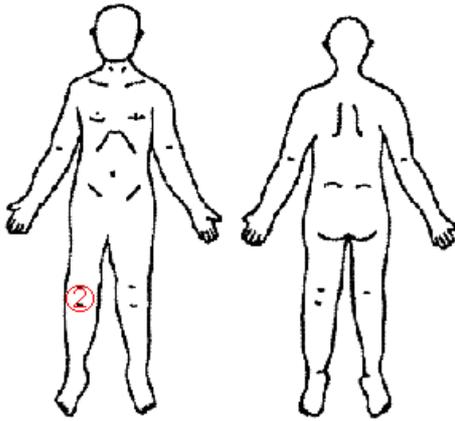
氏名 *津 三*	昭和14年08月31日生 ( 81 歳)	評価者名
実施プログラム	筋力運動	*玉 あや*

## ニーズ

自分の身の回りのことを自分でできるようにすること。

## 痛みの評価

### 痛みの部位



### 痛みの既往歴

膝の痛み

### 痛みの質的評価 (S&S、P1・P2、T1・T2・T3)

S&S : しばらく歩き続けると膝が痛む。

T 1 : 30分

T 2 : 10分

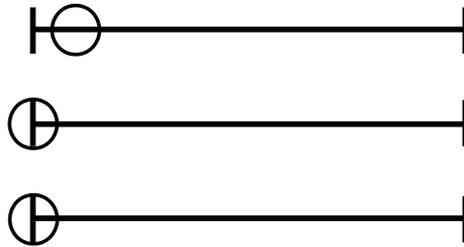
T 3 : 10分

### 身体アライメント

左右のずれあり。(膝の高さ)

### VAS (visual analogue scale)

右膝



## 日常生活活動能力

入浴、更衣や段差の移動時で痛みが出るケースもあるが、概ね問題ない。

### 評価時の特記事項 :

運動療法で改善を図る。

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

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

T3 : 痛みが緩和するような努力を始めてから痛みが消失するまでの時間

# 個別サービス計画書

利用者名 \*津 三\* 殿

生年月日 昭和14年08月31日 生 81 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： *玉 あや*
		職種： 介護福祉士

機能状態	握力 ( 10kg , (右)・左 )	痛み(部位と程度) : 膝をまげると痛みあり
	( kg , 右・左 )	
	片足立ち(開眼) ( 15秒 ) TUG ( 秒 )	運動に際してのリスク : 転倒
	最大歩行時間(5m) ( 6秒 )	
【補助具使用( 無・(有) )種類( )】	身体機能 :	
ファンクショナルリーチ ( cm )		
座位体前屈 ( cm )		
身長 ( cm ) 体重 ( kg )		

本人の希望	全体の目標
一人で散歩をしたい	安全に1人で移動できる。

方法	実施回数 ( 3日/週 ) 内訳 : 個別 ( 3日/週 ) ・ 集団 ( 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	歩行能力を高めるための運動に必要な基本動作が自立して行える。	家の近所の散歩が楽にできる。	30分程度の散歩ができる。階段1階分を昇降できる。
プログラム	膝痛対策プログラム ・足踏み ・膝関節の屈曲伸展	膝痛対策プログラム ・ハムストリング、ストレッチング	膝痛対策プログラム ・筋力向上訓練
評価	問題なし。	問題なし。	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1期継続することにより、目標を達成できると考えられる。  
具体的な地域での継続のイメージをつけるために、インフォーマルサービスの紹介などを、次回のケアプラン作成の際に検討して欲しい。

# 運動器の機能向上プログラム 実施計画（本人記載）

氏名 \*津 三\*

提出日 令和02年04月30日

運動の目標	安全に1人で移動できる。
-------	--------------

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

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: 津 三 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	* 津 三 *	生年月日	昭和14年8月31日	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
評価日	令和3年4月2日(金)	10:00 ~ 11:00	要介護度	要介護 4
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 <input checked="" type="radio"/> 助 (5) ・ 全介助 (0)	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> (10) ・ 座れるが移れない (5) ・ 全介助 (5)	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		
	整容	・ <input checked="" type="radio"/> 自立 (5) ・ 一部介助 (0) ・ 全介助 (0)	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		
	トイレ動作	・ <input checked="" type="radio"/> 自立 (10) ・ 一部介助 (5) ・ 全介助 (0)	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		
	入浴	・ 自立 (5) ・ 一部 <input checked="" type="radio"/> 助 (0) ・ 全介助 (0)	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		
	平地歩行	・ 自立 (15) ・ 歩行 <input checked="" type="radio"/> 等 (10) ・ 車椅子操作が可能 (5) ・ 全介助 (0)	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		
	階段昇降	・ 自立 (10) ・ 一部 <input checked="" type="radio"/> 助 (5) ・ 全介助 (0)	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		
	更衣	・ <input checked="" type="radio"/> 自立 (10) ・ 一部介助 (5) ・ 全介助 (0)	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		
	排便コントロール	・ <input checked="" type="radio"/> 自立 (10) ・ 一部介助 (5) ・ 全介助 (0)	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		
	排尿コントロール	・ <input checked="" type="radio"/> 自立 (10) ・ 一部介助 (5) ・ 全介助 (0)	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		
IADL	調理	・ 自立 ・ 一部介助	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	屋外移動: 屋外 階段昇降: 屋外 掃除: 屋内 狭部屋	血圧に上昇時は、掃除は控える
	洗濯	・ 自立 ・ 一部介助	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		
	掃除	・ 自立 ・ 一部介助	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
起居動作	寝返り	・ <input checked="" type="radio"/> 自立 ・ 一部介助	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	起居動作での姿勢によっては、腰痛あり	
	起き上がり	・ 自立 ・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		
	座位	・ 自立 ・ 一部介助	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		
	立ち上がり	・ 自立 ・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		
	立位	・ 自立 ・ 一部介助	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		

【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 *つ さぶ* 氏名 *津 三*	性別 男 昭和14年8月31日生 81 歳	要介護度 要介護2 計画作成者： *玉 あや* 職種： 介護福祉士
障害高齢者の日常生活自立度： 自立 J1 J2 (A) 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	

**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行われていた。
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）	目標達成度（達成・一部・未達）	機能訓練の長期目標	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。
------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

<b>本人のサイン：</b>	<b>家族サイン：</b>
特別養護老人ホーム ●苑 住所 鹿児島県鹿児島市東開町××番地 電話番号 099-XXX-XXXX	事業所No. 469999991 説明日： 令和3年4月1日 説明者： *玉 あや*

# 個別機能訓練活動チャート(ADL)

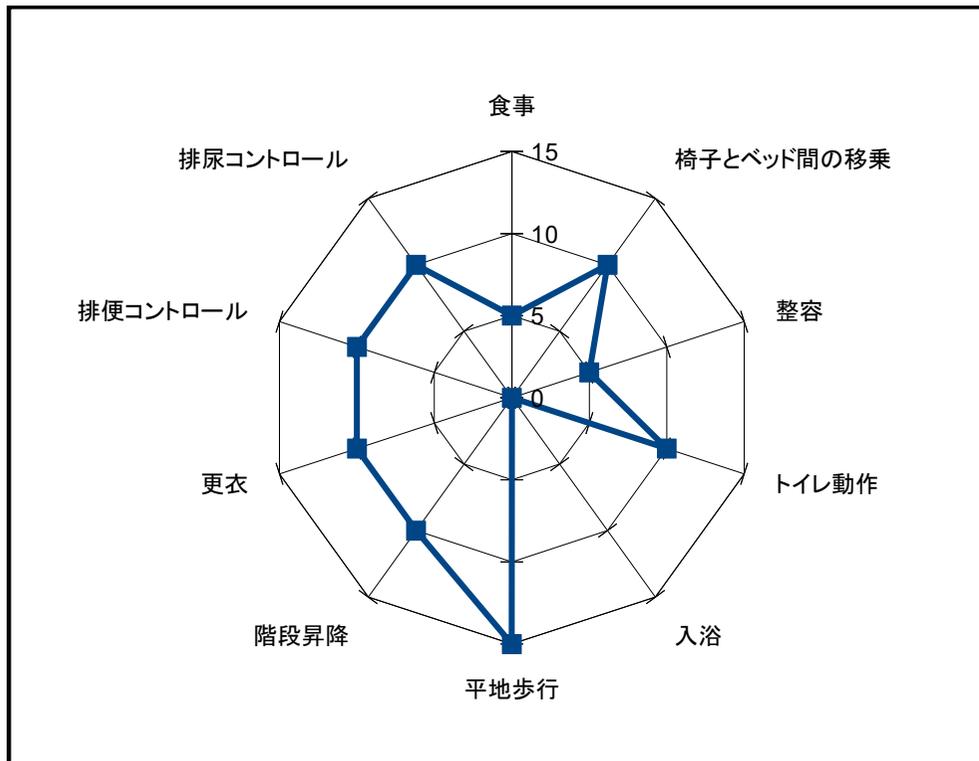
氏名: \*津 三\*

年齢: 81 歳

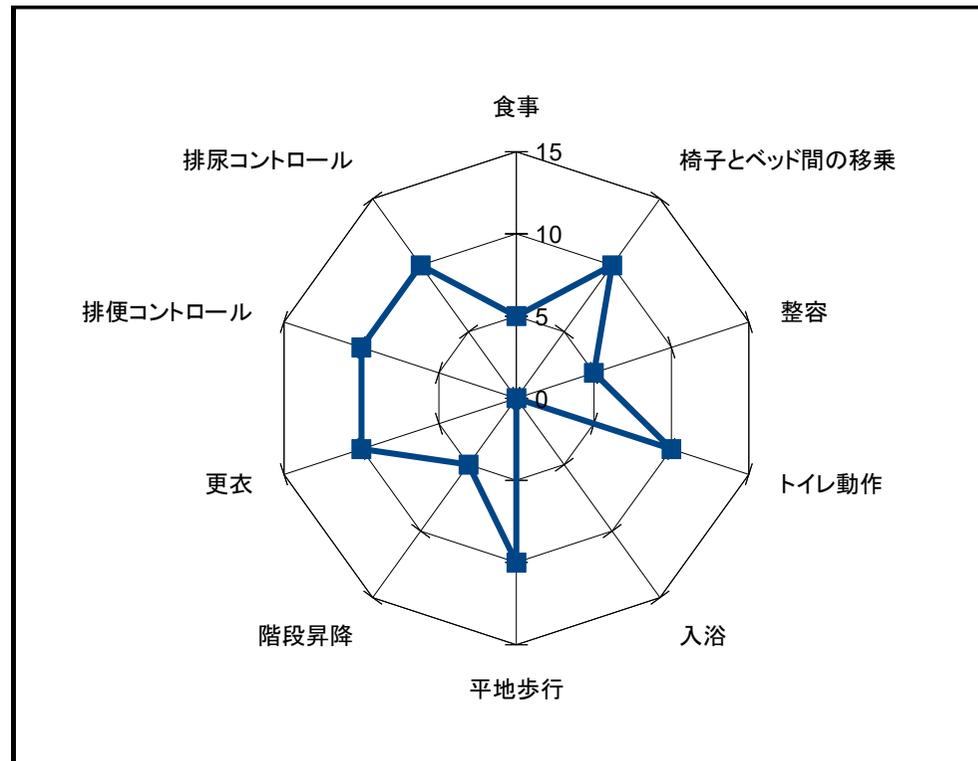
性別: ( 男 ) ・ 女 )

■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)

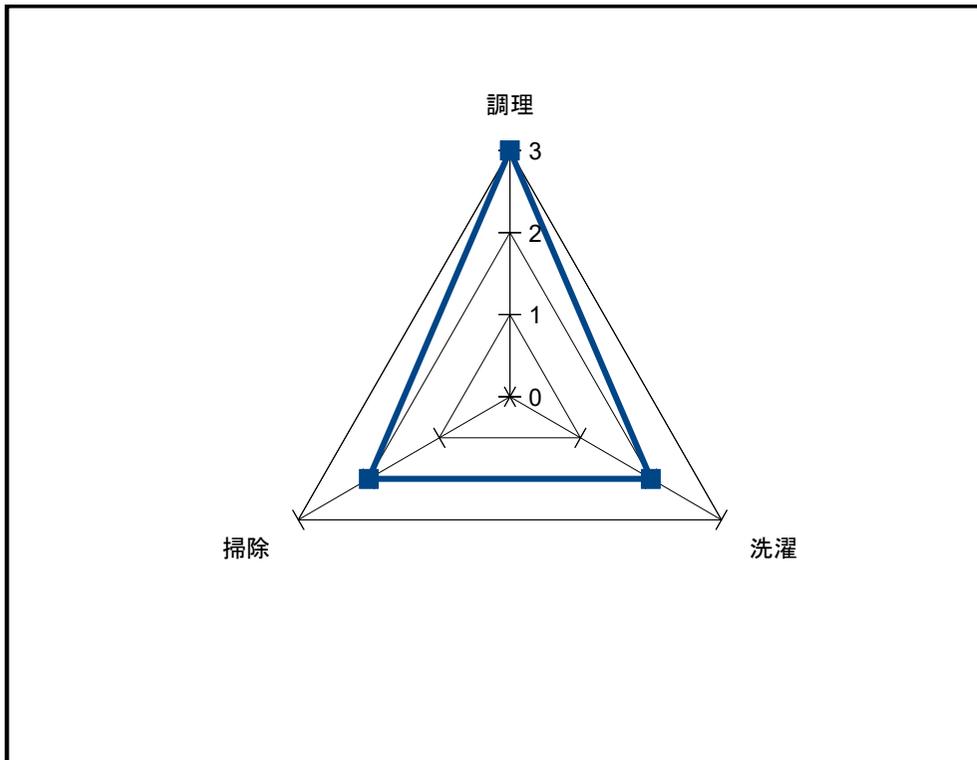
氏名: \*津 三\*

年齢: 81 歳

性別: ( 男 · 女 )

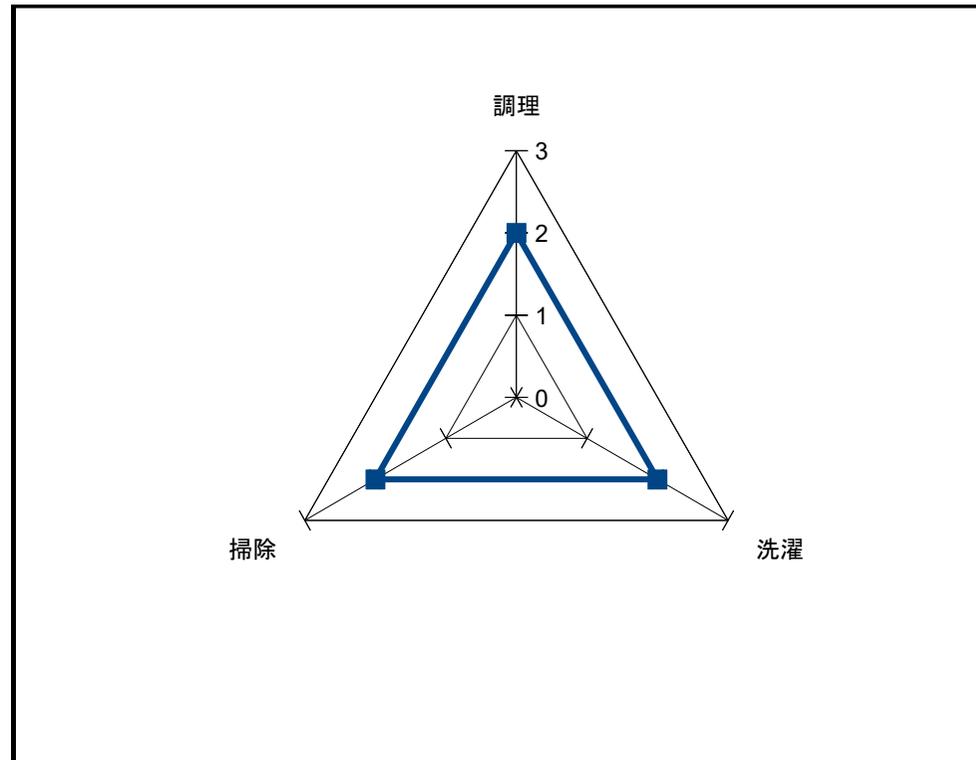
■今回 評価日: R03/4/15、記録日: R03/4/15

■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)

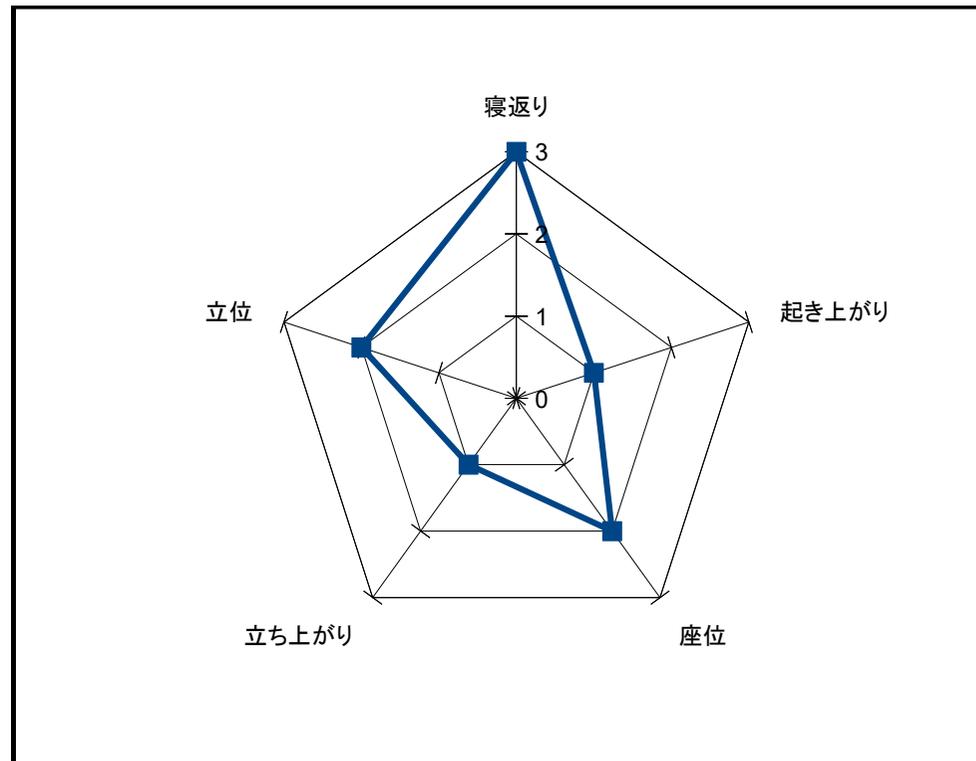
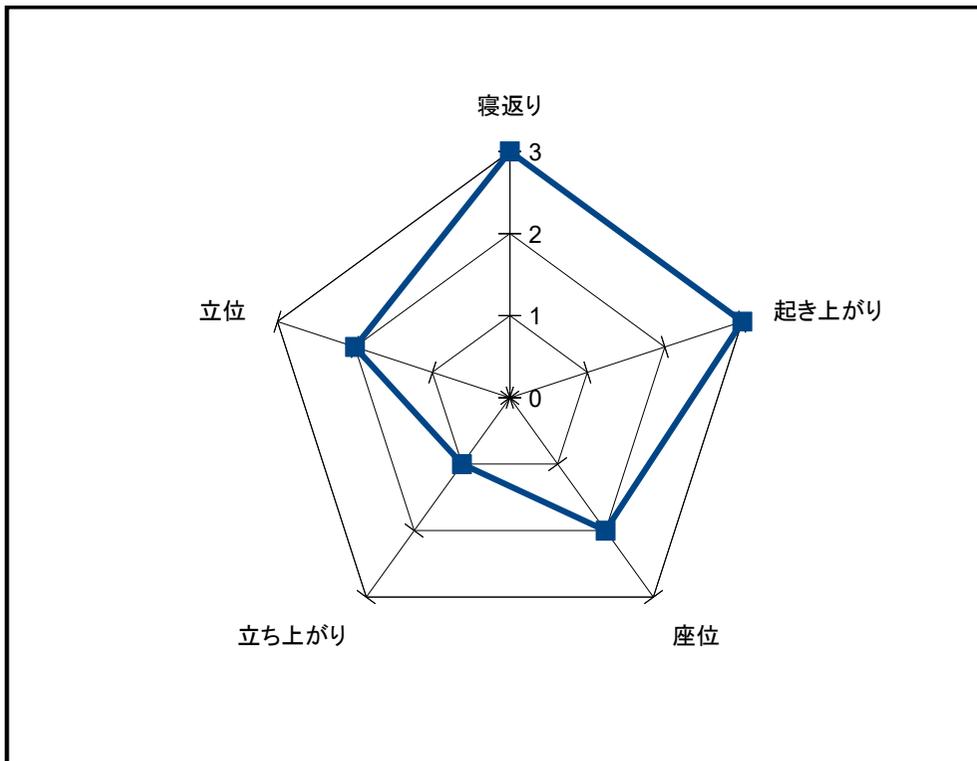
氏名: \*津 三\*

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

# 個人機能訓練機能状態

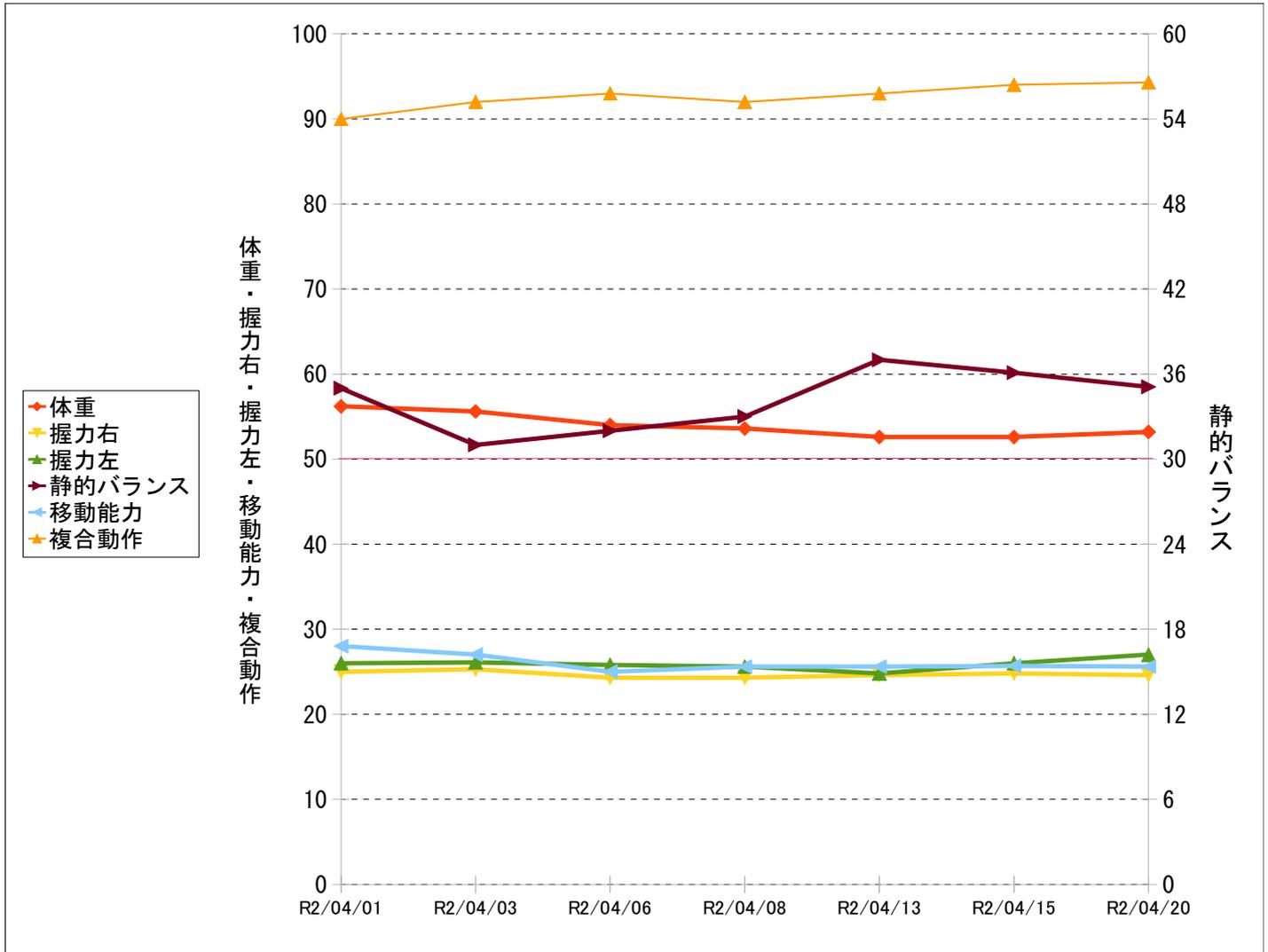
特別養護老人ホーム ●苑

氏名 \*津 三\*

性別 男 生年月日 S14/08/31

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	36.1	35.1
移動能力	28.0	27.0	25.0	25.6	25.6	25.7	25.6
複合動作	90.0	92.0	93.0	92.0	93.0	94.0	94.3

# 体力測定結果

\* 津 三 \*

様

81 歳

介護区分

要介護 4

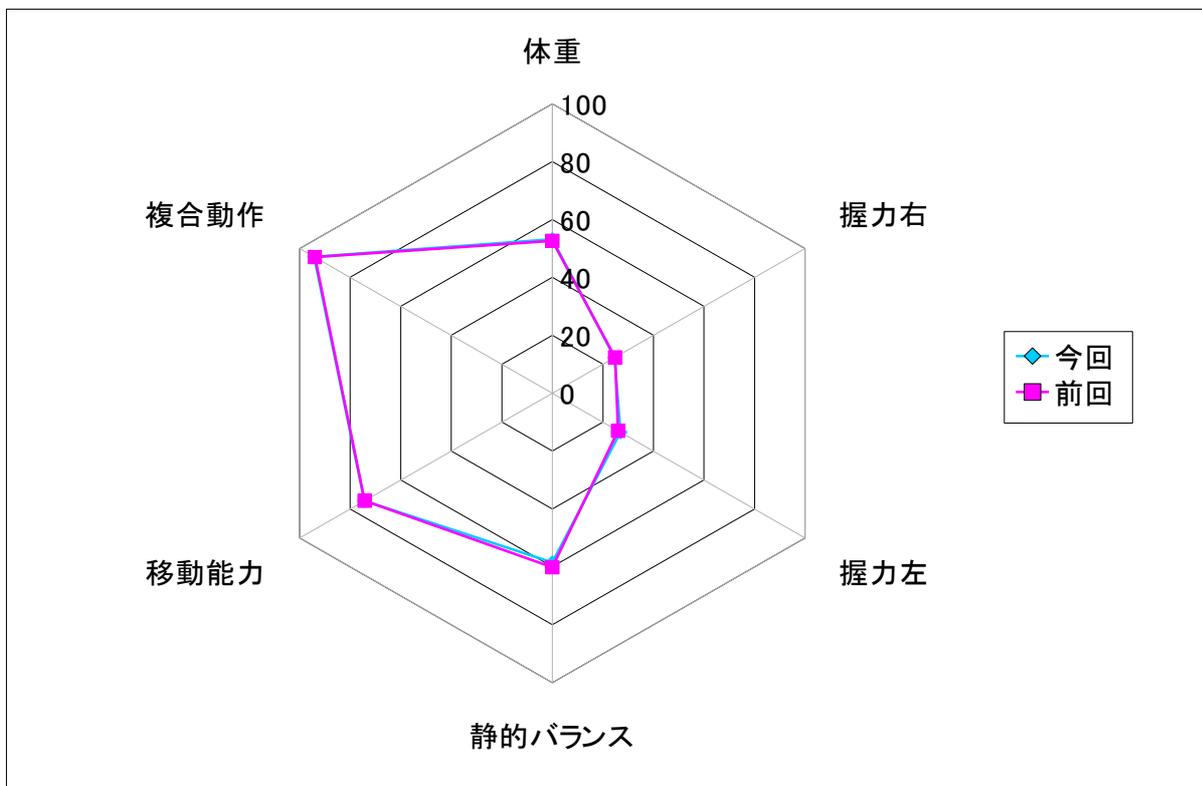
今回の体力測定の結果は以下のとおりでした。

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	36.1 秒
移動能力	25.6 秒	25.7 秒
複合動作	94.3 秒	94.0 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 ●●さんの担当者会議を、開催します。		
区分	重要	作成者	* 玉 あや *
表示期限	令和3年6月2日	開催日	令和2年4月15日
<p>内容</p> <p>利用者 ●●さんの担当者会議を、開催します。</p> <p>日時：R 2 / 4 / 1 5 10 : 00 ~ 11 : 00</p> <p>場所：相談員室</p> <p>議題：X X X X</p> <p>時間になりましたら、お集まり下さい。</p>			
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 *		

〒 891-0115

\* 津 三 \* 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - X X

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

\* 津 三 \* 様

発行日 令和2年11月10日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X  
 特別養護老人ホーム ●苑  
 管理者：\* 松 吉 \*  
 TEL：099-XXX-XXXX

請求書

請求書番号 33 居宅介護支援事業所

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
27,649	27,649					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 27,649	②	③ 70,410	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

請求金額	98,059 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	13,824 円	
	前月までの未収額	0 円
	合計請求額	98,059 円

保 険 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
福祉施設Ⅱ 4	765	30	電気代	100	30		3,000
福祉施設個別機能訓練加算	12	30	食費一日分	1,392	30		41,760
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	18	30	多床室	855	30		25,650
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	2,119	1					
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	6	30					
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	22	30					
福祉施設経口移行加算	28	30					

※備考

〒 891-0115

\* 津 三 \* 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - X X

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

\* 津 三 \* 様

発行日 令和2年11月10日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X  
特別養護老人ホーム ●苑  
管理者：\* 松 吉 \*  
TEL：099-XXX-XXXX

領収書

請求書番号 33 居宅介護支援事業所

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
27,649	27,649					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 27,649	②	③ 70,410	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

領収金額	98,059 円	前月までの未収額 0 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	13,824 円	合計請求額 98,059 円

保 険 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
福祉施設Ⅱ 4	765	30	電気代	100	30		3,000
福祉施設個別機能訓練加算	12	30	食費一日分	1,392	30		41,760
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	18	30	多床室	855	30		25,650
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	2,119	1					
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	6	30					
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	22	30					
福祉施設経口移行加算	28	30					

※備考

〒 891-0115

\* 津 三 \* 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - X X

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

\* 津 三 \* 様

入金日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X  
特別養護老人ホーム ●苑  
管理者：\* 松 吉 \*  
TEL：099-XXX-XXXX

請求書 (控え)

請求書番号 33 居宅介護支援事業所

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
27,649	27,649					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 27,649	②	③ 70,410	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

請求金額	98,059 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	13,824 円

保 険 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
福祉施設Ⅱ 4	765	30	電気代	100	30		3,000
福祉施設個別機能訓練加算	12	30	食費一日分	1,392	30		41,760
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	18	30	多床室	855	30		25,650
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	2,119	1					
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	6	30					
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	22	30					
福祉施設経口移行加算	28	30					

※備考

〒 891-0115

\* 津 三 \* 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - X X

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

\* 津 三 \* 様

入金日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X  
特別養護老人ホーム ● 苑  
管理者：\* 松 吉 \*  
TEL：099-XXX-XXXX

領収書 (控え)

請求書番号 33 居宅介護支援事業所

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
27,649	27,649					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 27,649	②	③ 70,410	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

領収金額	98,059 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	13,824 円

保 險 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
福祉施設Ⅱ 4	765	30	電気代	100	30		3,000
福祉施設個別機能訓練加算	12	30	食費一日分	1,392	30		41,760
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	18	30	多床室	855	30		25,650
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	2,119	1					
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	6	30					
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	22	30					
福祉施設経口移行加算	28	30					

※備考

■様式B A4

請求書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町XXX-XX

利用者番号

1032

\*津三様 氏名

\*津三様

請求金額 98,059円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

発行日 令和2年11月10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 33

サービス提供日 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳
㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚

居宅介護支援事業所

Table with 2 columns: Category (e.g., 介護保険請求額), Amount (27,649).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療保険請求額), Amount.

Table with 2 columns: Category (e.g., その他費用合計), Amount (70,410).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療費控除対象金額), Amount (13,824円).

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額. Includes items like 福祉施設II4, 福祉施設個別機能訓練加算, etc.

Empty main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額.

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

Summary table with 2 columns: Category (e.g., 前月までの未収額), Amount (0).

請求書 (控)

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町XXX-XX

利用者番号

1032

\*津三様 氏名

\*津三様

請求金額 98,059円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

発行日 令和2年11月10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 33

サービス提供日 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳
㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚

居宅介護支援事業所

Table with 2 columns: Category (e.g., 介護保険請求額), Amount (27,649).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療保険請求額), Amount.

Table with 2 columns: Category (e.g., その他費用合計), Amount (70,410).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療費控除対象金額), Amount (13,824円).

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額. Includes items like 福祉施設II4, 福祉施設個別機能訓練加算, etc.

Empty main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額.

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

Summary table with 2 columns: Category (e.g., 前月までの未収額), Amount (0).

■様式 B A4

領収書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - X X

利用者番号

1032

\*津 三\*様 氏名

\*津 三\*様

領収金額 98,059円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

入金日

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 33

サービス提供日

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

居宅介護支援事業所

Table with 2 columns: Category (e.g., 介護保険請求額), Amount (27,649).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療保険請求額), Amount.

Table with 2 columns: Category (e.g., その他費用合計), Amount (70,410).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療費控除対象金額), Amount (13,824円).

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額. Includes items like 福祉施設 II 4, 福祉施設個別機能訓練加算, etc.

Empty main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額.

\* . . 内税(10%) 外 . . 外税(10%) ★ . . 内税(8%) 軽 . . 外税(8%)

※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 - X X

利用者番号

1032

\*津 三\*様 氏名

\*津 三\*様

領収金額 98,059円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

入金日

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 33

サービス提供日

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

居宅介護支援事業所

Table with 2 columns: Category (e.g., 介護保険請求額), Amount (27,649).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療保険請求額), Amount.

Table with 2 columns: Category (e.g., その他費用合計), Amount (70,410).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療費控除対象金額), Amount (13,824円).

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額. Includes items like 福祉施設 II 4, 福祉施設個別機能訓練加算, etc.

Empty main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額.

\* . . 内税(10%) 外 . . 外税(10%) ★ . . 内税(8%) 軽 . . 外税(8%)

※備考



891-0115

\* 津 三 \* 様

鹿児島県鹿児島市東開町XXX-XX

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

\* 津 三 \* 様

発行日 令和2年11月10日

領収書

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX

請求書番号 33

特別養護老人ホーム ●苑

管理者：\*松吉\*

TEL：099-XXX-XXXX

居宅介護支援事業所

サービス提供日 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩  
⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳  
㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
27,649	27,649					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 27,649	②	③ 70,410	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

領収金額	98,059 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	13,824 円

前月までの未収額	0 円
合計請求額	98,059 円

保 險 分

自 費 分

内 容	単 位	回 数	内 容	単 価	回 数	税	金 額
福祉施設Ⅱ 4	765	30	電気代	100	30		3,000
福祉施設個別機能訓練加算	12	30	食費一日分	1,392	30		41,760
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	18	30	多床室	855	30		25,650
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	2,119	1					
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	6	30					
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	22	30					
福祉施設経口移行加算	28	30					

※備考

891-0115

\* 津 三 \* 様

鹿児島県鹿児島市東開町XXX-XX

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

\* 津 三 \* 様

入金日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX

特別養護老人ホーム ●苑

管理者：\*松吉\*

TEL：099-XXX-XXXX

居宅介護支援事業所

請求書 (控え)

請求書番号

33

サービス提供日 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩  
⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳  
㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚

Table with 7 columns: 合計単位, 保険内単位, 保険外単位, 特定点数, 保険内金額, 保険外金額, 自費金額, 減免金額. Includes sub-rows for 医療保険分 and 医療負担分.

Summary table with 2 columns: 請求金額 (98,059円) and 医療費控除対象金額 (13,824円). Includes tax calculation details.

保険分

自費分

Main itemized table with 8 columns: 内容, 単位, 回数, 内容, 単価, 回数, 税, 金額. Lists various services like 福祉施設 II 4, 電気代, etc.

※備考

891-0115

\* 津 三 \* 様

鹿児島県鹿児島市東開町XXX-XX

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

\* 津 三 \* 様

入金日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX

特別養護老人ホーム ●苑

管理者：\*松吉\*

TEL：099-XXX-XXXX

居宅介護支援事業所

領収書 (控え)

請求書番号

33

サービス提供日 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩  
⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳  
㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚

Table with 7 columns: 合計単位, 保険内単位, 保険外単位, 特定点数, 保険内金額, 保険外金額, 自費金額, 減免金額. Includes sub-rows for 医療保険分 and 医療負担分.

Summary table with 2 columns: 領収金額 (98,059円) and 医療費控除対象金額 (13,824円). Includes tax calculation details.

保 險 分

自 費 分

Main itemized table with 8 columns: 内容, 単位, 回数, 内容, 単価, 回数, 税, 金額. Lists items like 福祉施設II 4, 電気代, 食費一日分, etc.

※備考

# ■様式D A5

利用者番号 1032

請求書

\*津 三\* 様

請求日 令和2年11月10日

令和2年4月 ご利用日

日 月 火 水 木 金 土

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

請求書番号 33

			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
98,059	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	

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
¥13,824	

※備考

サービス内訳	単位	回数
福祉施設Ⅱ 4	765	30
福祉施設個別機能訓練加算	12	30
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	18	30
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	2,119	1
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	6	30
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	22	30
福祉施設経口移行加算	28	30

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
電気代	100	30		3,000
食費一日分	1,392	30		41,760
多床室	855	30		25,650

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

前月までの未収額	0
合計請求額	98,059

# ■様式D A5

利用者番号 1032

## 領収書

\*津 三\* 様

請求日 令和2年11月10日

令和2年4月 ご利用日

日 月 火 水 木 金 土

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

請求書番号 33

			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		

領収金額	特定点数※1
98,059	
(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
¥13,824	

サービス内訳	単位	回数
福祉施設Ⅱ 4	765	30
福祉施設個別機能訓練加算	12	30
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	18	30
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	2,119	1
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	6	30
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	22	30
福祉施設経口移行加算	28	30

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
電気代	100	30		3,000
食費一日分	1,392	30		41,760
多床室	855	30		25,650

*・・内税(10%) 外・・外税(10%)	★・・内税(8%) 軽・・外税(8%)
前月までの未収額	0
合計請求額	98,059

# ■様式D A5

利用者番号 1032

請求書 (控え)

\*津 三\* 様

入金日

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

請求金額	特定点数※1
98,059	
(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。

請求書番号 33

医療費控除対象金額	減免金額
¥13,824	

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

サービス内訳	単位	回数
福祉施設Ⅱ 4	765	30
福祉施設個別機能訓練加算	12	30
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	18	30
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	2,119	1
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	6	30
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	22	30
福祉施設経口移行加算	28	30

自費利用料内訳	単価	回数	税	金額
電気代	100	30		3,000
食費一日分	1,392	30		41,760
多床室	855	30		25,650

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

# ■様式D A5

利用者番号 1032

領収書 (控え)

\*津 三\* 様

入金日

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

令和2年4月 ご利用日

日 月 火 水 木 金 土

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

請求書番号 33

領収金額	特定点数※1
98,059	
(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
¥13,824	

サービス内訳	単位	回数
福祉施設Ⅱ 4	765	30
福祉施設個別機能訓練加算	12	30
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	18	30
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	2,119	1
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	6	30
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	22	30
福祉施設経口移行加算	28	30

自費利用料内訳	単価	回数	税	金額
電気代	100	30		3,000
食費一日分	1,392	30		41,760
多床室	855	30		25,650

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









# ■ 様式 F A5

## 請求書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - X X

利用者番号

1032

\* 津 三 \* 様

氏 名

\* 津 三 \* 様

**請求金額** 98,059 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

発行日 令和2年11月10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 33

介護保険請求額 (①+②-③)	27,649
保険内金額①	27,649
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	

サービス提供日

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

その他費用合計	70,410
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	13,824 円
---------------	----------

居宅介護支援事業所

項目名	単位 単価	回数	税	金額
福祉施設Ⅱ 4	765	30		
福祉施設個別機能訓練加算	12	30		
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	18	30		
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	2,119	1		
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	6	30		
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	22	30		
福祉施設経口移行加算	28	30		
電気代	100	30		3,000
食費一日分	1,392	30		41,760
多床室	855	30		25,650

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%)

※備考

前月までの未収額	0
合計請求額	98,059

# ■ 様式 F A5

## 領収書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - X X

利用者番号

1032

\* 津 三 \* 様

氏 名

\* 津 三 \* 様

**領収金額** 98,059 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

入金日

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 33

サービス

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

居宅介護支援事業所

介護保険請求額 (①+②-③)	27,649
保険内金額①	27,649
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	70,410
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	13,824 円
---------------	----------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
福祉施設Ⅱ 4	765	30		
福祉施設個別機能訓練加算	12	30		
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	18	30		
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	2,119	1		
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	6	30		
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	22	30		
福祉施設経口移行加算	28	30		
電気代	100	30		3,000
食費一日分	1,392	30		41,760
多床室	855	30		25,650

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

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

前月までの未収額	0
合計請求額	98,059

領収印

# ■ 様式 F A5

## 請求書 (控え)

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - X X

利用者番号

1032

\* 津 三 \* 様

氏 名

\* 津 三 \* 様

**請求金額** 98,059 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

発行日 令和2年11月10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 33

介護保険請求額 (①+②-③)	27,649
保険内金額①	27,649
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	

サービス提供日

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

その他費用合計	70,410
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	13,824 円
---------------	----------

居宅介護支援事業所

項目名	単位 単価	回数	税	金額
福祉施設Ⅱ 4	765	30		
福祉施設個別機能訓練加算	12	30		
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	18	30		
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	2,119	1		
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	6	30		
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	22	30		
福祉施設経口移行加算	28	30		
電気代	100	30		3,000
食費一日分	1,392	30		41,760
多床室	855	30		25,650

項目名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

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

# ■ 様式 F A5

## 領収書 (控え)

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - X X

利用者番号

1032

\* 津 三 \* 様

氏 名

\* 津 三 \* 様

**領収金額** 98,059 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

入金日

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 33

サービス  
提供日

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

居宅介護支援事業所

介護保険請求額 (①+②-③)	27,649
保険内金額①	27,649
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	70,410
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	13,824 円
---------------	----------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
福祉施設Ⅱ 4	765	30		
福祉施設個別機能訓練加算	12	30		
福祉施設サービス提供体制加算Ⅰ 1	18	30		
福祉施設処遇改善加算Ⅰ	2,119	1		
福祉施設看護体制加算Ⅰ 1	6	30		
福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1	22	30		
福祉施設経口移行加算	28	30		
電気代	100	30		3,000
食費一日分	1,392	30		41,760
多床室	855	30		25,650

※備考

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

納入書

収入済通知書

番号		納入者	*津 三*	様
令和2年度収入				
金額	98,059 円			
納入期限	令和2年5月31日			
納入場所	特別養護老人ホーム ●苑			
特養 利用料( 4月分)				
発行年月日	令和2年4月30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

番号		納入者	*津 三*	納
令和2年度収入				
金額	98,059 円			
納入期限	令和2年5月31日			
納付金の内容 特養 利用料( 4月分)				
発行年月日	令和2年4月30日			
上記の金額を納入してください 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 XXX法人 XXXX 理事長				収納印

番号		納入者	*津 三*	納
令和2年度収入				
金額	98,059 円			
納入期限	令和2年5月31日			
収入金の内容 (納付金) 特養 利用料( 4月分)				
発行年月日	令和2年4月30日			
上記の金額を収納しました XXXX会XXX出納員殿				
預金口座 XXX銀行 XX支店 普通預金 No. XXX				収納印

# 業務日誌

		施設長	事務長	主任	担当

特別養護老人ホーム ● 苑

令和2年4月2日(木)	天気	晴れ	作成者	*玉 あや*	
入所	11名(男性)	8名、女性	3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
				往診	1名
				面会	2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					
担当者会議 11:00~12:00					
要注意・観察者					
*駒 一*(排便)、*原 三*(最高血圧)、*津 三*(排便)、*川 京*(排便)、*川 二*(排便)、*谷 良*(体温)、*南 京*(排便)、*日市 二*(排便)、*利 京*(排便)、*利 二*(排便)					
利用者	申し送り内容				
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)、*津 三*(排便)、*川 京*(排便)、*川 二*(排便)、*南 京*(排便)、*日市 二*(排便)、*利 京*(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	1	1	4	2	1	9
女	0	0	0	1	1	0	0	1	3
計	0	0	0	2	2	4	2	2	12
計									

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								

訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 ( 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日 )

点滴注射指示期間 ( ~ )

患者氏名	*津 三*		生年月日	昭和14年08月31日 ( 81 歳)	
患者住所	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地		電話番号	099-XXX-XXXX	
主たる傷病名	(1) 慢性喘息様気管支炎 (2) (3)				
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態	せきやたんが出ている。 軽い発熱あり。			
	投与中の薬剤の用量・用法	1. キュバール50エアゾール 2. 3. 4. 5. 6.			
	日常生活自立度	寝たきり度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
	認知症の状況	J I IIa IIb IIIa IIIb IV M			
	要介護認定の状況	要支援 ( 1 2 )		要介護 ( 1 2 3 4 5 )	
	褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5		NPUAP分類 II度 IV度	
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 ( /min) ④吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻:サイズ 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位: サイズ 日に1回交換) ⑨人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式:設定 ) 10. 気管カニューレ (サイズ ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他( )				
留意事項及び指示事項 呼吸状態の悪化に注意して下さい。					
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)					
緊急時の連絡先 不在時の対応					
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項 等があれば記載して下さい。) 薬物アレルギーにも注意して下さい。					
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有): 指定訪問看護ステーション名 訪問看護 み●● ) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有): 訪問介護事業所名 訪問介護 み●● )					

上記のとおり、指示いたします。

令和2年4月1日

医療機関名 南●●クリニック  
住 所 鹿児島市東開町XXXX番地  
電 話 099-XXX-XXXX  
( F A X ) 099-XXX-XXXX  
医 師 氏 名 ●村 陽●

印

事業所  
特別養護老人ホーム ●苑

殿



# ご自宅に戻られるご利用者様へ

＊津 三＊ 様

ご利用期間中の生活状況のお知らせ、ならびにご自宅に戻られてからの留意事項について助言させていただきます。これからの生活の中で参考として頂けますよう、お願い申し上げます。

《利用期間中のご様子》

令和2年2月10日～令和2年5月10日

食堂にてテレビ鑑賞されたり居室で休まれたり等、ご自分のペースで過ごされていた。

項目	ご自宅での留意点	記載者
食事や水分補給について	飲水が少ないため脱水症状に注意。	＊媛 悟＊
睡眠や休息について	朝まで良く休まれる。	＊媛 悟＊
入浴や整容について	ご自身のペースで穏やかに過ごされる。	＊媛 悟＊
排泄に関することについて	便秘のため食欲不振。	＊媛 悟＊
運動や移動について	レクリエーション中も終始顔色よく、発語・笑顔とも多くみられた。	＊媛 悟＊
健康管理について	風邪を引くことなく、健康状態は維持できている。	＊媛 悟＊

なお、ご不明な点等ございましたら、お手数ですが下記連絡先、及び担当者までご連絡をお願い致します。

電話番号 099-XXX-XXXX

説明担当者 ＊知 小＊

説明実施日 令和2年5月10日


特別養護老人ホーム ●苑





# アクシデントレポート（事故報告書）

報告日 令和 2年4月30日（木）

## 1 サービス事業者の概要

法人名	社会福祉法人 ●●会	報告者名	* 玉 あや* （職種 介護福祉士）
事業所名	特別養護老人ホーム ●苑	管理者名	* 川 * 造
事業所住所	鹿児島市東開町XXX番地		
電話番号	099-XXX-XXXX	FAX番号	

## 2 利用者の状況

氏名	* 津 三*	保険者名	鹿児島市	被保険者番号	9900000013
生年月日	昭和14年08月31日（81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XXX番地				
利用者の生活状況	週1回 通所リハビリ利用				
認知症の状況	I	影響レベル	レベル1		

## 3 事故の概要

発生日時	令和 2年4月30日（木） 13時13分		
発生場所	リハビリ場所（機能訓練室）		
事故の内容	利用者間トラブル、打撲・捻挫・脱臼、その他、転倒による捻挫		
発生時の状況	利用者間トラブル		
事故発生時の対応・経過			
年月日	時刻	状況と対応	反応
R2/4/30	13:13	利用者間トラブル	捻挫
R2/4/30	13:30	事業所へ報告	結果報告
R2/4/30	14:00	行政への連絡	結果報告
発生要因・原因と思われるもの	利用者間トラブル、仲の良くない状況を把握していなかった。		

## 4 事故発生後の対応

利用者の現在の状況	主治医にて診察		
家族への報告・説明内容	経緯と治療結果について報告		
損害賠償等の対応状況	なし		
再発防止に向けた対応策等	利用日に再調整		
行政への連絡	4/30 14:00 報告	ケース検討日	令和 2年4月30日（木）
結果	現在、特に問題なし		



# インシデントレポート

報告日 令和2年6月1日（月）

## 1 サービス事業者の概要

法人名	社会福祉法人 ●●会	報告者名	* 玉 あや* (職種 介護支援専門員)
事業所名	特別養護老人ホーム ●苑	管理者名	* 川 * 造
事業所住所	鹿児島市東開町XXX番地		
電話番号	099-XXX-XXXX	FAX番号	

## 2 利用者の状況

氏名	* 津 三 *	保険者名	鹿児島市	9900000013
生年月日	昭和14年08月31日 ( 81 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XXX番地			
利用者の生活状況	介護サービス			
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6月1日（月） 10時03分		
発生場所	居室内		
事故の内容	与薬、職員の法令違反、不祥事、その他、実施前に患者確認を行わなかった。すぐに主治医に報告し、2時間後に血糖測定を行うことと、低血糖症状が出現したらずちに報告するよう指示を受ける。		
発生時の状況	患者Aに施行する予定だった食前のインシュリン注射2単位を間違えて患者Bに施行してしまった。		
事故発生時の対応・経過			
年月日	時刻	状況と対応	反応
R2/6/1	10:03	患者Aに施行する予定だった食前のインシュリン注射2単位を間違えて患者Bに施行してしまった。	低血糖症状の出現はなかった。
R2/6/1	10:05	すぐに主治医に報告し、2時間後に血糖測定を行うことと、低血糖症状が出現したらずちに報告するよう指示を受ける	
発生要因・原因と思われるもの	職員、実施前に患者確認を行わなかった。		

## 4 事故発生後の対応

利用者の現在の状況	その後の生活に支障を来してはいない。		
家族への報告・説明内容	経過報告		
損害賠償等の対応状況	なし		
再発防止に向けた対応策等	患者確認を、2名で確認する体制に変更		
行政への連絡	6/1 11:00報告	ケース検討日	令和2年6月2日（火）
結果	患者Aに施行する予定だった食前のインシュリン注射2単位を間違えて患者Bに施行してしまった。実施前に患者確認を行わなかった。すぐに主治医に報告し、2時間後に血糖測定を行うことと、低血糖症状が出現したらずちに報告するよう指示を受ける。その後、低血糖症状の出現はなかった。		



## ■事業所ラベル

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

ケアセンター「み●●」

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

890-0073

鹿児島県鹿児島市宇宿×××番地

センチュリー ●●台

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××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×××

東●●●地域包括支援センター

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

地域包括支援センター●●

御中

899-0122

鹿児島県出水市境町×××番地

看護小規模多機能 ●風

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

福祉用具 み●●

御中

891-0102

鹿児島県鹿児島市星が峰×××番地

南●●訪問看護ステーション

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

●●●病院

御中

# 処方箋

利用者番号: 1032

利用者	氏名	*ツ サブ*			(病歴・主治医情報)
		* 津 三 *			
	生年月日	昭和14年8月31日	男	81歳	主治医: ●村 陽●
No	処方内容				記録日: 令和2年4月1日
1	1. ロキソニン 2. ツムラ葛根湯			朝・昼・夕	0 300 R2/4/20~R2/5/16 0 7.5 R2/4/20~R2/5/16
2	1. ステープラ			朝・夕	0 0.1 R2/4/20~R2/5/16
3	1. アムロジン 2. クレストール 3. ラシックス 4. トラゼンタ 5. アマリール			朝	0 2.5 R2/4/20~R2/5/16 0 2.5 R2/4/20~R2/5/16 0 20 R2/4/20~R2/5/16 0 5 R2/4/20~R2/5/16 0 1 R2/4/20~R2/5/16
4	1. デパス			就寝	0 0.5 R2/4/20~R2/5/16
					- 以下余白 -
備考					

# 処方箋(控え)

利用者番号: 1032

利用者	氏名	*ツ サブ*			(病歴・主治医情報)
		* 津 三 *			
	生年月日	昭和14年8月31日	男	81歳	主治医: ●村 陽●
No	処方内容				記録日: 令和2年4月1日
1	1. ロキソニン 2. ツムラ葛根湯			朝・昼・夕	0 300 0 7.5 R2/4/20~R2/5/16 R2/4/20~R2/5/16
2	1. ステープラ			朝・夕	0 0.1 R2/4/20~R2/5/16
3	1. アムロジン 2. クレストール 3. ラシックス 4. トラゼンタ 5. アマリール			朝	0 2.5 0 2.5 0 20 0 5 0 1 R2/4/20~R2/5/16 R2/4/20~R2/5/16 R2/4/20~R2/5/16 R2/4/20~R2/5/16 R2/4/20~R2/5/16
4	1. デパス			就寝	0 0.5 R2/4/20~R2/5/16
					- 以下余白 -
備考					

## ■カンファレンス議事録


会議名	今後のケアの内容について		司会者	*玉 あや*
			記録者	*玉 あや*
作成日	令和03年04月01日			
開催日時	令和03年04月02日 10:00 ~ 12:00			
カンファレンス出席者	*玉 あや*(看護師)、*知 小*(看護師)、*京 一*(介護支援専門員)			
利用者 基本情報	氏名	*石 京* 様		
	介護度	要介護4		

### 【各職種からのコメント】

1	看護師 ADLが低下 → 褥瘡 仙骨・腸骨 体位変換、除圧を行っているが栄養低下あり。
2	看護師 訪問時、拘縮悪化を防ぐためリハを行う。 マッサージ、体位の工夫：踵部、人口呼吸器による圧迫部注意
3	介護支援専門員 今後の計画見直し 訪問看護 3回 訪問リハ 2回 訪問介護 2回

### 【特記事項】

--

【利用継続】  可  否 検討

注意事項に留意し、プランの見直しで状況を確認していく。
-----------------------------

## 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	*カニヨシ*	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	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	住所	鹿児島県鹿児島市東開町XXX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		治癒・死亡・中止 年 月 日
高血圧	令和1年10月		治癒・死亡・中止 年 月 日
			治癒・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
<p>受診 R 2 . 1 . 10 X X X 病院</p> <p>既往 脳梗塞、高血圧</p> <p>原因 アテローム血栓性脳梗塞</p> <p>主訴 麻痺や感覚障害</p> <p>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。</p> <p>1/10 X X X 入院</p> <p>1/11 持参薬中止、抗血小板薬投与</p> <p>1/16 頸動脈内皮剥離術（CEA）実施 経過観察中</p>	<p>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。</p>

## 《基本情報》

フリガナ	*カニ ヨシ*	男・ <input checked="" type="radio"/> 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 二*	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。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。県外での生活の経験はなく、ずっと地元で生活されていた。		
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
	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。 デイ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

《処方薬》

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

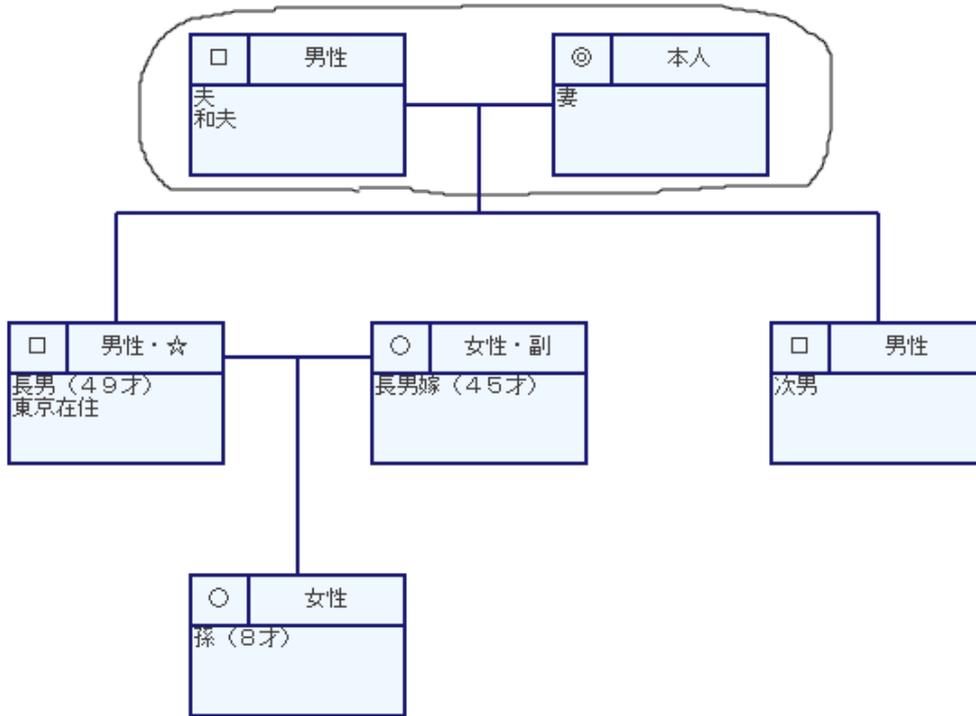
《ADL・IADL》

	項目名	評価	備考
ADL	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	調理	一部介助	
	掃除・洗濯	一部介助	
	買物	一部介助	
	金銭管理	一部介助	
	服薬管理	一部介助	
	電話利用	自立	
	交通手段利用	一部介助	

# 家族構成図

フリガナ 本人氏名	*カニ ヨシ* *国 良*	男・ <b>女</b>	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》

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* *国 和*		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
*カニ ヨシ* *国 芳*		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
*カニ ジ** *国 二*		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	*カニヨシ* *国 良*	男・ <input checked="" type="radio"/> 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》

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》

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

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》

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》

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
*ケニ カズ*		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
*国 和*		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
*ケニ ヨシ*		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。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。県外での生活の経験はなく、ずっと地元で生活されていた。		
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
	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。

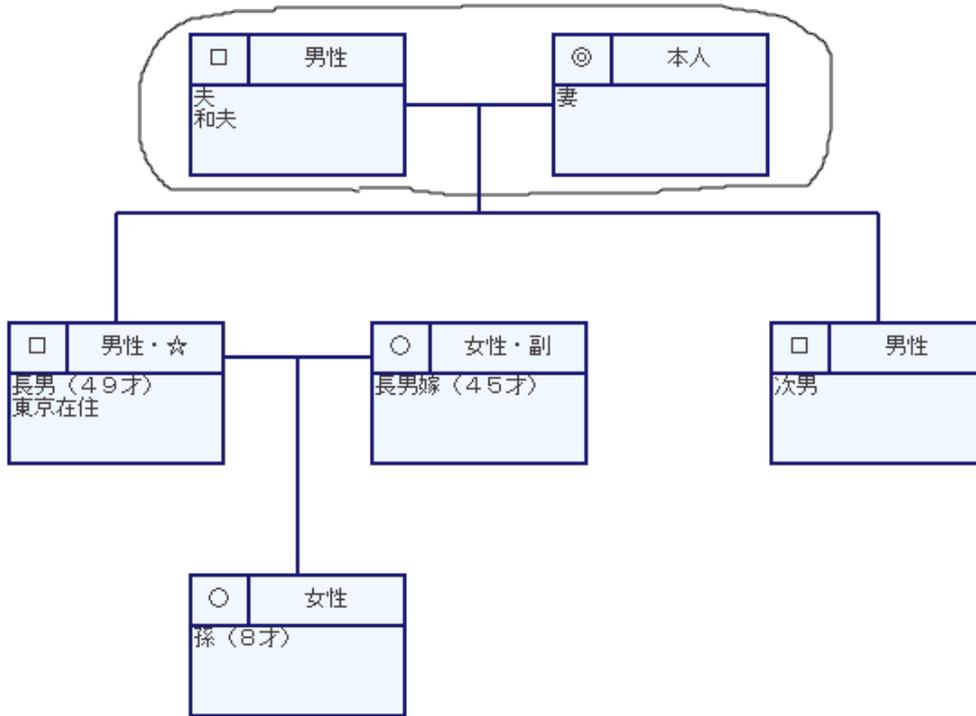
《現病歴・既往歴情報》

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

# 家族構成図

フリガナ 本人氏名	*カニ ヨシ* *国 良*	男・ <b>女</b>	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》

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* *国 和*		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
*カニ ヨシ* *国 芳*		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
*カニ ジ* *国 二*		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	*クニ ヨシ*		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 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				

フリガナ 氏名	性別	続柄	電話番号	同居	職業
*クニ カズ* *国 和*	男	夫	099-XXX-XXXX	同居	農業
*クニ ヨシ* *国 芳*	男	長男	099-XXX-XXXX	別居	会社員
*クニ ジ* *国 ニ*	男	次男	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。				

介護トータルシステム『寿』  
介護老人福祉施設サービス 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月