

介護トータルシステム『寿』

グループホームサービス



帳票サンプル



（株）南日本情報処理センター

ご注意

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

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

目 次

■利用者関係帳票■

利用者台帳
利用者一覧表
保険切れ一覧
利用開始・終了者一覧
住所ラベル
主治医意見書
入居者一覧
災害時要援護者基本情報
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
未収金一覧表
事業所別未収金一覧表
処遇改善一覧表
その他費用一覧表
サービス費請求一覧表
家族連絡票（詳細／写真有り／撮取記号有り／実施内容有り）
サービス記録
利用料請求一覧表／利用者別請求合計一覧表
入金日計表／利用者別入金一覧表
介護実施記録
ケア実施状況表
ケア内容統計
その他費用明細一覧表
温度板（直近8回分／2週間／1ヶ月）
月別医療費控除一覧
Barthel Index
栄養スクリーニング（通所・居宅）

■統計資料■

年齢別利用者数
年齢別期間別利用者数
利用期間別介護度別利用者数

目次

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）
在所（居） 日計表
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■

介護給付費請求書(様式第一)
介護給付費請求書_保険者別(様式第一)
介護給付費明細書(様式第六)
サービス提供証明書(様式第六)
レセプト一覧
介護度別サービスコード別請求額一覧／サービスコード別請求額一覧
稼動額集計表
介護給付費請求額一覧
保険者別請求額一覧
サービス集計一覧

■アセスメント■

簡易アセスメント

■予定関係帳票■

配車予定一覧／週間配車予定一覧

■サービス計画書■

日課計画表
居宅支援経過記録
サービス担当者会議の要点
サービス担当者に対する照会（依頼）内容
サービス計画書・評価表
予防サービス計画書・評価表
サービス予定カレンダー
課題整理総括表／ADL チャート
ケアプラン作成状況

■業務帳票■

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

目 次

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
退所時連絡票（ご自宅に戻られるご利用者様へ）
事業所住所ラベル
処方箋
カンファレンス議事録

■その他■

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

利用者関係帳票

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

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

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

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

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

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《家族情報》

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

《生活状況》

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

《生活歴》

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

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《現病歴・既往歴情報》

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

《利用サービス情報》

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

《関係者情報》

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

《社会活動》

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

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

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

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

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《ADL・IADL》

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

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

《福祉サービス等》

※各サービスの最新日付を印刷。

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

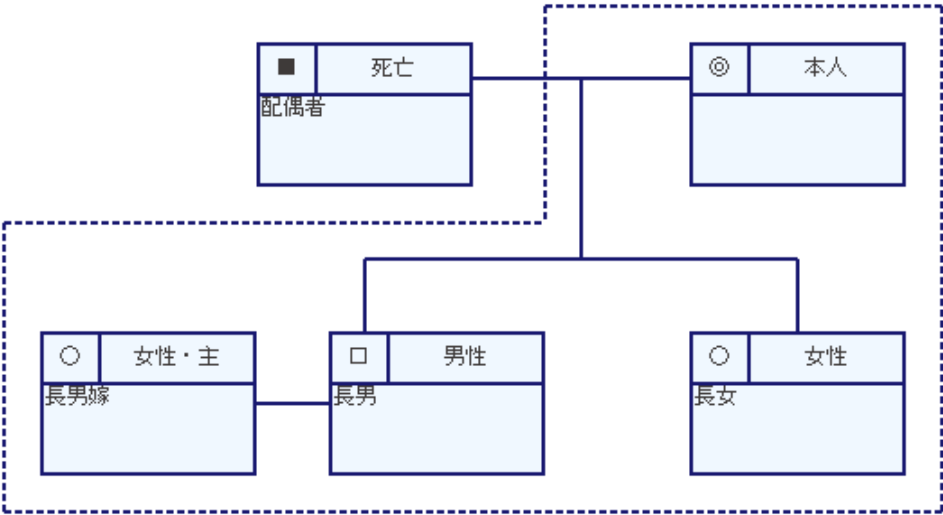
《主治医》

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

家族構成図

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

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



《家族情報》

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

利用者一覧表

印刷日 令和02年04月20日

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

保険切れ一覧（全サービス）

終了日 R2/4/1 ~ R2/6/30

印刷日 R2/4/20

[illegible]

【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

グループホーム●風 グループホーム入所

【前月末利用者数 15 名】

開始者一覧						終了者一覧					
No.	開始日	利用者氏名	介護度	開始状況	前回終了年月	No.	終了日	利用者氏名	介護度	終了状況	開始年月
						1	04/30	* 路 三 *	要介護 4	家庭	H30/01

【当月末利用者数 14 名】

■住所ラベル

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 岡 良 * 様
(* 岡 良 * 様分)

922-0337
石川県加賀市合河町1234-5

 * 賀 三 * 様
(* 賀 三 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 日部 京 * 様
(* 日部 京 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 島 京 * 様
(* 島 京 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 島 二 * 様
(* 島 二 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX-XXXX

 * 原 三 * 様
(* 原 三 * 様分)

主治医意見書

* 国 良 *

記入日

令和2年04月01日

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

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

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

医師氏名 ※村 陽※

医療機関名 南●●クリニック

電話 099-XXX-XXXX

医療機関所在地 鹿児島市東開町XXX番地

FAX 099-XXX-XXXX

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

1.傷病に関する意見

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

2.特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3.心身の状態に関する意見

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

(5) 身体の状態

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

☐ 四肢欠損 (部位: _____)

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

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

☐ その他 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 筋力の低下 (部位: 右下肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の痛み (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

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

☐ 褥瘡 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

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

4.生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 ☐ 自立 ☒ 介助があればしている ☐ していない

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

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

(2) 栄養・食生活

食事行為 ☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

現在の栄養状態 ☒ 良好 ☐ 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (塩分の採り過ぎに注意が必要である。)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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

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

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☒ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

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

☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療

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

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

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

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

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

・嚥下 ☒ 特になし ☐ あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください。)

☒ 無 ☐ 有 (_____) ☐ 不明

5.特記すべき事項

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

主治医意見書

国 良

記入日

令和2年04月01日

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

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

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

医師氏名 ※村 陽※

医療機関名 南●●クリニック 電話 099-XXX-XXXX

医療機関所在地 鹿児島市東開町XXX番地 FAX 099-XXX-XXXX

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

1.傷病に関する意見

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

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

(2)症状としての安定性 ☒ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明

(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

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

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

2.特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3.心身の状態に関する意見

(1)日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ☒ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 ☒ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M

(2)認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶 ☒ 問題なし ☐ 問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力 ☒ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない

・自分の意思の伝達能力 ☒ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない

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

☐ 無 ☒ 有

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

(4)その他の精神・神経症状

☒ 無 ☐ 有 [症状名: _____ 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無]

(5)身体の状態

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

☐ 四肢欠損 (部位: _____)

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

■ 筋力の低下 (部位: 右下肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の痛み (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

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

☐ 褥瘡 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

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

4.生活機能とサービスに関する意見

(1)移動

屋外歩行 ☐ 自立 ☒ 介助があればしている ☐ していない

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

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

(2)栄養・食生活

食事行為 ☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

現在の栄養状態 ☒ 良好 ☐ 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (塩分の採り過ぎに注意が必要である。)

(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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

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

→ 対処方針 ()

(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☒ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

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

☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療

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

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

(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項

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

・摂食 ☒ 特になし ☐ あり () ・運動 ☒ 特になし ☐ あり ()

・嚥下 ☒ 特になし ☐ あり () ・その他 ()

(7)感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください。)

☒ 無 ☐ 有 () ☐ 不明

5.特記すべき事項

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

入居者一覧

期間指定 : 令和02年04月01日 ~ 令和02年04月30日

出力順 : 入居日

印刷日 : 令和02年10月14日

No	番 号	性別	年齢	介護度	住 所	傷 病 名	入居日	ユニット名
	氏 名	障害自立度		認知症自立度			退居日	入室日
	生年月日						部屋名	備考
1	1026	男	81	Ⅱ	鹿児島県鹿児島市東開町××× ー××××		平成25年02月01日	ひまわり
	* 松 二 *							平成25年02月01日
	昭和14年04月20日						099-XXXX-XXXX	1 0 5
2		男	80	Ⅲ	鹿児島県鹿児島市東開町××× 番地		平成25年03月01日	うめ
	* 一 *							平成25年03月01日
	昭和14年06月06日						099-XXXX-XXXX	1 0 6
3	1027	女	81	予 2	鹿児島県鹿児島市東開町××× ×番地		平成25年03月01日	すみれ
	* 田 花 *							平成25年03月01日
	昭和14年02月03日							1 0 1
4		女	80	予 1	鹿児島県鹿児島市東開町××× 番地		平成25年03月15日	すみれ
	* 玉 花 *							平成25年03月15日
	昭和14年09月05日						099-XXXX-XXXX	1 0 2
5		男	92	Ⅱ	鹿児島県鹿児島市東開町××× 番地		平成25年04月01日	うめ
	* 上 義 *							平成25年04月01日
	昭和02年10月19日						099-XXXX-XXXX	1 0 6
6		男	81	Ⅱ	鹿児島県鹿児島市東開町××× 番地		平成25年04月20日	すみれ
	* 浜 一 *							平成25年04月20日
	昭和14年03月20日						099-XXXX-XXXX	1 0 3
7		女	75	予 1	鹿児島県鹿児島市東開町××× 番地		平成30年03月01日	さくら
	* 野 合 *							平成30年03月01日
	昭和20年01月01日						099-XXXX-XXXX	2 0 1

災害時要援護者基本情報

作成日：令和2年4月3日

フリガナ		*カシ キョウ*		女	昭和14年6月16日生（80）歳	
要援護者氏名		*石京*				
住所		鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24			電話1	099-XXX-XXXX
					電話2	090-XXXX-XXXX
障害等認定	身体障害					
	療育					
	精神障害					
	難病					
	その他					
住居環境		一戸建て 自室有り 階			世帯状況	子供と同居
緊急連絡先	氏名・名称		続柄	電 話	住 所	
	石美		長男嫁	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地	
	石卓		長男	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地	
避難勧告	伝達方法	民生員			伝達者氏名	*田富*
	留意事項	難聴あり				
避難時	避難支援者	氏名・名称		続柄	電 話	住 所
		石美		長男嫁	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地
	必要支援者数		1人		避難時の必要物品	杖
	避難所	第1避難所	公民館		避難手段	徒歩
		第2避難所	息子宅		避難手段	
携行する医薬品等						
留意事項						
避難所	避難所での必要物品	おむつ				
	生活に必要な医療機器					
	留意事項					

令和2年度4月 生まれ

誕生者一覽

印刷日：令和2/04/08

[illegible]

印刷年月日：令和2年4月14日

[illegible]

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	10:00 ~ 12:00	* 玉 花 *	* 玉 吉 *	夫		1 (0)	定期訪問 利用者の現状確認
令和2年4月15日	14:00 ~ 15:30	* 玉 花 *	* 玉 裕 *	長男		1 (0)	母は10 年前から有料老人ホームに入居している。 居室でお茶を飲みながらの雑談。
令和2年4月30日	13:00 ~ 14:00	* 玉 花 *	* 玉 吉 *	夫		1 (0)	外部利用についてのご相談 他の事業所の訪問リハビリを受けることは できないだろうか。
合計						3 (0)	

※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6月17日

部屋	2020/4/1(水)	2020/4/2(木)	2020/4/3(金)	2020/4/4(土)	2020/4/5(日)	2020/4/6(月)	2020/4/7(火)
グループホーム 1階							
101	*南 二*		*南 二*		*南 二*		*南 二*
102	*田 花*		*田 花*		*田 花*		*田 花*
103	*雲 二*		*雲 二*		*雲 二*		*雲 二*
105	*賀 三*		*賀 三*		*賀 三*		*賀 三*
106	*豆 花*		*豆 花*		*豆 花*		*豆 花*
107	*関 京*		*関 京*		*関 京*		*関 京*
108							
110							
111	*田 三*		*田 三*		*田 三*		*田 三*

実績関係帳票

利用者番号： 1030

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： グループホーム●風

利用者名： * 南 二 * 様

生年月日：昭和14年7月31日

介護度：要介護4

実績単位： 28,397

[illegible]

グループホーム●風

※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)
認知症共同生活介護Ⅰ 4	321141	837	30	25,110					
認知症対応サービス提供体制加算Ⅰ 2	326101	12	30	360					
認知症対応型処遇改善加算Ⅰ	326108	2,837	1	2,837					
認知症対応型認知症専門ケア加算Ⅰ	326133	3	30	90					
			合計	28,397	283,970	255,573	0	28,397	0

未収金一覧

GHまとめ

請求金額合計	622,578
未収金額合計	0
入金額合計	622,578

R2/05/01~R2/05/11

R2/05/12 時点

印刷日

R2/5/12

請求書番号	利用者番号	利用者名	請求日	請求開始日	請求終了日	請求金額	未収金額	最終入金日	送付先
16		* 士 二 *	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	123,882	0	R2/05/11	区分 請求書送付 * 士 二 * 電話 099-xxx-xxxx 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 士 二 *			計	123,882	0		
17		* 豆 花 *	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	123,882	0	R2/05/11	区分 請求書送付 * 豆 花 * 電話 099-xxx-xxxx 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 豆 花 *			計	123,882	0		
18		* 雲 二 *	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	124,984	0	R2/05/11	区分 請求書送付 * 雲 二 * 電話 099-xxx-xxxx 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 雲 二 *			計	124,984	0		
19		* 関 京 *	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	124,433	0	R2/05/11	区分 請求書送付 * 関 京 * 電話 099-xxx-xxxx 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 関 京 *			計	124,433	0		
20	1030	* 南 二 *	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	125,397	0	R2/05/11	区分 請求書送付 * 南 二 * 電話 099-xxx-xxxx 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
	1030	* 南 二 *			計	125,397	0		

事業所別未収金一覧表（グループホーム●風）

印刷日 2020年05月11日

提供期間 2020年4月1日 ～ 2020年4月30日

番号	利用者氏名	性別	保険内金額					その他自費	減免額	自事業所の 請求金額計	他事業所の 請求金額計	今月請求金 額計	前月までの 未収金額計	今月入金金 額計	今月末未収 金額計
	* 士 二 *	男	¥26,982	¥0	¥0	¥0	¥0	¥96,900	¥0	¥123,882	¥0	¥123,882	¥0	¥0	¥123,882
	* 豆 花 *	女	¥26,982	¥0	¥0	¥0	¥0	¥96,900	¥0	¥123,882	¥0	¥123,882	¥0	¥0	¥123,882
	* 雲 二 *	男	¥28,084	¥0	¥0	¥0	¥0	¥96,900	¥0	¥124,984	¥0	¥124,984	¥0	¥0	¥124,984
	* 関 京 *	女	¥27,533	¥0	¥0	¥0	¥0	¥96,900	¥0	¥124,433	¥0	¥124,433	¥0	¥0	¥124,433
1030	* 南 二 *	男	¥28,397	¥0	¥0	¥0	¥0	¥97,000	¥0	¥125,397	¥0	¥125,397	¥0	¥0	¥125,397
	* 野 京 *	女	¥26,236	¥0	¥0	¥0	¥0	¥96,900	¥0	¥123,136	¥0	¥123,136	¥0	¥0	¥123,136
	* 治 三 *	男	¥26,982	¥0	¥0	¥0	¥0	¥96,900	¥0	¥123,882	¥0	¥123,882	¥0	¥0	¥123,882
1012	* 路 一 *	男	¥27,111	¥0	¥0	¥0	¥0	¥96,900	¥0	¥124,011	¥0	¥124,011	¥0	¥0	¥124,011
	* 路 一 *	女	¥27,630	¥0	¥0	¥0	¥0	¥92,500	¥0	¥120,130	¥0	¥120,130	¥0	¥0	¥120,130
1031	* 田 花 *	女	¥25,831	¥0	¥0	¥0	¥0	¥96,900	¥0	¥122,731	¥0	¥122,731	¥0	¥0	¥122,731
	* 賀 三 *	男	¥26,982	¥0	¥0	¥0	¥0	¥96,900	¥0	¥123,882	¥0	¥123,882	¥0	¥0	¥123,882
全体合計			¥298,750	¥0	¥0	¥0	¥0	¥1,061,600	¥0	¥1,360,350	¥0	¥1,360,350	¥0	¥0	¥1,360,350

処遇改善一覧表

処遇改善単位合計	13,014	特定処遇改善単位合計	0
保険内単位合計	13,014	保険内単位合計	0
保険外単位合計	0	保険外単位合計	0

令和2年4月～令和2年4月

印刷日 令和2年5月11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	
	* 士 二 *	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	2,022	2,022	0	0	0	0	グループホーム●風
	* 士 二 *				計	2,022	2,022	0	0	0	0	* 士 二 * 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地
	* 豆 花 *	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	2,022	2,022	0	0	0	0	グループホーム●風
	* 豆 花 *				計	2,022	2,022	0	0	0	0	* 豆 花 * 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地
	* 雲 二 *	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	2,104	2,104	0	0	0	0	グループホーム●風
	* 雲 二 *				計	2,104	2,104	0	0	0	0	* 雲 二 * 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地
	* 関 京 *	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	2,063	2,063	0	0	0	0	グループホーム●風
	* 関 京 *				計	2,063	2,063	0	0	0	0	* 関 京 * 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地
1030	* 南 二 *	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	2,837	2,837	0	0	0	0	グループホーム●風
1030	* 南 二 *				計	2,837	2,837	0	0	0	0	* 南 二 * 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X番地X - 1
	* 野 京 *	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	1,966	1,966	0	0	0	0	グループホーム●風
	* 野 京 *				計	1,966	1,966	0	0	0	0	* 野 京 * 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

実施日 R02/04/01～R02/04/30

その他費用一覧表

(グループホーム●風

)

印刷日 R02/05/12

	おむつ代	ベッド代	夕食代				合計金額	軽減額合計	請求金額	(8%分消費税額) (10%分消費税額) 消費税合計額
	食事代	洗濯代	家賃代A							
	共益費	朝食代	家賃代B							
	テレビ代	昼食代	財産管理代							
* 士 二 *	0	0	15,900							
	0	0	0							
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							0
	0	6,000	0							0
小 計							96,900	0	96,900	0
* 豆 花 *	0	0	15,900							
	0	0	0							
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							0
	0	6,000	0							0
小 計							96,900	0	96,900	0
* 雲 二 *	0	0	15,900							
	0	0	0							
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							0
	0	6,000	0							0
小 計							96,900	0	96,900	0
* 関 京 *	0	0	15,900							
	0	0	0							
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							0
	0	6,000	0							0
小 計							96,900	0	96,900	0
* 南 二 *	0	0	15,900							
	0	0	0							
R02/04/01～R02/04/30	100	9,000	66,000							0
	0	6,000	0							0
小 計							97,000	0	97,000	0
* 野 京 *	0	0	15,900							
	0	0	0							
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							0
	0	6,000	0							0
小 計							96,900	0	96,900	0
総合計	0	0	174,900							
	0	0	0							
	100	99,000	726,000							0
	0	61,600	0							0
							581,500	0	581,500	0

実施日 R02/04/01～R02/04/30

サービス費請求一覧表 (グループホーム●風

介護)

印刷日 R02/05/11

認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)

	(基本)	若年性認知症受入加算	看取り介護加算 3	認知症専門ケア加算 I	栄養スクリーニング加算	介護(保険) 介護(自費)	保険内単位	合計金額	軽減額	請求金額
	身体拘束未実施減算	入院時費用	初期加算	認知症専門ケア加算 II	サービス提供体制加算					
	夜間支援体制加算 I	看取り介護加算 1	医療連携体制加算	生活機能向上連携加算	処遇改善加算等					
	夜間支援体制加算 II	看取り介護加算 2	退居時相談支援加算	口腔衛生管理体制加算						
* 士 二 *	24,600	0	0	0	0	26,982				
	0	0	0	0	360	0				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	2,022					
	0	0	0	0		26,982				
小 計								26,982	0	26,982
* 豆 花 *	24,600	0	0	0	0	26,982				
	0	0	0	0	360	0				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	2,022					
	0	0	0	0		26,982				
小 計								26,982	0	26,982
* 雲 二 *	25,620	0	0	0	0	28,084				
	0	0	0	0	360	0				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	2,104					
	0	0	0	0		28,084				
小 計								28,084	0	28,084
* 関 京 *	25,110	0	0	0	0	27,533				
	0	0	0	0	360	0				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	2,063					
	0	0	0	0		27,533				
小 計								27,533	0	27,533
* 南 二 *	25,110	0	0	90	0	28,397				
	0	0	0	0	360	0				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	2,837					
	0	0	0	0		28,397				
小 計								28,397	0	28,397
* 野 京 *	23,910	0	0	0	0	26,236				
	0	0	0	0	360	0				
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	1,966					
	0	0	0	0		26,236				
小 計								26,236	0	26,236
総合計	248,070	0	0	90	0	272,919				
	0	0	0	0	3,600	0				
	0	0	0	0	21,159					
	0	0	0	0		272,919				
								164,214	0	164,214

* 玉 花 *		様	生年月日		昭和14年9月5日		(80 歳)	
<u>令和02年4月1日(水)</u>								
			血压	123 / 89				
【健康チェック】			脈拍	71	回/分			
			体温	36.3	℃			
【食事】	食事量	昼	主食	10割	副食	10割		
			昼間	主食	割			
【水分】	摂取量	2400						
【排泄】	排尿量	1500	排便	普通				
【ご家族への連絡事項】								
「お疲れになった様子も無く、積極的に訓練を続けておられました」								
【ご家族からの連絡事項】								

* 一 *		様	生年月日		昭和14年6月6日		(80 歳)	
<u>令和02年4月1日(水)</u>								
			血压	121 / 90				
【健康チェック】			脈拍	70	回/分			
			体温	36.2	℃			
【食事】	食事量	昼	主食	10割	副食	10割		
			昼間	主食	割			
【水分】	摂取量	2400						
【排泄】	排尿量	1500	排便	普通				
【ご家族への連絡事項】								
「気持ち良いお風呂に入るために、いつもよりメニューを多くこなしておられました」								
【ご家族からの連絡事項】								

* 玉 花 * 様 生年月日 昭和14年9月5日 (80 歳)
令和02年4月1日(水)

【健康チェック】	血圧	123 / 89
	脈拍	71 回/分
	体温	36.3 °C

【ご家族への連絡事項】

「お疲れになった様子も無く、積極的に訓練を続けておられました」

【ご家族からの連絡事項】



* 玉 花 *		様	生年月日		昭和14年9月5日		(80 歳)	
<u>令和02年4月1日(水)</u>								
			血压		125 / 85			
【健康チェック】			脈拍		72 回/分			
			体温		36.5 °C			
【食事】			食事量		昼 主食		10 割 ◎	
					副食		割	
			昼間 主食		割			
【水分】			摂取量		2500			
【排泄】			排尿量		1000		排便 △とても少ない	
【ご家族への連絡事項】								
本日は寒い一日でしたので、湯船に少し長い間浸かられて体が温かくなつたと喜んでおられました。								
【ご家族からの連絡事項】								

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

* 玉 花 * 様 生年月日 昭和14年9月5日 (80 歳)

令和02年4月1日(水)

【健康チェック】 血圧 123 / 89
脈拍 71 回/分
体温 36.3 ℃
【食事】 食事量 昼 主食 10割 副食 10割
昼間 主食 割
【水分】 摂取量 2400
【排泄】 排尿量 1500 排便 普通

【実施内容】

清潔保持介助	洗顔介助
更衣介助	更衣の準備等
入浴介助	入浴の準備、後始末、洗身介助
食事等介助	食事等の摂取介助
排泄	排泄時の移乗、移動介助
基本動作介助	起居介助
水分摂取介助	水分摂取等の見守り
リハビリの実施	リハビリの実施
薬剤の使用	服薬等の介助
レクリエーション	レクリエーションの見守り

【ご家族への連絡事項】

「お疲れになった様子も無く、積極的に訓練を続けておられました」

サービス記録

利用者氏名 * 玉 花 * 殿

印刷日：R02.04.01

[illegible]

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

(グループホーム●風)

)

印刷日 令和2年5月11日

	おむつ代	ベッド代	夕食代		介護(保険)	合計金額	介護軽減額 軽減額合計	最終入金日 請求金額	入金額 累計入金額 未収金額 消費税額	請求区分 金融機関名 発行日
	食事代	洗濯代	家賃代A		介護(自費)					
	共益費	朝食代	家賃代B							
	テレビ代	昼食代	財産管理代		保険内単位					
* 土 二 *	0	0	15,900		26,982	123,882	0	R02/05/11	123,882	請求書送付
	0	0	0		0					
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							
27	0	6,000	0		26,982					
小 計										
						123,882	0	123,882	0	R02/05/11
* 豆 花 *	0	0	15,900		26,982	123,882	0	R02/05/11	123,882	請求書送付
	0	0	0		0					
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							
28	0	6,000	0		26,982					
小 計										
						123,882	0	123,882	0	R02/05/11
* 雲 二 *	0	0	15,900		28,084	124,984	0	R02/05/11	124,984	請求書送付
	0	0	0		0					
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							
29	0	6,000	0		28,084					
小 計										
						124,984	0	124,984	0	R02/05/11
* 関 京 *	0	0	15,900		27,533	124,433	0	R02/05/11	124,433	請求書送付
	0	0	0		0					
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							
30	0	6,000	0		27,533					
小 計										
						124,433	0	124,433	0	R02/05/11
* 南 二 *	0	0	15,900		28,397	125,397	0	R02/05/11	125,397	請求書送付
1030	0	0	0		0					
R02/04/01～R02/04/30	100	9,000	66,000							
31	0	6,000	0		28,397					
小 計										
						125,397	0	125,397	0	R02/05/11
* 野 京 *	0	0	15,900		26,236	123,136	0	R02/05/11	123,136	請求書送付
	0	0	0		0					
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							
32	0	6,000	0		26,236					
小 計										
						123,136	0	123,136	0	R02/05/11
* 治 三 *	0	0	15,900		26,982	123,882	0	R02/05/11	123,882	請求書送付
	0	0	0		0					
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							
33	0	6,000	0		26,982					
小 計										
						123,882	0	123,882	0	R02/05/11

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

(グループホーム●風

)

印刷日 令和2年5月11日

	おむつ代	ベッド代	夕食代		介護(保険)	合計金額	介護軽減額 軽減額合計	最終入金日 請求金額	入金額 累計入金額 未収金額 消費税額	請求区分 金融機関名 発行日
	食事代	洗濯代	家賃代A		介護(自費)					
	共益費	朝食代	家賃代B							
	テレビ代	昼食代	財産管理代		保険内単位					
路一	0	0	15,900		27,111	124,011	0	R02/05/11	124,011	請求書送付
1012	0	0	0		0					
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							
34	0	6,000	0		27,111					
小計										
路一	0	0	15,900		27,630	120,130	0	R02/05/11	120,130	請求書送付
	0	0	0		0					
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							
35	0	1,600	0		27,630					
小計										
田花	0	0	15,900		25,831	122,731	0	R02/05/11	122,731	請求書送付
1031	0	0	0		0					
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							
36	0	6,000	0		25,831					
小計										
賀三	0	0	15,900		26,982	123,882	0	R02/05/11	123,882	請求書送付
	0	0	0		0					
R02/04/01～R02/04/30	0	9,000	66,000							
37	0	6,000	0		26,982					
小計										
総合計	0	0	174,900		298,750	1,360,350	0		1,360,350	
	0	0	0		0					
	100	99,000	726,000							
	0	61,600	0		298,750					

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	グループホーム●風
1	* 士 二 *	123,882	123,882
2	* 豆 花 *	123,882	123,882
3	* 雲 二 *	124,984	124,984
4	* 関 京 *	124,433	124,433
5	* 南 二 *	125,397	125,397
6	* 野 京 *	123,136	123,136
7	* 治 三 *	123,882	123,882
8	* 路 一 *	124,011	124,011
9	* 路 一 *	120,130	120,130
10	* 田 花 *	122,731	122,731
11	* 賀 三 *	123,882	123,882
合計		1,360,350	1,360,350

入金日計表

入金日 期間： 令和02年05月01日 ～ 令和02年05月31日

印刷日： 令和02年05月31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		* 土 二 *	R02/04/01～R02/04/30	27	R02/05/11	123,882	26,982	96,900	0	123,882	0	窓口入金
2		* 豆 花 *	R02/04/01～R02/04/30	28	R02/05/11	123,882	26,982	96,900	0	123,882	0	窓口入金
3		* 雲 二 *	R02/04/01～R02/04/30	29	R02/05/11	124,984	28,084	96,900	0	124,984	0	窓口入金
4		* 関 京 *	R02/04/01～R02/04/30	30	R02/05/11	124,433	27,533	96,900	0	124,433	0	窓口入金
5	1030	* 南 二 *	R02/04/01～R02/04/30	31	R02/05/11	125,397	28,397	97,000	0	125,397	0	窓口入金
6		* 野 京 *	R02/04/01～R02/04/30	32	R02/05/11	123,136	26,236	96,900	0	123,136	0	窓口入金
7		* 治 三 *	R02/04/01～R02/04/30	33	R02/05/11	123,882	26,982	96,900	0	123,882	0	窓口入金
8	1012	* 路 一 *	R02/04/01～R02/04/30	34	R02/05/11	124,011	27,111	96,900	0	124,011	0	窓口入金
9		* 路 一 *	R02/04/01～R02/04/30	35	R02/05/11	120,130	27,630	92,500	0	120,130	0	窓口入金
10	1031	* 田 花 *	R02/04/01～R02/04/30	36	R02/05/11	122,731	25,831	96,900	0	122,731	0	窓口入金
11		* 賀 三 *	R02/04/01～R02/04/30	37	R02/05/11	123,882	26,982	96,900	0	123,882	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	1,360,350	0	
					合計	-	-	-	-	1,360,350	0	

利用者別入金一覧表

入金日期间： 令和02年05月01日 ～ 令和02年05月31日

印刷日： 令和02年05月27日

	利用者番号	利用者名	請求期間	請求書番号	入金日	請求金額	保険分金額	その他費用金額	前回までの 入金額累計	入金金額	未収金額	入金区分
1		* 土 二 *	R02/04/01～R02/04/30	27	R02/05/11	123,882	26,982	96,900	0	123,882	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	123,882	0	
2		* 豆 花 *	R02/04/01～R02/04/30	28	R02/05/11	123,882	26,982	96,900	0	123,882	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	123,882	0	
3		* 雲 二 *	R02/04/01～R02/04/30	29	R02/05/11	124,984	28,084	96,900	0	124,984	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	124,984	0	
4		* 関 京 *	R02/04/01～R02/04/30	30	R02/05/11	124,433	27,533	96,900	0	124,433	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	124,433	0	
5	1030	* 南 二 *	R02/04/01～R02/04/30	31	R02/05/11	125,397	28,397	97,000	0	125,397	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	125,397	0	
6		* 野 京 *	R02/04/01～R02/04/30	32	R02/05/11	123,136	26,236	96,900	0	123,136	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	123,136	0	
7		* 治 三 *	R02/04/01～R02/04/30	33	R02/05/11	123,882	26,982	96,900	0	123,882	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	123,882	0	
8	1012	* 路 一 *	R02/04/01～R02/04/30	34	R02/05/11	124,011	27,111	96,900	0	124,011	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	124,011	0	
9		* 路 一 *	R02/04/01～R02/04/30	35	R02/05/11	120,130	27,630	92,500	0	120,130	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	120,130	0	
10	1031	* 田 花 *	R02/04/01～R02/04/30	36	R02/05/11	122,731	25,831	96,900	0	122,731	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	122,731	0	
11		* 賀 三 *	R02/04/01～R02/04/30	37	R02/05/11	123,882	26,982	96,900	0	123,882	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	123,882	0	
					合計	-	-	-	-	1,360,350	0	

介護実施記録

* 南 二 * 様

男性

昭和14年7月31日生

80 歳

要介護 4

施設長	事務長	主任	担当

記録日: 令和2年4月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			
0:00	巡視観察								入院	外泊	往診	通院
1:00									実施記録			
2:00	巡視観察・排泄介 助・体位交換								10:30 【身長・体重】			
3:00									身長: 162.00cm 体重: 58.00kg B			
4:00	排泄介助・体位交 換								M I : 22.1			
5:00	巡視観察								12:00 【薬服用歴】			
6:00	モーニングケア (整 容更衣)								[ロキソニン] 1錠			
7:00	朝食 (服薬・口腔 ケア)								12:50 【昼食】			
8:00	排泄介助								主食: 10割 ◎			
9:00	バイタルチェック								14:00~16:00 【ケア実施記録】			
10:00	水分補給		125 89	36.2 71					[清潔保持介助]			
11:00	清潔・整容								口腔清潔介助, 清拭介助			
12:00	昼食 (服薬・口腔 ケア)				○	10 ◎			[更衣介助]			
13:00	排泄介助								更衣の準備等, 更衣の見守り, 更衣動 作の介助			
14:00	アクティビティー								[入浴介助]			
15:00	水分補給								入浴の準備、後始末, 入浴時の移乗 、移動の介助, 洗身介助, 洗髪介助, 部 分浴介助			
16:00	排泄介助								[食事等介助]			
17:00									食事等の摂取介助, 経口流動食の実 施, 経管栄養			
18:00	夕食 (服薬・口腔 ケア)								[排泄]			
19:00	イブニングケア (更 衣介助)								排泄時の移乗、移動介助, 排泄の準 備, 排尿介助, 排便介助			
20:00	排泄介助								[基本動作介助]			
21:00	消灯 巡視監査								体位交換介助, 移乗介助			
22:00	排泄介助・体位交 換								[水分摂取介助]			
23:00									水分摂取等の準備, 水分摂取等の見 守り			
									[薬剤の使用]			
									服薬等の準備等, 服薬等の見守り, 服 薬等の介助			
									[バイタル測定]			
								2400 排尿 2400 排便	バイタルの見守り, バイタルの測定 ・観察			
									[レクリエーション]			
									レクリエーションの準備, レクリエ ーションの見守り, レクリエーション の介助			
									17:30 【水分・排泄】			
									排尿量: 1200ml 排尿回数: 4回 排 便量: △とても少ない 排便回数: 1 回 排便状態: 硬便			
									水分摂取量合計			
									2400ml			

実施記録					実施記録				

ケア実施状況表（食事等介助）

対象期間 R2/4/1～R2/4/30

グループホーム●風

[illegible]

記号説明 食:食事等の摂取介助 経:経口流動食の実施 経:経管栄養

ケア内容統計

対象期間： 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

印刷日： 令和2年5月7日

清潔保持介助	
口腔清潔介助	1
清拭介助	1
小計	2

更衣介助	
更衣の準備等	1
更衣の見守り	1
更衣動作の介助	1
小計	3

入浴介助	
入浴の準備、後始末	1
入浴時の移乗、移動の介助	1
洗身介助	1
洗髪介助	1
部分浴介助	1
小計	5

食事等介助	
食事等の摂取介助	1
経口流動食の実施	1
経管栄養	1
小計	3

排泄	
排泄時の移乗、移動介助	1
排泄の準備	1
排尿介助	1
排便介助	1
小計	4

基本動作介助	
体位交換介助	1
移乗介助	1
小計	2

水分摂取介助	
水分摂取等の準備	1

ケア内容統計

対象期間： 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

印刷日： 令和2年5月7日

水分摂取等の見守り	1
小計	2

薬剤の使用	
服薬等の準備等	1
服薬等の見守り	1
服薬等の介助	1
小計	3

バイタル測定	
バイタルの見守り	1
バイタルの測定・観察	1
小計	2

レクリエーション	
レクリエーションの準備	1
レクリエーションの見守り	1
レクリエーションの介助	1
小計	3
総計	29

印刷日 R2/5/7

その他費用名： 共益費

[illegible]

温度板

グループホーム●風

利用者番号 1234

氏名 *石 京*

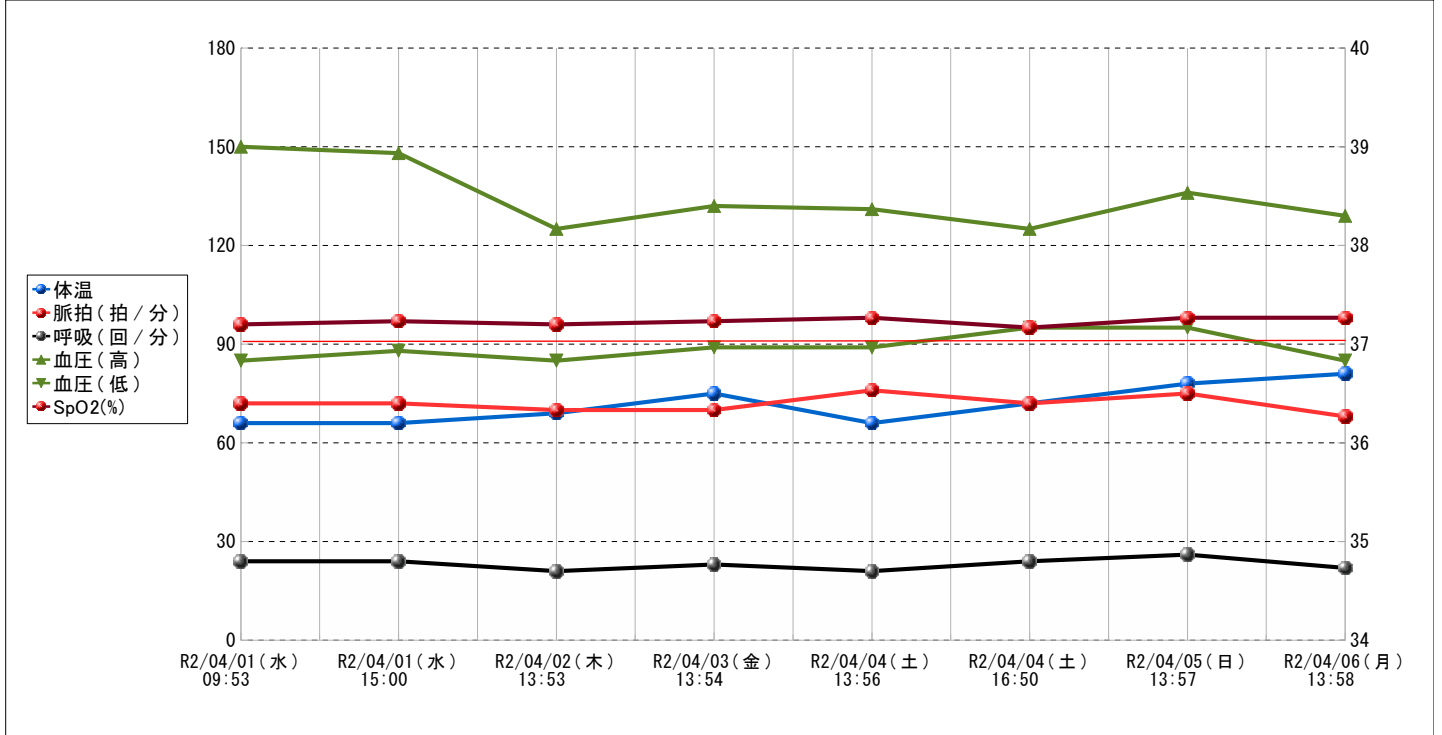
性別 女

生年月日

昭和14年6月16日

年齢

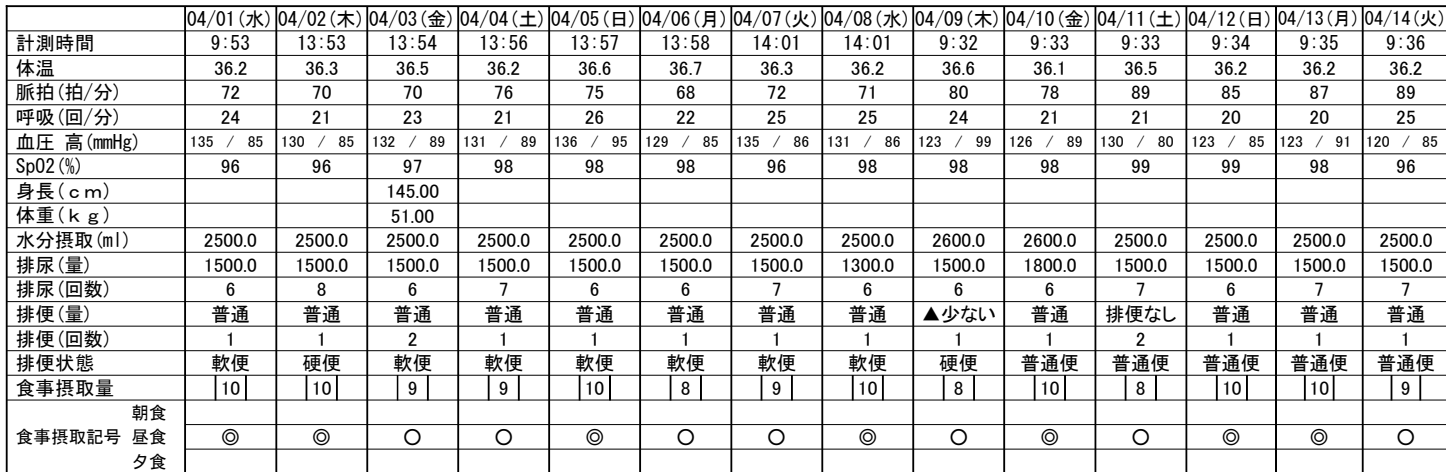
80 歳



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

グループホーム●風

年齡 80 歲



グループホーム●風

利用者番号

1234

氏名 * 石 京 *

性別

生年

昭和14年6月16日

年齡 80 歲



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

月別医療費控除一覧

* 田 一 * 様 住所 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - 5 4

医療費控除対象金額 92,868 円

ご 利 用 年 月	請 求 金 額	医療費控除対象金額
令和2年1月	22,478 円	15,478 円
令和2年2月	21,478 円	15,478 円
令和2年3月	21,978 円	15,478 円
令和2年4月	21,978 円	15,478 円
令和2年5月	21,978 円	15,478 円
令和2年6月	21,978 円	15,478 円
令和2年7月	0 円	0 円
令和2年8月	0 円	0 円
令和2年9月	0 円	0 円
令和2年10月	0 円	0 円
令和2年11月	0 円	0 円
令和2年12月	0 円	0 円
合 計	131,868 円	92,868 円

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

令和2年7月22日

利用者氏名： * 士 二 *

測定日： 令和3年4月1日

生年月日： 昭和14年5月8日 男 81 歳

測定者： * 玉 あや *

要介護度： 要介護3

バーセルインデックス（Barthel Index：機能的評価）

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

栄養スクリーニング（通所・居宅）

利用者番号：

ふりがな	*いたま はな*	☐ 男 ☒ 女	☐ 明 ☐ 大 ☒ 昭	14 年	9 月	5 日生まれ	81 歳
氏名	* 玉 花 *	要介護度・病名・ 特記事項等	糖尿病	記入者名： * 玉 あや *			
				作成年月日： 令和02年04月01日			
				事業所内の管理栄養士・栄養士 ☐ 無 ☒ 有			

実 施 日	令和02年03月01日 (* 玉 あや *)	令和02年04月01日 (* 玉 あや *)	()	()
身長 (cm) ※ 1	160 (cm)	160 (cm)	(cm)	(cm)
体重 (kg)	53 (kg)	51 (kg)	(kg)	(kg)
BMI (kg/m ²) ※ 1 18.5未満	☒ 無 ☐ 有 (20.7 kg/m ²)	☒ 無 ☐ 有 (19.9 kg/m ²)	☐ 無 ☐ 有 (kg/m ²)	☐ 無 ☐ 有 (kg/m ²)
直近1～6か月間における 3%以上の体重減少	☒ 無 ☐ 有 (kg/ か月)	☐ 無 ☒ 有 (2 kg/ 1 か月)	☐ 無 ☐ 有 (kg/ か月)	☐ 無 ☐ 有 (kg/ か月)
直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少	☒ 無 ☐ 有 (kg/6か月)	☐ 無 ☒ 有 (4 kg/6か月)	☐ 無 ☐ 有 (kg/6か月)	☐ 無 ☐ 有 (kg/6か月)
血清アルブミン値 (g/dl) ※ 2 3.5g/dl 未満	☐ 無 ☒ 有 (4.1 (g/dl))	☐ 無 ☒ 有 (4 (g/dl))	☐ 無 ☐ 有 ((g/dl))	☐ 無 ☐ 有 ((g/dl))
食事摂取量 75%以下 ※ 3	☒ 無 ☐ 有 (%)	☐ 無 ☒ 有 (3 %)	☐ 無 ☐ 有 (%)	☐ 無 ☐ 有 (%)
特記事項 (医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)				

※ 1 身長が測定できない場合は、空欄でも差し支えない。

※ 2 確認できない場合は、空欄でも差し支えない。

※ 3 管理栄養士・栄養士がいない事業所の場合は、参考値とする。

(参考) 低栄養状態のリスク分類について

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

統計資料

グループホーム入所 年齢別利用者数

グループホーム●風

令和2年4月

印刷日 令和2年5月20日

年 区	齢 分		事業 対象者	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	左記以外	合計
～ 59	男											
	女											
	計											
60 ～ 64	男											
	女											
	計											
65 ～ 69	男											
	女											
	計											
70 ～ 74	男											
	女											
	計											
75 ～ 79	男											
	女											
	計											
80 ～ 84	男							90(3)	60(2)	30(1)		180(6)
	女				30(1)		30(1)	30(1)	30(1)			120(4)
	計				30(1)		30(1)	120(4)	90(3)	30(1)		300(10)
85 ～ 89	男											
	女									30(1)		30(1)
	計									30(1)		30(1)
90 ～ 94	男											
	女											
	計											
95 ～ 99	男											
	女											
	計											
100 ～	男											
	女											
	計											
合 計	男							90(3)	60(2)	30(1)		180(6)
	女				30(1)		30(1)	30(1)	30(1)	30(1)		150(5)
	計				30(1)		30(1)	120(4)	90(3)	60(2)		330(11)

平均介護度： 3.31 男性： 3.67 女性： 2.88	平均年齢： 80.5 男性： 80.0 女性： 81.2
-------------------------------------	------------------------------------

- 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30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	
歳 ～59	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	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)	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)	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)	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)	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)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
65～69	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	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)	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)	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)	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)	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)	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)	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)	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)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
80～84	男	5 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	4 (0)	0 (0)	0 (0)
	女	4 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (0)	0 (0)	0 (0)
	計	9 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	8 (0)	0 (0)	0 (0)
85～89	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	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)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	計	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
90～	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	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)	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)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計	男	5 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	4 (0)	0 (0)	0 (0)
	女	5 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	4 (0)	0 (0)	0 (0)
	計	10 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0)	0 (0)	8 (0)	0 (0)	0 (0)
平均年齢		男性	80 歳	女性	81.2 歳	総数	80.6 歳	平均利用期間		男性	62.9 ヶ月	女性	68.5 ヶ月	総数	65.7 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30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						1			1
	女							1		1
	計						1	1		2
3年以上～ 5年未満	男					1				1
	女		1							1
	計		1			1				2
5年以上～ 10年未満	男					1	1	1		3
	女				1	1	1			3
	計				1	2	2	1		6
10年以上～	男									
	女									
	計									
合 計	男					2	2	1		5
	女		1		1	1	1	1		5
	計		1		1	3	3	2		10

■ 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 ～ 令和2年10月分

印刷日 令和2年10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				3	1				4
	女	2								2
	計	2			3	1				6
その他医療機関	男									
	女		1							1
	計		1							1
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									
	計									
合 計	男				3 (3)	1 (1)				4 (4)
	女	2 (2)	1 (1)							3 (3)
	計	2 (2)	1 (1)		3 (3)	1 (1)				7 (7)

- 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 ～ 令和2年10月分

印刷日 令和2年10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				3	1				4
	女	2								2
	計	2			3	1				6
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				3 (3)	1 (1)				4 (4)
	女	2 (2)	1 (1)							3 (3)
	計	2 (2)	1 (1)		3 (3)	1 (1)				7 (7)

- 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 ～ 令和2年10月分

印刷日 令和2年10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									
	計									
その他医療機関	男									
	女		1							1
	計		1							1
社会福祉施設	男									
	女									
	計									
居宅	男				3	1				4
	女	2								2
	計	2			3	1				6
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				3 (3)	1 (1)				4 (4)
	女	2 (2)	1 (1)							3 (3)
	計	2 (2)	1 (1)		3 (3)	1 (1)				7 (7)

- 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 ～ 令和2年10月分

印刷日 令和2年10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									
	計									
療養型老健	男								1	1
	女									
	計								1	1
協力医療機関	男									
	女		1							1
	計		1							1
その他医療機関	男				1					1
	女	1								1
	計	1			1					2
死亡	男									
	女								1	1
	計								1	1
併設医療機関	男									
	女									
	計									
特養	男					1				1
	女									
	計					1				1
グループホーム	男								1	1
	女									
	計								1	1
その他	男									
	女									
	計									
合 計	男				1 (1)	1 (1)			2 (2)	4 (4)
	女	1 (1)	1 (1)						1 (1)	3 (3)
	計	1 (1)	1 (1)		1 (1)	1 (1)			3 (3)	7 (7)

- 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 ～ 令和2年10月分

印刷日 令和2年10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				1				1	2
	女	1	1							2
	計	1	1		1				1	4
3 医療機関入院	男									
	女									
	計									
4 死亡	男									
	女								1	1
	計								1	1
5 その他	男								1	1
	女									
	計								1	1
6 介護老人福祉施設 入所	男					1				1
	女									
	計					1				1
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									
	男									
	女									
	計									
合 計	男				1 (1)	1 (1)			2 (2)	4 (4)
	女	1 (1)	1 (1)						1 (1)	3 (3)
	計	1 (1)	1 (1)		1 (1)	1 (1)			3 (3)	7 (7)

- 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 ～ 令和2年10月分

印刷日 令和2年10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									
	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				1					1
	女	1								1
	計	1			1					2
社会福祉施設	男					1				1
	女									
	計					1				1
死亡	男									
	女								1	1
	計								1	1
その他	男								2	2
	女									
	計								2	2
介護保険施設	男									
	女									
	計									
介護老人保健施設	男									
	女									
	計									
合 計	男				1 (1)	1 (1)			2 (2)	4 (4)
	女	1 (1)	1 (1)						1 (1)	3 (3)
	計	1 (1)	1 (1)		1 (1)	1 (1)			3 (3)	7 (7)

- 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

グループホーム●風

印刷日: 令和2年5月2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	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
地域																																
鹿児島市東開町×××番地	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		120	
未設定(振分不可)	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7		210	
状況区分																																
家庭	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		270	
その他医療機関	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		30	
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	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	
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	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	
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	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		30	
要介護 3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		120	
要介護 4	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	
要介護 5	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	
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10月20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	4 人 (100.0)%
----	-------------------

⇒

総計	4 人	100.0 %
家庭	1 人	25.0 %
療養型老健	0 人	0.0 %
協力医療機関	1 人	25.0 %
その他医療機関	0 人	0.0 %
死亡	0 人	0.0 %
併設医療機関	1 人	25.0 %
特養	1 人	25.0 %
グループホーム	0 人	0.0 %
その他	0 人	0.0 %

家庭	4 人 (100.0)%
----	-------------------

⇒

総計	4 人	100.0 %
家庭	1 人	25.0 %
療養型老健	0 人	0.0 %
協力医療機関	1 人	25.0 %
その他医療機関	0 人	0.0 %
死亡	0 人	0.0 %
併設医療機関	1 人	25.0 %
特養	1 人	25.0 %
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 %

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10月20日
令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
利用終了後の場所（どこへ）

特養	0人 (0.0)%
----	--------------

⇒

療養型老健	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30日

(1)人数

在所(居)者	8人	内	男 性	4人
		訳	女 性	4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	0人	0人	0人	0人	4人	0人	0人	0人	0人	4人
計	0人	0人	0人	0人	0人	8人	0人	0人	0人	0人	8人

(3)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	1人	0人	0人	0人	3人	4人
女 性	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	1人	3人	4人
計	0人	0人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	1人	6人	8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	1人	1人	〃 II a	0人	0人	0人
要介護1	0人	0人	0人	〃 II b	0人	0人	0人
要介護2	0人	1人	1人	〃 III a	0人	0人	0人
要介護3	1人	1人	2人	〃 III b	0人	0人	0人
要介護4	2人	1人	3人	〃 IV	0人	0人	0人
要介護5	1人	0人	1人	〃 M	0人	0人	0人
上記以外	0人	0人	0人	上記以外	0人	0人	0人
未登録	0人	0人	0人	未登録	4人	4人	8人
計	4人	4人	8人	計	4人	4人	8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	0 人	内 訳	男 性	0 人
			女 性	0 人
退所(居)者	4 人	内 訳	男 性	2 人
			女 性	2 人
延入所(居)者	356 人	内 訳	男 性	178 人
			女 性	178 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	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	0 人	0 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	0 人	0 人

(2)退所(居)者

区 分		男 性	女 性	計
医療 機関	併 設	0 人	1 人	1 人
	協 力	1 人	0 人	1 人
	そ の 他	0 人	0 人	0 人
	小 計	1 人	1 人	2 人
居 宅		1 人	0 人	1 人
社 会 福 祉 施 設		0 人	1 人	1 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		2 人	2 人	4 人

退所(居)者の状況

対象期間： 令和2年4月1日 ～ 令和2年9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	1 人	1 人	2 人
女 性	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	2 人	0 人	0 人	0 人	0 人	2 人
計	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	2 人	0 人	0 人	1 人	1 人	4 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	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人	1 人
	協 力	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人	1 人
	そ の 他	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	2 人	0 人	0 人	0 人	0 人	2 人
居 宅		0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人	1 人
社 会 福 祉 施 設		0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人	1 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
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
死 亡		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
計		0 人	0 人	0 人	4 人	0 人	0 人	0 人	0 人	4 人

レセプト統計関係

様式第一

介護給付費請求書

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

保 険 者

(別記) 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	2
請求事業所	名称		グループホーム●風							
	所在地		〒 8 9 1 - 0 1 1 5 鹿児島市 X X X 町 X X X 番地 1 2 0							
	連絡先		099-XXX-XXXX							

保険請求

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	11	298,750	2,987,500	2,688,750		298,750					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	11	298,750	2,987,500	2,688,750		298,750					

公費請求

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

様式第一

介護給付費請求書

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

保 險 者 (462010)

鹿児島市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	2
請求 事業所	名称	グループホーム●風								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5								
		鹿児島市X X X町X X X番地 1 2 0								
	連絡先	099-XXX-XXXX								

保険請求

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数 ・点数	費用合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	10	271, 120	2, 711, 200	2, 440, 080		271, 120					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	10	271, 120	2, 711, 200	2, 440, 080		271, 120					

公費請求

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

様式第一

介護給付費請求書

			年		月分
--	--	--	---	--	----

令和2年5月請求分合計

保 険 者 (462010)

鹿児島市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	2
請求事業所	名称	グループホーム●風								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5								
		鹿児島市X X X町X X X番地 1 2 0								
	連絡先	099-XXX-XXXX								

保険請求

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数 ・点数	費用合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	10	271, 120	2, 711, 200	2, 440, 080		271, 120					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	10	271, 120	2, 711, 200	2, 440, 080		271, 120					

公費請求

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

サービス提供年月：令和2年4月分

様式第六

地域密着型サービス介護給付費明細書

1030

(認知症対応型共同生活介護(短期利用以外))

公費負担者番号										令和 0 2 年 0 4 月分														
公費受給者番号										保険者番号 4 6 2 0 1 0														
被保険者	被保険者番号	9 9 0 0 0 0 0 0 0 6										請求事業者	事業所番号	4 6 9 9 9 9 9 9 9 2										
	(フリガナ)	*ナン シロ*											事業所名称	グループホーム●風										
	氏名	*南 二*											所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5 鹿児島市XXX町XXX番地120										
	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 3 1 日												連絡先	電話番号 099-XXX-XXXX									
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・④・5																						
認定有効期間	令和 0 1 年 1 0 月 0 1 日 から 令和 0 3 年 0 3 月 3 1 日 まで																							
入居年月日	平成 2 5 年 0 2 月 2 8 日										退居年月日													
入居前の状況		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																						
退居後の状況		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																						
給付費明細欄	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				
	認知症共同生活介護Ⅰ 4	3 2 1 1 4 1						8 3 7		3 0	2 5 1 1 0													
	認知症対応サービス提供体制加算Ⅰ 2	3 2 6 1 0 1						1 2 3 0			3 6 0													
	認知症対応型処遇改善加算Ⅰ	3 2 6 1 0 8						2 8 3 7		1	2 8 3 7													
	認知症対応型認知症専門ケア加算Ⅰ	3 2 6 1 3 3								3 3 0	9 0													
合計										2 8 3 9 7														
請求額集計欄	区分	保険分						公費分																
	①単位数合計	2 8 3 9 7																						
	②単位数単価	1 0 0 0 円/単位																						
	③給付率	9 0 /100						/100																
	④請求額(円)	2 5 5 5 7 3																						
⑤利用者負担額(円)		2 8 3 9 7																						

サービス提供証明書

(認知症対応型共同生活介護(短期利用以外))

公費負担者番号																			
公費受給者番号																			
被保険者	被保険者番号	9	9	0	0	0	0	0	0	0	6								
	(フリガナ)	*ナン ジロ*																	
	氏名	*南 二*																	
	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	3	1	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	1	年	1	0	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																			
事業所番号		4	6	9	9	9	9	9	9	9	2								
事業所名称		グループホーム●風																	
請求事業者	所在地	〒891-0115																	
		鹿児島市XXX町XXX番地120																	
連絡先		電話番号 099-XXX-XXXX																	
入居年月日 平成 2 5 年 0 2 月 2 8 日 退居年月日 年 月 日 入居実日数 3 0 外泊日数																			
入居前の状況		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																	
退居後の状況		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																	
給付費明細欄	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				
	認知症共同生活介護Ⅰ 4		3	2	1	1	4	1	8	3	7	3	0	2	5	1	1	0	
	認知症対応サービス提供体制加算Ⅰ 2		3	2	6	1	0	1		1	2	3	0			3	6	0	
	認知症対応型処遇改善加算Ⅰ		3	2	6	1	0	8	2	8	3	7	1			2	8	3	7
	認知症対応型認知症専門ケア加算Ⅰ		3	2	6	1	3	3				3	3	0			9	0	
合計														2	8	3	9	7	
請求額集計欄	区分		保険分					公費分											
	①単位数合計			2	8	3	9	7											
	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	8	3	9	7												

利用者： * 南 二 * (男) (1030) 提供年月：令和2年4月

被保険者番号(給付率)： 462010 - 9900000006 (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	
	認知症共同生活介護 I 4	321141	837	30	25,110					
	認知症対応サービス提供体制加算 I 2	326101	12	30	360					
	認知症対応型処遇改善加算 I	326108	2,837	1	2,837					
	認知症対応型認知症専門ケア加算 I	326133	3	30	90					

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	
	認知症対応型共同生活		0		0		0	0
	28,397		0		0		10.00	255,573
	28,397		0		0		0	0
合計情報								255,573
	28,397		0		0		0	0

介護度別サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ～ R02/04

作成日： R02/05/20

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
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護2	321121	認知症共同生活介護Ⅰ 2	797	30	23,910	239,100	1
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護2	326101	認知症対応サービス提供体制加算Ⅰ 2		30	360	3,600	1
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護2	326107	認知症対応型処遇改善加算Ⅱ		1	1,966	19,660	1
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護3	321131	認知症共同生活介護Ⅰ 3	820	120	98,400	984,000	4
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護3	326101	認知症対応サービス提供体制加算Ⅰ 2		120	1,440	14,400	4
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護3	326107	認知症対応型処遇改善加算Ⅱ		4	8,088	80,880	4
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護4	321141	認知症共同生活介護Ⅰ 4	837	60	50,220	502,200	2
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護4	322141	認知症共同生活介護Ⅱ 4	824	30	24,720	247,200	1
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護4	326101	認知症対応サービス提供体制加算Ⅰ 2		90	1,080	10,800	3
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護4	326107	認知症対応型処遇改善加算Ⅱ		2	4,094	40,940	2
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護4	326108	認知症対応型処遇改善加算Ⅰ		1	2,837	28,370	1
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護4	326133	認知症対応型認知症専門ケア加算Ⅰ		30	90	900	1
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護5	321151	認知症共同生活介護Ⅰ 5	854	30	25,620	256,200	1
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護5	322151	認知症共同生活介護Ⅱ 5	840	30	25,200	252,000	1
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護5	326101	認知症対応サービス提供体制加算Ⅰ 2		60	720	7,200	2
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要介護5	326107	認知症対応型処遇改善加算Ⅱ		2	4,174	41,740	2
小計		32****	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	—	—	272,919	2,729,190	31
介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要支援2	371121	予認知症共同生活介護Ⅰ 2	757	30	22,710	227,100	1
介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要支援2	376100	予認知対応サービス提供体制加算Ⅰ 1		30	540	5,400	1
介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	要支援2	376108	予認知症対応型処遇改善加算Ⅰ		1	2,581	25,810	1
小計		37****	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	—	—	25,831	258,310	3
合計		—	—	—	—	298,750	2,987,500	34

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		32****	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	-	-	272,919	2,729,190	-
合計		37****	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	-	-	25,831	258,310	-
総合計		-	-	-	-	298,750	2,987,500	-

サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ～ R02/04

作成日： R02/05/20

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
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	321121	認知症共同生活介護Ⅰ 2	797	30	23,910	239,100	1
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	321131	認知症共同生活介護Ⅰ 3	820	120	98,400	984,000	4
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	321141	認知症共同生活介護Ⅰ 4	837	60	50,220	502,200	2
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	321151	認知症共同生活介護Ⅰ 5	854	30	25,620	256,200	1
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	322141	認知症共同生活介護Ⅱ 4	824	30	24,720	247,200	1
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	322151	認知症共同生活介護Ⅱ 5	840	30	25,200	252,000	1
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	326101	認知症対応サービス提供体制加算Ⅰ 2		300	3,600	36,000	10
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	326107	認知症対応型処遇改善加算Ⅱ		9	18,322	183,220	9
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	326108	認知症対応型処遇改善加算Ⅰ		1	2,837	28,370	1
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	326133	認知症対応型認知症専門ケア加算Ⅰ		30	90	900	1
小計	32****	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	-	-	272,919	2,729,190	31
介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	371121	予認知症共同生活介護Ⅰ 2	757	30	22,710	227,100	1
介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	376100	予認知対応サービス提供体制加算Ⅰ 1		30	540	5,400	1
介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	376108	予認知症対応型処遇改善加算Ⅰ		1	2,581	25,810	1
小計	37****	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	-	-	25,831	258,310	3
合計	-	-	-	-	298,750	2,987,500	34

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	32**** 認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	-	-	272,919	2,729,190	-
合計	37**** 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	-	-	25,831	258,310	-
総合計	-	-	-	298,750	2,987,500	-

稼動額集計表

提供年月：令和2年4月

(全請求分)

グループホーム●風

印刷日：R2/5/11

要介護2				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
5498412313	*野 京*	R2/4	32	236,124	0	0	0	0	0	26,236	0	96,900	0	359,260	
	合計	(件数計)	1	236,124	0	0	0	0	0	26,236	0	96,900	0	359,260	

要介護3				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
6542313216	*士 二*	R2/4	32	242,838	0	0	0	0	0	26,982	0	96,900	0	366,720	
9900000099	*豆 花*	R2/4	32	242,838	0	0	0	0	0	26,982	0	96,900	0	366,720	
9900000008	*治 三*	R2/4	32	242,838	0	0	0	0	0	26,982	0	96,900	0	366,720	
1575654562	*賀 三*	R2/4	32	242,838	0	0	0	0	0	26,982	0	96,900	0	366,720	
	合計	(件数計)	4	971,352	0	0	0	0	0	107,928	0	387,600	0	1,466,880	

要介護4				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
9900000007	*関 京*	R2/4	32	247,797	0	0	0	0	0	27,533	0	96,900	0	372,230	
9900000006	*南 二*	R2/4	32	255,573	0	0	0	0	0	28,397	0	97,000	0	380,970	
2800000003	*路 一*	R2/4	32	243,999	0	0	0	0	0	27,111	0	96,900	0	368,010	
	合計	(件数計)	3	747,369	0	0	0	0	0	83,041	0	290,800	0	1,121,210	

要介護5				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
9900000005	*雲 二*	R2/4	32	252,756	0	0	0	0	0	28,084	0	96,900	0	377,740	
2899990001	*路 一*	R2/4	32	248,670	0	0	0	0	0	27,630	0	92,500	0	368,800	
	合計	(件数計)	2	501,426	0	0	0	0	0	55,714	0	189,400	0	746,540	

総 合 計				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	
		提供年月	件数	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	合 計	R2/4	10	2,456,271	0	0	0	0	0	272,919	0	964,700	0	3,693,890	
	総 合 計		10	2,456,271	0	0	0	0	0	272,919	0	964,700	0	3,693,890	

介護給付費請求額一覧

請求年月：令和02年05月

グループホーム●風

印刷日：R02/05/20

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
32	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	10	272,919	2,456,271	0	272,919	0	0	0	0	0
37	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	1	25,831	232,479	0	25,831	0	0	0	0	0
事業所計		11	298,750	2,688,750	0	298,750	0	0	0	0	0
全体計		11	298,750	2,688,750	0	298,750	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 : 32

区分	件数	日数	費用額	保険負担額	公費負担額	本人負担額
282012	姫路市					
居宅系	1	30	276,300	248,670	0	27,630
計	1	30	276,300	248,670	0	27,630
462010	鹿児島市					
居宅系	9	270	2,452,890	2,207,601	0	245,289
計	9	270	2,452,890	2,207,601	0	245,289
合計						
居宅系	10	300	2,729,190	2,456,271	0	272,919
計	10	300	2,729,190	2,456,271	0	272,919

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： 認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）

印刷日：R02/05/20

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	(基本) 身体拘束未実施減算 夜間支援体制加算Ⅰ 夜間支援体制加算Ⅱ	若年性認知症受入加算 入院時費用 看取り介護加算Ⅰ 看取り介護加算Ⅱ	看取り介護加算Ⅲ 初期加算 医療連携体制加算 退居時相談支援加算	認知症専門ケア加算Ⅰ 認知症専門ケア加算Ⅱ 生活機能向上連携加算 口腔衛生管理体制加算	栄養スクリーニング加算 サービス提供体制加算 処遇改善加算等 【保険単位数】	種別	保険請求額	保険利用者負担額	公費請求額	公費本人負担額
要介護 2										
野 京	23,910	0	0	0	0	保険	236,124	26,236	0	0
5498412313	0	0	0	0	360	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	1,966	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	26,236	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 2 小計 (1 人)	23,910	0	0	0	0	保険	236,124	26,236	0	0
	0	0	0	0	360	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	1,966	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	26,236	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 3										
土 二	24,600	0	0	0	0	保険	242,838	26,982	0	0
6542313216	0	0	0	0	360	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	2,022	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	26,982	特定治療・療養	0	0	0	0
豆 花	24,600	0	0	0	0	保険	242,838	26,982	0	0
9900000099	0	0	0	0	360	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	2,022	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	26,982	特定治療・療養	0	0	0	0
治 三	24,600	0	0	0	0	保険	242,838	26,982	0	0
9900000008	0	0	0	0	360	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	2,022	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	26,982	特定治療・療養	0	0	0	0
賀 三	24,600	0	0	0	0	保険	242,838	26,982	0	0
1575654562	0	0	0	0	360	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	2,022	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	26,982	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 3 小計 (4 人)	98,400	0	0	0	0	保険	971,352	107,928	0	0
	0	0	0	0	1,440	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	8,088	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	107,928	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 4										

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： 認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)

印刷日： R02/05/20

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	(基本) 身体拘束未実施減算 夜間支援体制加算Ⅰ 夜間支援体制加算Ⅱ	若年性認知症受入加算 入院時費用 看取り介護加算Ⅰ 看取り介護加算Ⅱ	看取り介護加算Ⅲ 初期加算 医療連携体制加算 退居時相談支援加算	認知症専門ケア加算Ⅰ 認知症専門ケア加算Ⅱ 生活機能向上連携加算 口腔衛生管理体制加算	栄養スクリーニング加算 サービス提供体制加算 処遇改善加算等 【保険単位数】	種別	保険請求額	保険利用者負担額	公費請求額	公費本人負担額
* 関 京 *	25,110	0	0	0	0	保険	247,797	27,533	0	0
9900000007	0	0	0	0	360	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	2,063	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	27,533	特定治療・療養	0	0	0	0
* 南 二 *	25,110	0	0	90	0	保険	255,573	28,397	0	0
1030	0	0	0	0	360	食費	0	0	0	0
9900000006	0	0	0	0	2,837	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	28,397	特定治療・療養	0	0	0	0
* 路 一 *	24,720	0	0	0	0	保険	243,999	27,111	0	0
1012	0	0	0	0	360	食費	0	0	0	0
2800000003	0	0	0	0	2,031	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	27,111	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護4 小計	74,940	0	0	90	0	保険	747,369	83,041	0	0
(3 人)	0	0	0	0	1,080	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	6,931	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	83,041	特定治療・療養	0	0	0	0
	0	0	0	0						
要介護5										
* 雲 二 *	25,620	0	0	0	0	保険	252,756	28,084	0	0
9900000005	0	0	0	0	360	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	2,104	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	28,084	特定治療・療養	0	0	0	0
* 路 一 *	25,200	0	0	0	0	保険	248,670	27,630	0	0
2899990001 第1段階	0	0	0	0	360	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	2,070	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	27,630	特定治療・療養	0	0	0	0
	0	0	0	0						
要介護5 小計	50,820	0	0	0	0	保険	501,426	55,714	0	0
(2 人)	0	0	0	0	720	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	4,174	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	55,714	特定治療・療養	0	0	0	0
	0	0	0	0						

サービス集計一覧

提供年月： 令和02年04月 ～ 令和02年04月

サービス種類名： 認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)

印刷日： R02/05/20

氏名	(基本)	若年性認知症受入加算	看取り介護加算 3	認知症専門ケア加算 I	栄養スクリーニング加算					
利用者番号	身体拘束未実施減算	入院時費用	初期加算	認知症専門ケア加算 II	サービス提供体制加算					
被保険者番号	夜間支援体制加算 I	看取り介護加算 1	医療連携体制加算	生活機能向上連携加算	処遇改善加算等					
低所得者区分	夜間支援体制加算 II	看取り介護加算 2	退居時相談支援加算	口腔衛生管理体制加算	【保険単位数】	種別	保険請求額	保険利用者負担額	公費請求額	公費本人負担額

総合計 (10 人)	248,070	0	0	90	0	保険	2,456,271	272,919	0	0
	0	0	0	0	3,600	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	21,159	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	272,919	特定治療・療養	0	0	0	0

アセスメント

[* 国 良 *

様]

簡易アセスメント

女性 昭和14年7月29日 生

作成日 [令和 2年4月1日]

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

[* 国 良 * 様]

簡易アセスメント

女性 昭和14年7月29日 生

作成日 [令和 2年4月1日]

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

予定関係帳票

配車予定一覧

迎え送り

印刷日 令和02年4月1日 水曜日

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

週間配車予定一覧

印刷日 令和02年4月1日 水曜日

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

週間配車予定一覧

印刷日 令和02年4月1日 水曜日

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

サービス計画書

日課計画表

作成年月日 令和2年5月1日

利用者名 * 国 良 * 殿

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例
深夜	4:00						食事介護 朝食 昼食 夕食 入浴介助（曜日） 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位変換
早朝	6:00					起床（自立）	
		食事支援・見守り	介護スタッフ			朝食、洗顔	
午前	8:00						
	10:00		介護スタッフ	バイタルチェック		健康管理	
午後	12:00	食事支援・見守り	介護スタッフ	水分補給介助		昼食	
		昼寝				昼寝	
	14:00						
	16:00	入浴介助	介護スタッフ	付き添い		入浴（温泉浴）	
夜間	18:00						
		食事支援・見守り	介護スタッフ			夕食	
	20:00						
深夜		就寝					
	22:00						
	24:00						
						トイレに起床（自立）	
	2:00						
随時実施するサービス							
その他のサービス							

居宅支援経過記録

利用者氏名 * 南 二 * 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 * 玉 あや *

年月日	内 容	年月日	内 容
R02. 04. 01(水) 09:10	[担当者間連絡]		リエーションの介助
* 玉 あや *	福祉用具事業所の担当より連絡あり。		
	屋内で使用している歩行器について、家族より先日連絡があ		
	屋内で使用している歩行器について、家族より先日連絡があ		
	ったとの事。一昨日も転倒した様子で、怪我は無かったが、		
	歩行器の点検・確認に来て欲しいとの依頼を受け訪問したと		
	の事。その際、タイヤが床を滑ってしまうことで転倒につな		
	がっていると判断し、タイヤの滑りにくいタイプの機種を勧		
	め、持参したとの事。		
	現在2台置いてあり、本人へ選んでいただくようにしてあり		
	ますとの事。貸与単位については、変更なし。		
	ブレーキなどの用途が変更するため、使い勝手が変わるとの		
	こと。持参時に、移動状況などを確認したが、問題ないと判		
	断。また、長女さんへ確認してみますとの報告を受ける。		
	介護保険外にて、滑り止めの靴下の購入依頼も受けましたと		
	の事。		
R02. 04. 01(水) 14:00	[ケース記録]		
* 玉 あや *	【実施項目】		
	[清潔保持介助]		
	口腔清潔介助, 清拭介助		
	[更衣介助]		
	更衣の準備等, 更衣の見守り, 更衣動作の介助		
	[入浴介助]		
	入浴の準備、後始末, 入浴時の移乗、移動の介助, 洗身介助		
	, 洗髪介助, 部分浴介助		
	[食事等介助]		
	食事等の摂取介助, 経口流動食の実施, 経管栄養		
	[排泄]		
	排泄時の移乗、移動介助, 排泄の準備, 排尿介助, 排便介助		
	[基本動作介助]		
	体位交換介助, 移乗介助		
	[水分摂取介助]		
	水分摂取等の準備, 水分摂取等の見守り		
	[薬剤の使用]		
	服薬等の準備等, 服薬等の見守り, 服薬等の介助		
	[バイタル測定]		
	バイタルの見守り, バイタルの測定・観察		
	[レクリエーション]		
	レクリエーションの準備, レクリエーションの見守り, レク		

サービス担当者会議の要点

作成年月日 令和02年04月30日

利用者名 * 国 良 * 殿

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 * 玉 あや *

開催日 令和02年04月30日

開催場所 相談室

開催時間 09:00～11:00

開催回数 3

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
	グループホーム●風（介護支援専門員）	* 田 修 *	グループホーム●風（介護スタッフ）	* 山 夕 *	グループホーム●風（介護スタッフ）	* 風 芳 *
	グループホーム●風（介護スタッフ）	* 田山 京 *				
検討した項目	初回施設利用に伴って（要介護） 体調管理					
検討内容	1. 体調管理について 血圧について、確認する。自宅でも血圧の測定は毎日行っている。手首で測る機種のため、通常より高めに数値が計測されとの事。最近では、130前後である。心疾患についても、検査を実施し問題ないとの診断を受けている。 現在は、胸部の痛みなどもなく経過は良好である。今後も継続して、痛みの確認や血圧の計測については行っていく必要がある。血圧に関しては、130前後。少し超えることもあるが、再測にて130以内に降下する。最近では、再測することは少ない。 2. 排泄について ポータブルトイレを使用していたが、両肘の手摺やベッドの介助バーがあることから、一人でズボンの上げ下げも行っている。設置されている手摺より手を離すことが出来ず介助が必要である。今回、ポールポジショニングバーを活用し、移動の安定とズボンの上げ下げが出来るだけ、本人の力で実施できるよう設置を検討する。 3. 移動状況について 退院後、車椅子を主に移動手段として使用している。心疾患にて、車椅子での移動も介助用で対応してきたが、本人の体調も安定しており、体調の良い日には自分で移動出来るように自走用を検討してはどうかと提案する。					
結論	病院受診など用事等で利用できない場合など、曜日変更等必要に応じて調整する。入浴に関しては、本人の希望にてポールポジショニングバーを活用し実施していく。手芸など本人の状態を見て、無理のない程度に実施する。 移動状況の確認。寝台周辺や移動箇所の整理を行い、転倒防止に努める。また、居間やトイレなどを確認し、汚染時は清掃を行い転倒予防に努める。 福祉用具貸与・・・特殊寝台・寝台付属（介助バー）、手すりの利用。寝台を使用することで、起居動作など一人で行えるよう援助。歩行器の使用。自宅内での移動が一人で行えるよう使用する。歩行状態や本人の状態に応じて、機種など検討調整する。定期点検・不具合時の修理など。踵や臀部の痛みなど軽減できるよう、また褥瘡などの形成を防ぐ為、状態に合わせてマットの変更など検討調整を行っていく。					
残された課題 (次の開催時期)						

サービス担当者に対する照会（依頼）内容

作成年月日 令和02年04月30日

利用者名 *国 良* 殿

居宅サービス計画作成者（照会者）氏名 *玉 あや*

サービス担当者会議を開催しない理由
ないし会議に出席できない理由

関係者様とのスケジュールおよび開催場所の調節がつかず、書面にて失礼します。

照会（依頼）先	照会（依頼）年月日	照会（依頼）内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容
●●●病院 *丸 先生	R02/04/01	更新後の「介護サービス計画書」原案について、診療の有無、また身体的状況から入居生活の注意事項についてご意見があればお聞かせください。			

※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。

サービス計画書

作成日 [令和2年04月01日] 作成者 [* 知 小 * グループホーム●風]

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
一人で色々なことが出来るか不安（本人） 同じことを何度も話すことが増えている。認知症が進むのではないかと心配。（家族）	身の回りのことを安心して行える環境で過ごせる。	R2/4/1 ～ R2/6/30	他者の見守りにて、生活リズムが整い、不安なく日課が行える。	R2/4/1 ～ R2/4/30	本人が好きなこと、役割など出来ることを確認し、一緒に行う。	1日1時間	趣味である編み物を作る時間を作る。	
					自分で出来ることは、出来ることは自分で行う。		洗濯物をたたむ手伝いをしてもらう。	
	不安が減り、楽しみのある時間を過ごすことが出来る。	R2/4/1 ～ R2/6/30	他者と交流、季節を感じる活動へ参加ができる。	R2/4/1 ～ R2/4/30	季節を感じる行事、屋外活動への参加。本人が出来る活動を提供。（記憶力低下、認知機能低下の予防）		散歩等に連れて行く。	

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

[* 南 二 *

様]

サービス計画書

作成日 [令和2年04月01日]

グループホーム●風
作成者 [* 知 小 *]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他	評価
一人で色々なことが出来るか不安（本人） 同じことを何度も話すことが増えている。認知症が進むのではないかと心配。（家族）	身の回りのことを安心して行える環境で過ごせる。	R2/4/1 ～ R2/6/30	他者の見守りにて、生活リズムが整い、不安なく日課が行える。	R2/4/1 ～ R2/4/30	本人が好きなこと、役割など出来ることを確認し、一緒に行う。	1日1時間	趣味である編み物をさせる時間を作る。		
					自分で出来ることは、出来ることは自分で行う。		洗濯物をたたむ手伝いをしてもらう。		
	不安が減り、楽しみのある時間を過ごすことが出来る。	R2/4/1 ～ R2/6/30	他者と交流、季節を感じる活動へ参加ができる。	R2/4/1 ～ R2/4/30	季節を感じる行事、屋外活動への参加。本人が出来る活動を提供。（記憶力低下、認知機能低下の予防）		散歩等に連れて行く。		

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]

グループホーム●風
作成者 [* 知 小 *

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他	評価
一人で色々なことが出来るか不安（本人） 同じことを何度も話すことが増えている。認知症が進むのではないかと心配。（家族）	身の回りのことを安心して行える環境で過ごせる。	R2/4/1 ～ R2/6/30	他者の見守りにて、生活リズムが整い、不安なく日課が行える。	R2/4/1 ～ R2/4/30	本人が好きなこと、役割など出来ることを確認し、一緒に行う。	1日1時間	趣味である編み物をさせる時間を作る。		趣味の時間を多くとる事が出来、充実している。
					自分で出来ることは、出来ることは自分で行う。		洗濯物をたたむ手伝いをしてもらう。		洗濯物の対応は、無理なく出来た。
	不安が減り、楽しみのある時間を過ごすことが出来る。	R2/4/1 ～ R2/6/30	他者と交流、季節を感じる活動へ参加ができる。	R2/4/1 ～ R2/4/30	季節を感じる行事、屋外活動への参加。本人が出来る活動を提供。（記憶力低下、認知機能低下の予防）		散歩等に連れて行く。		散歩は2日1回程度、買い物は、動向のみ実施。

予防サービス計画書

グループホーム●風

作成日 [令和02年04月01日

] 作成者 [* 玉 あや *

]

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

[* 原 三 *

様]

予防サービス計画書

グループホーム●風

作成日 [令和02年04月01日

] 作成者 [* 玉 あや *

]

アセスメント領域 と現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての 意向 本人・家族	目標	目標についての 支援のポイント	期間	具体的なサービス内容	評価
きたものを使う。近くの娘は、身体が弱く掃除まではしてもらえない。腰痛の為、足のつめきりはデイケアで介助。										
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	友達と交流するのが楽しみです。最近耳が特に遠いので、置くタイプの補聴器を購入して人の声が聞こえるのでよかった	■有 □無 他者との交流もできているが、物忘れの自覚もあり積極的に外出や他者との交流をして脳に刺激を与えることで物忘れの進行予防になるので今後も近隣の方との交流や通所サービスでの交流促進する。								
社会的で話好きである。友人も多く、週3回午後より手芸をして楽しんでいる。難聴あるが、対面での会話はできる。物忘れで水の出っぱなし等があったが、現在は身近にタイマーを置き少ない。難聴があり、最近簡単なタイプの補聴器を使えるようになった。										

私は、この計画書に同意いたします。

印

予防サービス評価表

グループホーム●風

作成日 [令和02年04月01日]

作成者 [* 玉 あや *

]]

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

予防サービス評価表

グループホーム●風

作成日 [令和02年04月01日

] 作成者 [* 玉 あや *

]

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

(スタッフ氏名)

令和2年05月 サービス予定カレンダー

印刷日： 令和2年5月1日

玉 あや

様

グループホーム●風

日	月	火	水	木	金	土
31					1 10:00-10:30 バイタルチェック (※南 二*) 13:00-14:00 排せつ介助 (※南 二*)	2
3	4	5 10:00-11:00 バイタルチェック (※南 二*)	6	7	8 10:00-11:00 バイタルチェック (※南 二*)	9
10	11	12	13	14	15 10:00-11:00 バイタルチェック (※南 二*)	16
17	18	19	20	21	22 10:00-11:00 バイタルチェック (※南 二*)	23
24	25	26	27	28	29 10:00-11:00 バイタルチェック (※南 二*)	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				利用者及び家族の 生活に対する意向	本人：今の生活を維持して穏やかに過ごせ たら良い。あまり子供の負担になりたくない。
		④				⑤				⑥					
状況の事実 ※1		現在 ※2				要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4			備考(状況・支援内容等)					
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化	入居中の他の利用者とのコミュニケ ーションがとれない。サービスと家 族の見守りにより何とか維持されて いる。					
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
食事	食事内容	支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	利き腕麻痺	改善	維持	悪化						
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助	利き腕麻痺	改善	維持	悪化						
排泄	排尿・排便	支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化						
口腔	口腔衛生	支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化						
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
整理・物品の管理		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
買物		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化						
コミュニケーション能力		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
認知		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
社会との関わり		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
褥瘡・皮膚の問題		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
行動・心理症状(BPSD)		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
介護力(家族関係含む)		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
居住環境		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化						
							改善	維持	悪化						

見通し ※5		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
現状の生活は維持できると 思われるが、認知度の進行 状況には気を配る必要があ る。		認知度の状況確認	
		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している要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

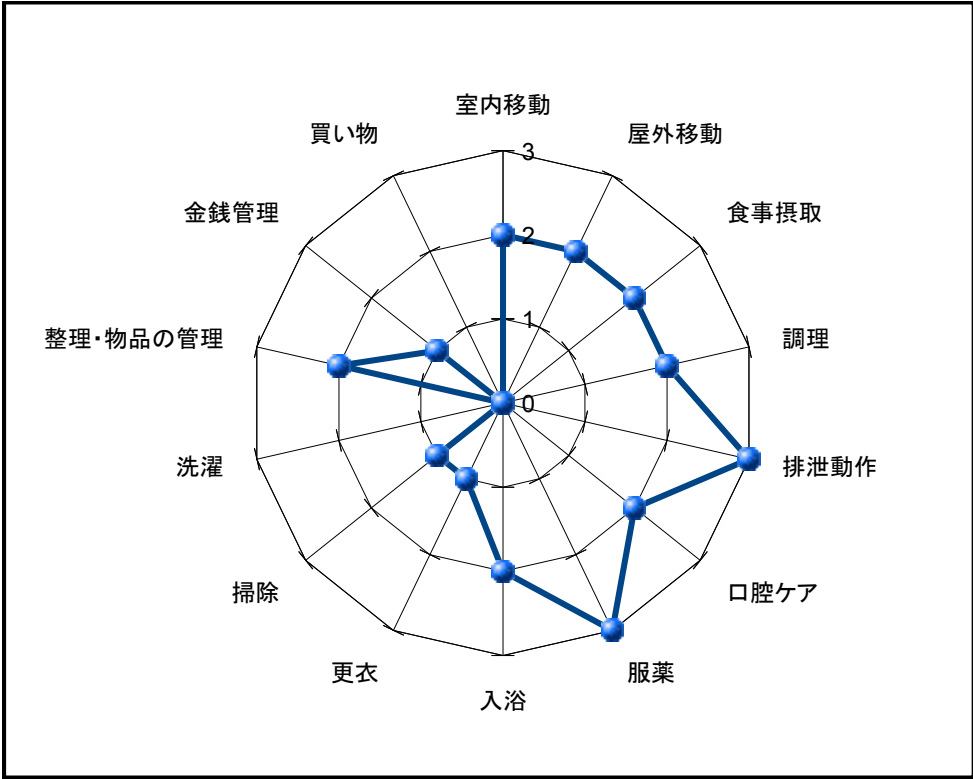
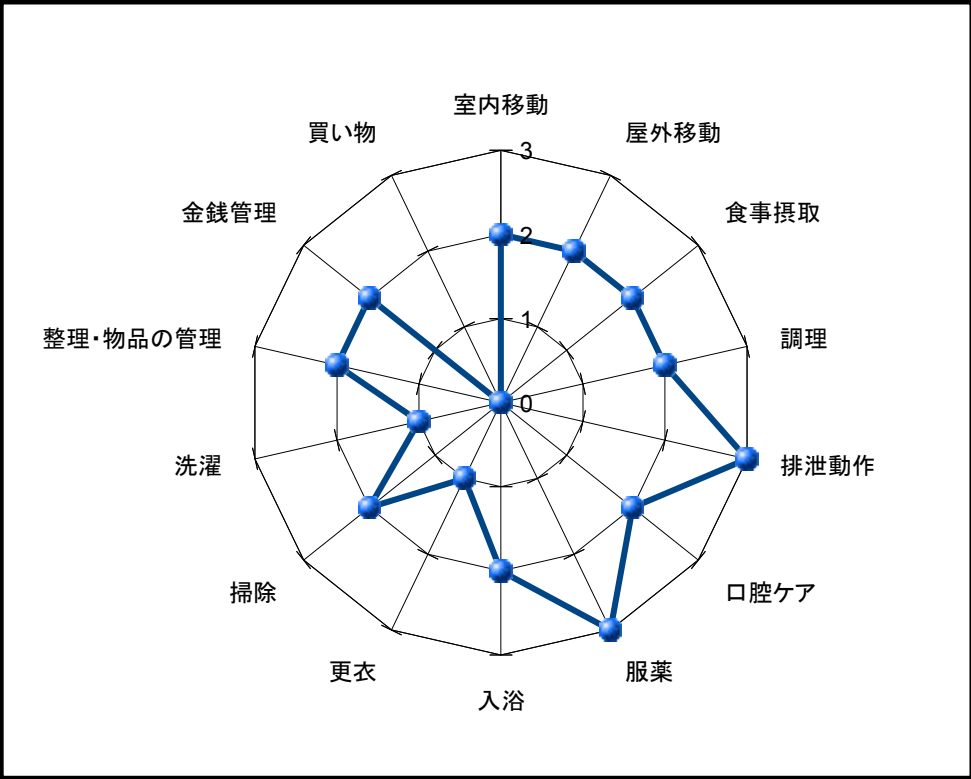
※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

ADLチャート

氏名: *国 良* 年齢: 80 歳 性別: (男 ・ 女)

■今回 記録日:R02/4/30

■前回 記録日:R02/1/30



<合計> 26

ADL項目	値	ADL項目	値
室内移動	2	入浴	2
屋外移動	2	更衣	1
食事摂取	2	掃除	2
調理	2	洗濯	1
排泄動作	3	整理・物品の管理	2
口腔ケア	2	金銭管理	2
服薬	3	買い物	0

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

<合計> 23

ADL項目	値	ADL項目	値
室内移動	2	入浴	2
屋外移動	2	更衣	1
食事摂取	2	掃除	1
調理	2	洗濯	0
排泄動作	3	整理・物品の管理	2
口腔ケア	2	金銭管理	1
服薬	3	買い物	0

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

ケアプラン作成状況

担当者：* 玉 あや *

印刷日：令和2年6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		* 玉 花 *	要支援 1	R02. 12. 31	R02. 03. 25 CCP	R02. 04. 01	○	○	○	R02. 03. 30	R02. 03. 29	R02. 06. 30		
2		* 一 *	要介護 3	R02. 12. 31	R02. 03. 26 CCP	R02. 04. 01	○	○	○	R02. 03. 30	R02. 03. 29	R02. 06. 30		
3	1027	* 田 花 *	要支援 2	R03. 03. 31	R02. 03. 27 CCP	R02. 04. 01	○	○	○	R02. 03. 30	R02. 03. 29	R02. 06. 30		
4		* 上 義 *	要介護 2	R02. 04. 30	R02. 03. 28 CCP	R02. 04. 01	○	○	○	R02. 03. 30	R02. 03. 29	R02. 06. 30		
5		* 浜 一 *	要介護 2	R02. 05. 31	R02. 03. 29 CCP	R02. 04. 01	○	○	○	R02. 03. 30	R02. 03. 29	R02. 06. 30		
6		* 野 合 *	要支援 1	R02. 04. 30	R02. 03. 30 CCP	R02. 04. 01	○	○	○	R02. 03. 30	R02. 03. 29	R02. 06. 30		
7	1026	* 松 二 *	要介護 2	R03. 12. 31	R02. 03. 31 CCP	R02. 04. 01	○	○	○	R02. 03. 30	R02. 03. 29	R02. 06. 30		

業務帳票

■掲示板

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

891-0115

* 南 二 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町X番地X - 1

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 南 二 * 様

発行日 令和2年5月10日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

グループホーム●風

管理者：* 松 吉 *

TEL : 099-XXX-XXXX

領收書

請求書番号 31 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			
28,397	28,397					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 28,397	②	③ 97,000	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

領収金額	125,397 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	0 円	<table><tr><td>前月までの未収額</td><td>0 円</td></tr><tr><td>合計請求額</td><td>125,397 円</td></tr></table>	前月までの未収額	0 円	合計請求額	125,397 円
前月までの未収額	0 円					
合計請求額	125,397 円					

保 險 分

自費分

[illegible]

※備考

■様式B A4

請求書

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X番地X - 1

利用者番号1030

*南 二*様 氏 名

*南 二*様

請求金額 125,397 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	28,397	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	28,397	保険分金額合計	
保険外金額②		保険分利用者負担④	
減免金額③			
その他費用合計	97,000	医療費控除 対象金額	0 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
認知症共同生活介護 I 4	837	30		
認知症対応サービス提供体制加算 I 2	12	30		
認知症対応型処遇改善加算 I	2,837	1		
認知症対応型認知症専門ケア加算 I	3	30		
共用費	100	1		100
朝食代	300	30		9,000
昼食代	200	30		6,000
夕食代	530	30		15,900
家賃B	66,000	1		66,000

*・・・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	125,397

発行日 令和2年5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 31

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

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

請求書 (控)

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X番地X - 1

利用者番号1030

*南 二*様 氏 名

*南 二*様

請求金額 125,397 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	28,397	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	28,397	保険分金額合計	
保険外金額②		保険分利用者負担④	
減免金額③			
その他費用合計	97,000	医療費控除 対象金額	0 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
認知症共同生活介護 I 4	837	30		
認知症対応サービス提供体制加算 I 2	12	30		
認知症対応型処遇改善加算 I	2,837	1		
認知症対応型認知症専門ケア加算 I	3	30		
共用費	100	1		100
朝食代	300	30		9,000
昼食代	200	30		6,000
夕食代	530	30		15,900
家賃B	66,000	1		66,000

*・・・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	125,397

発行日 令和2年5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 31

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

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

■様式B A4

領収書

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X番地X - 1

利用者番号1030

*南 二*様 氏 名

*南 二*様

領収金額 125,397 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	28,397	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	28,397	保険分金額合計	
保険外金額②		保険分利用者負担④	
減免金額③			
その他費用合計	97,000	医療費控除 対象金額	0 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
認知症共同生活介護 I 4	837	30		
認知症対応サービス提供体制加算 I 2	12	30		
認知症対応型処遇改善加算 I	2,837	1		
認知症対応型認知症専門ケア加算 I	3	30		
共用費	100	1		100
朝食代	300	30		9,000
昼食代	200	30		6,000
夕食代	530	30		15,900
家賃B	66,000	1		66,000

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

入金日 令和2年5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 31

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

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

領収印

領収書 (控)

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X番地X - 1

利用者番号1030

*南 二*様 氏 名

*南 二*様

領収金額 125,397 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	28,397	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	28,397	保険分金額合計	
保険外金額②		保険分利用者負担④	
減免金額③			
その他費用合計	97,000	医療費控除 対象金額	0 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
認知症共同生活介護 I 4	837	30		
認知症対応サービス提供体制加算 I 2	12	30		
認知症対応型処遇改善加算 I	2,837	1		
認知症対応型認知症専門ケア加算 I	3	30		
共用費	100	1		100
朝食代	300	30		9,000
昼食代	200	30		6,000
夕食代	530	30		15,900
家賃B	66,000	1		66,000

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

入金日 令和2年5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 31

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

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

居宅介護支援事業所

居宅介護支援事業所

■様式D A5

利用者番号 1030

領収書（控）

＊南 二＊ 様

入金日 令和2年5月10日

ご利用期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

領収金額	特定点数※1
125,397	
(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 31

医療費控除 対象金額	減免金額

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
認知症共同生活介護 I 4	837	30
認知症対応サービス提供体制加算 I 2	12	30
認知症対応型処遇改善加算 I	2,837	1
認知症対応型認知症専門ケア加算 I	3	30

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
共用費	100	1		100
朝食代	300	30		9,000
昼食代	200	30		6,000
夕食代	530	30		15,900
家賃B	66,000	1		66,000

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

■様式 E A5

請求書

利用者番号 1030
* 南 二 * 様
請求日 令和2年5月10日

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X番地X - 1
* 南 二 * 様

請求金額	
125,397	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	
①の合計	
前月までの未収額	0
合計請求額	125,397

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	28,397	
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	97,000	
		食費居住費

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

[請求明細]				[請求明細]			
認知症対応型共同生活[ご利用期間:1日~30日]							
認知症共同生活介護 I 4	30	×	837				
認知症対応サービス提供体制加算 I 2	30	×	12				
認知症対応型処遇改善加算 I	1	×	2,837				
認知症対応型認知症専門ケア加算 I	30	×	3				
その他費用 認知症対応型共同生活[ご利用期間:1日~30日]							
共用費	1	×	100				
朝食代	30	×	300				
昼食代	30	×	200				
夕食代	30	×	530				
家賃B	1	×	66,000				

■様式 E A5

領収書

利用者番号 1030
* 南 二 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X 番地 X - 1

請求日 令和2年5月10日

* 南 二 * 様

請求金額	
125,397	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	
①の合計	
前月までの未収額	0
合計請求額	125,397

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	28,397	
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	97,000	
		食費居住費

領収印

令和2年4月 のご利用日

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

[請求明細]			
認知症対応型共同生活[ご利用期間:1日~30日] 計: 28,397			
認知症共同生活介護 I 4	30	×	837
認知症対応サービス提供体制加算 I 2	30	×	12
認知症対応型処遇改善加算 I	1	×	2,837
認知症対応型認知症専門ケア加算 I	30	×	3
その他費用 認知症対応型共同生活[ご利用期間:1日~30日] 計: 97,000			
共用費	1	×	100
朝食代	30	×	300
昼食代	30	×	200
夕食代	30	×	530
家賃B	1	×	66,000

[請求明細]	

居宅介護支援事業所

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

■様式 E A5

請求書（控）

利用者番号 1030
* 南 二 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X 番地 X - 1

入金日 令和2年5月10日

* 南 二 * 様

請 求 金 額
125,397
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領 収 金 額
125,397

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	28,397	
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	97,000	
		食費居住費

令和2年4月 のご利用日

日 月 火 水 木 金 土

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

[請求明細]				[請求明細]			
認知症対応型共同生活[ご利用期間:1日~30日]							
認知症共同生活介護 I 4	30	×	837				
認知症対応サービス提供体制加算 I 2	30	×	12				
認知症対応型処遇改善加算 I	1	×	2,837				
認知症対応型認知症専門ケア加算 I	30	×	3				
その他費用 認知症対応型共同生活[ご利用期間:1日~30日]	計: 97,000						
共用費	1	×	100				
朝食代	30	×	300				
昼食代	30	×	200				
夕食代	30	×	530				
家賃B	1	×	66,000				

■様式 E A5

領収書（控）

利用者番号 1030
* 南 二 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X 番地 X - 1
* 南 二 * 様

請求金額
125,397
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領収金額
125,397

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	28,397	
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	97,000	
		食費居住費

領収印

令和2年4月 のご利用日

日 月 火 水 木 金 土

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

[請求明細]				[請求明細]			
認知症対応型共同生活[ご利用期間:1日~30日]							
認知症共同生活介護 I 4	30	×	837				
認知症対応サービス提供体制加算 I 2	30	×	12				
認知症対応型処遇改善加算 I	1	×	2,837				
認知症対応型認知症専門ケア加算 I	30	×	3				
その他費用 認知症対応型共同生活[ご利用期間:1日~30日]							
共用費	1	×	100				
朝食代	30	×	300				
昼食代	30	×	200				
夕食代	30	×	530				
家賃B	1	×	66,000				

■様式 F A5

請求書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X番地X - 1

利用者番号 1030

＊南 二＊ 様 氏 名 ＊南 二＊ 様

請求金額 125,397 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	28,397
保険内金額①	28,397
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	97,000
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0 円
---------------	-----

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
認知症共同生活介護 I 4	837	30		
認知症対応サービス提供体制加算 I 2	12	30		
認知症対応型処遇改善加算 I	2,837	1		
認知症対応型認知症専門ケア加算 I	3	30		
共用費	100	1		100
朝食代	300	30		9,000
昼食代	200	30		6,000
夕食代	530	30		15,900
家賃B	66,000	1		66,000

※備考

前月までの未収額	0
合計請求額	125,397

発行日 令和2年5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 31

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
⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

居宅介護支援事業所

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

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

■様式 F A5

領収書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X番地X - 1

利用者番号 1030

＊南 二＊ 様 氏 名 ＊南 二＊ 様

領収金額 125,397 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	28,397
保険内金額①	28,397
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	97,000
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0 円
---------------	-----

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
認知症共同生活介護 I 4	837	30		
認知症対応サービス提供体制加算 I 2	12	30		
認知症対応型処遇改善加算 I	2,837	1		
認知症対応型認知症専門ケア加算 I	3	30		
共用費	100	1		100
朝食代	300	30		9,000
昼食代	200	30		6,000
夕食代	530	30		15,900
家賃B	66,000	1		66,000

※備考

前月までの未収額	0
合計請求額	125,397

発行日 令和2年5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 31

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
⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

居宅介護支援事業所

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

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

■様式 F A5

請求書（控）

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X番地X - 1

利用者番号 1030

※南 二※ 様 氏 名 ※南 二※ 様

請求金額 125,397 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	28,397
保険内金額①	28,397
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	97,000
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0 円
---------------	-----

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
認知症共同生活介護 I 4	837	30		
認知症対応サービス提供体制加算 I 2	12	30		
認知症対応型処遇改善加算 I	2,837	1		
認知症対応型認知症専門ケア加算 I	3	30		
共用費	100	1		100
朝食代	300	30		9,000
昼食代	200	30		6,000
夕食代	530	30		15,900
家賃B	66,000	1		66,000

※備考

入金日 令和2年5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 31

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
⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

居宅介護支援事業所

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

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

■様式 F A5

領収書（控）

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X番地X - 1

利用者番号 1030

＊南 二＊ 様 氏 名 ＊南 二＊ 様

領収金額 125,397 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	28,397
保険内金額①	28,397
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	97,000
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0 円
---------------	-----

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
認知症共同生活介護 I 4	837	30		
認知症対応サービス提供体制加算 I 2	12	30		
認知症対応型処遇改善加算 I	2,837	1		
認知症対応型認知症専門ケア加算 I	3	30		
共用費	100	1		100
朝食代	300	30		9,000
昼食代	200	30		6,000
夕食代	530	30		15,900
家賃B	66,000	1		66,000

※備考

入金日 令和2年5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 31

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
⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

居宅介護支援事業所

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

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

納入通知書
(納付書)
領収書

番号		納入者	*南 二*	様
令和2年度収入				
金 額		125, 397 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
納 入 場 所		グループホーム●風		
認知症対応型共同生活 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月10日		
上記の金額を納入してください XXXX会XXX XXXX会XXX所長 XXX XXXX				
上記の金額を領収しました				領収印

納 入 書

番号		納入者	*南 二*	納
令和2年度収入				
金 額		125, 397 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
納付金の内容 認知症対応型共同生活 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月10日		
上記の金額を納入してください (株)XXX銀行XXX支店 御中				
預金口座 XXX銀行 XX支店 普通預金 No. XXX 口座名義人 XXXX法人 XXXXXXXX 理事長				収納印

収 入 済 通 知 書

番号		納入者	*南 二*	納
令和2年度収入				
金 額		125, 397 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
収入金の内容 (納付金) 認知症対応型共同生活 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月10日		
上記の金額を収納しました XXXX会XXX出納員殿				
預金口座 XXX銀行 XX支店 普通預金 No. XXX				収納印

業務日誌

		施設長	事務長	主任	担当

グループホーム●風

令和2年4月1日(水)	天 気	晴れ	作成者	* 玉 あや *	
入所	12 名 (男性	6 名、女性	6 名)		
入院	0 名	外泊	0 名	通院	0 名
往診	0 名	面会	1 名		
見学	2 名				
勤務者 人					
行事 担当者会議					
要注意・観察者 * 雲 二 * (排便)、* 田 花 * (排便)、* 豆 花 * (排便)、* 南 二 * (最低血圧)					
利用者	申し送り内容				
* 南 二 *	服薬変更				
特記事項 利用者 XX様 本日より、服薬変更です。 薬名 xxx→xxx					
外出	2 名 * 豆 花 *, * 雲 二 *				
要注意・観察者 (夜勤)					
利用者	申し送り内容 (夜勤)				
* 南 二 *	服薬変更				
特記事項 (夜勤) 利用者 XX様 本日より、服薬変更です。 薬名 xxx→xxx					
* 玉 あや * (4人)					
* 玉 あや *	* 玉 あや *, * 崎 六 *, * 手 れん *, * 良 林 *				

入所者数（介護度別）										
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	左記以外	合計	
男	0	0	0	0	2	2	1	1	6	
女	0	2	0	1	1	1	1	0	6	
計	0	2	0	1	3	3	2	1	12	

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
野 京	入			
治 三	外			

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

入所ケア項目ケア内容別男女別集計				
ケア項目	ケア内容	男	女	合計
清潔保持介助	洗顔介助	1	0	1
清潔保持介助	口腔清潔介助	2	0	2
清潔保持介助	清拭介助	1	0	1

清潔保持介助	整容介助	0	0	0
更衣介助	更衣の準備等	2	0	2
更衣介助	更衣の見守り	2	0	2
更衣介助	更衣動作の介助	2	0	2
入浴介助	入浴の準備、後始末	1	0	1
入浴介助	入浴時の移乗、移動の介助	1	0	1
入浴介助	洗身介助	1	0	1
入浴介助	洗髪介助	1	0	1
入浴介助	部分浴介助	1	0	1
入浴介助	機械浴	0	0	0
入浴介助	薬浴	0	0	0
食事等介助	食事等の摂取介助	2	0	2
食事等介助	経口流動食の実施	1	0	1
食事等介助	経管栄養	1	0	1
排泄	排泄時の移乗、移動介助	2	0	2
排泄	排泄の準備	2	0	2
排泄	排尿介助	1	0	1
排泄	排便介助	1	0	1
排泄	おむつ交換	1	0	1
基本動作介助	体位交換介助	1	0	1
基本動作介助	起居介助	1	0	1
基本動作介助	移乗介助	1	0	1
基本動作介助	移動介助	0	0	0
水分摂取介助	水分摂取等の準備	2	0	2
水分摂取介助	水分摂取等の見守り	2	0	2
水分摂取介助	水分摂取動作の介助	1	0	1
リハビリの実施	リハビリの実施	0	0	0
薬剤の使用	服薬等の準備等	2	0	2
薬剤の使用	服薬等の見守り	2	0	2
薬剤の使用	服薬等の介助	2	0	2
バイタル測定	バイタルの見守り	2	0	2
バイタル測定	バイタルの測定・観察	2	0	2
レクリエーション	レクリエーションの準備	1	0	1
レクリエーション	レクリエーションの見守り	1	0	1
レクリエーション	レクリエーションの介助	1	0	1
入所送迎人数 迎え 1 名 送り 1 名				
入所送迎利用者				
迎え	* 路 ー *			
送り	* 路 ー *			

業務日誌（日勤）

		施設長	事務長	主任	担当

グループホーム●風

令和2年4月1日(水)	天 気	晴れ	作成者	* 玉 あや *	
在所	12 名 (男性	6 名、女性	6 名)		
入院	0 名	外泊	0 名	通院	0 名
見学	2 名			往診	0 名
面会					1 名
勤務者	人				
行事					
担当者会議					
要注意・観察者					
* 雲 二 * (排便)、* 田 花 * (排便)、* 豆 花 * (排便)、* 南 二 * (最低血圧)					
利用者	申し送り内容				
* 南 二 *	服薬変更				
特記事項					
利用者 × × 様 本日より、服薬変更です。					
薬名 × × × → × × ×					
外出 2 名					
* 豆 花 *, * 雲 二 *					
* 玉 あや * (4人)					
* 玉 あや *	* 玉 あや *, * 崎 六 *, * 手 れん *, * 良 林 *				

業務日誌（夜勤）

		施設長	事務長	主任	担当

グループホーム●風

令和2年4月1日(水)	天 気	晴れ	作成者	* 京 一 *					
在所	12 名 (男性	6 名、女性	6 名)						
入院	0 名	外泊	0 名	通院	0 名	往診	0 名	面会	1 名
見学	2 名								
勤務者	人								
行事									
担当者会議									
外出	2 名								
* 豆 花 *, * 雲 二 *									
要注意・観察者（夜勤）									
利用者	申し送り内容（夜勤）								
* 南 二 *	服薬変更								
特記事項（夜勤）									
利用者 × × 様 本日より、服薬変更です。 薬名 × × × → × × ×									
* 玉 あや * (4人)									
* 玉 あや *	* 玉 あや *, * 崎 六 *, * 手 れん *, * 良 林 *								

相談記録(利用希望を含む)

利用者氏名 * 国 良 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

苦情記録

利用者氏名 * 国 良 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

ヒヤリ・ハット記録

利用者氏名 * 国 良 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

アクシデントレポート（事故報告書）

報告日 令和2年4月11日（木）

1 サービス事業者の概要

法人名	医療法人 ●●会	報告者名	* 玉 あや *	(職種 社会福祉士)
事業所名	グループホーム●風	管理者名	* 阜 梅 *	
事業所住所	鹿児島県鹿児島市池之上町 X X X X 番地			
電話番号	099-XXX-XXXX	FAX番号		

2 利用者の状況

氏名	* 石 京 *	保険者名	北区	被保険者番号	00XXXXXXXX
生年月日	昭和14年6月16日 (80 歳)	性別	男 ・ 女	要介護度	要介護 4
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4				
利用者の生活状況	認知症対応型生活介護 入居中				
認知症の状況	I	影響レベル	レベル1		

3 事故の概要

発生日時	令和2年4月1日（水）10時00分		
発生場所	食堂		
事故の内容	転倒、その他、頭から転倒、意識なし		
発生時の状況	椅子から立ち上がる時、転倒		
事故発生時の対応・経過			
年月日	時刻	状況と対応	反応
R2/4/1	10:00	すぐ救急車を呼ぶ、家族へ報告	意識なし、脈あり
R2/4/1	10:20	救急者へ同乗	呼びかけにも反応なし
R2/4/1	10:35	病院到着、看護師へ状況説明	
R2/4/1	11:30	安静必要の診断結果	意識は取り戻された
R2/4/1	11:49	家族へ報告	
発生要因・原因と思われるもの	利用者、職員、体調について、十分な把握が出来ていなかった。		

4 事故発生後の対応

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

アクシデントレポート（事故報告書）

報告日 令和2年4月11日（木）

[illegible]

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

インシデントレポート

報告日 令和2年4月15日（水）

1 サービス事業者の概要

法人名	医療法人 ●●会	報告者名	* 玉 あや *	(職種 社会福祉士)
事業所名	グループホーム●風	管理者名	* 阜 梅 *	
事業所住所	鹿児島県鹿児島市池之上町 X X X X 番地			
電話番号	099-XXX-XXXX	FAX番号		

2 利用者の状況

氏名	* 石 京 *	保険者名	北区	被保険者番号	002XXXXXXX
生年月日	昭和14年6月16日 (80 歳)	性別	男 ・ 女	要介護度	要介護 4
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4				
利用者の生活状況	認知症対応型生活介護 入居中				
認知症の状況	I	影響レベル	レベル1		

3 事故の概要

発生日時	令和2年4月7日（火）13時30分		
発生場所	食堂		
事故の内容	転倒、打撲・捻挫・脱臼、異食・誤嚥、左手首の打撲		
発生時の状況	椅子から立ち上がる際に転倒し、手首を負傷		
事故発生時の対応・経過			
年月日	時刻	状況と対応	反応
R2/4/7	13:30	転倒による手首打撲、家族へ報告	物が掴めない
R2/4/7	13:40	病院まで同行	
R2/4/7	13:50	看護師へ状況説明、診察	手首の腫れあり
R2/4/7	14:00	診察完了、家族へ報告	骨に異常なし、痛みのみ
R2/4/7	14:12	担当ケアマネに報告	対応策について、調整
発生要因・原因と思われるもの	利用者、職員、何かに掴まらなないと立ち上がれなくなっている。利用者状態の把握ミス		

4 事故発生後の対応

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

インシデントレポート

報告日 令和2年4月15日（水）

[illegible]

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

ご自宅に戻られるご利用者様へ

＊南 二＊ 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》		平成25年2月28日～
①頻尿の為、1日8～9回の排尿介助を要する。		
②排せつに関する注意事項、下記の通り。		

項目	ご自宅での留意点	記載者
食事や水分補給について	普通、UDF等の食形態区分については容易に噛めます。	＊玉 あや＊
睡眠や休息について	良好、睡眠剤使用なし	＊玉 あや＊
入浴や整容について	シャワー浴	＊京 一＊
排泄に関する ことについて	トイレ、Pトイレ利用、カテーテル・パウチ（パルーンカテーテル留置）	＊城 九＊
運動や移動について	車椅子	＊城 九＊
健康管理について	廃用性症候群により、移動の際に転倒の危険性がある。	＊玉 あや＊

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 ＊玉 あや＊
説明実施日 令和2年4月30日

事務長	主任	担当

グループホーム●風

■事業所ラベル

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

介護老人保健施設 ●苑

御中

899-01

鹿児島県鹿児島市鴨池新町×××番地

介護老人保健施設 ●苑

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

介護老人保健施設 ●苑

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

グループホーム●風

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

グループホーム●風

御中

899-0121

鹿児島県出水市米ノ津町×××番地

ケアセンター「み●●」

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

地域密着ケアハウス ●風

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

小規模多機能 い●●

御中

890-0073

鹿児島県鹿児島市宇宿×××番地

センチュリー ●●台

御中

処方箋

利用者番号: 1024

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

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

会議名	認知症対応		司会者	* 玉 あや *
			記録者	* 知 小 *
作成日	令和03年04月01日			
開催日時	令和03年04月01日 10:00 ~ 12:00			
カンファレンス出席者	* 京 一 * (介護職員)、* 阪 太 * (介護職員)、* 良 林 * (看護師)			
利用者 基本情報	氏名	* 吉 花 * 様		
	介護度			

【各職種からのコメント】

1	看護師 パーキンソン病を患われており、反復動作や食行動の異常あり
2	介護職員 スプーン・ティッシュやマスクなどに拘りあり。 職員の姿が見えると、色々問いかけてくる。
3	介護職員 食堂や談話室など他社と関わる場所では落ち着かないが、居室内では静かに過ごしてらっしゃる。

【特記事項】

食事のスピードが速い、徘徊・放尿も見受けられる。

【利用継続】 ☒ 可 ☐ 否 検討

--

その他

- 利用者台帳 カスタマイズ運用例

診療録

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

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

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

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

《基本情報》

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

《緊急時情報》

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

《保険情報》

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

《自立度・現状・住環境・経済状況》

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

《生活状況》

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

《現病歴・既往歴情報》

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

《処方薬》

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

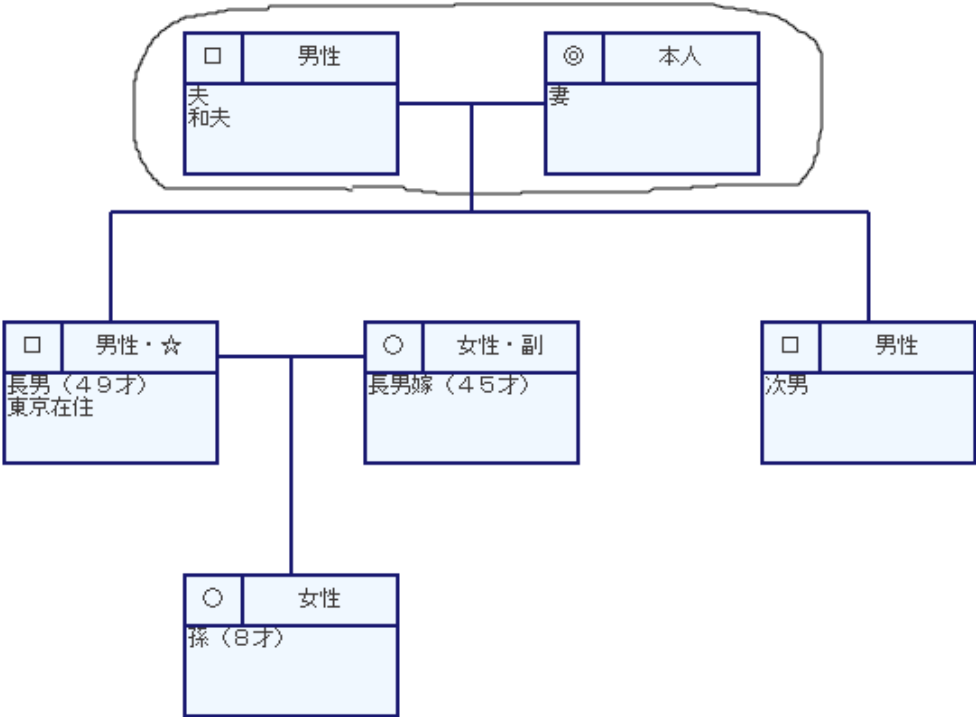
《ADL・IADL》

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

家族構成図

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

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



《家族情報》

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

《基本情報》

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

《緊急時情報》

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

《保険情報》

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

《自立度・現状・住環境・経済状況》

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

《利用サービス情報》

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

《家族情報》

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

《生活状況》

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

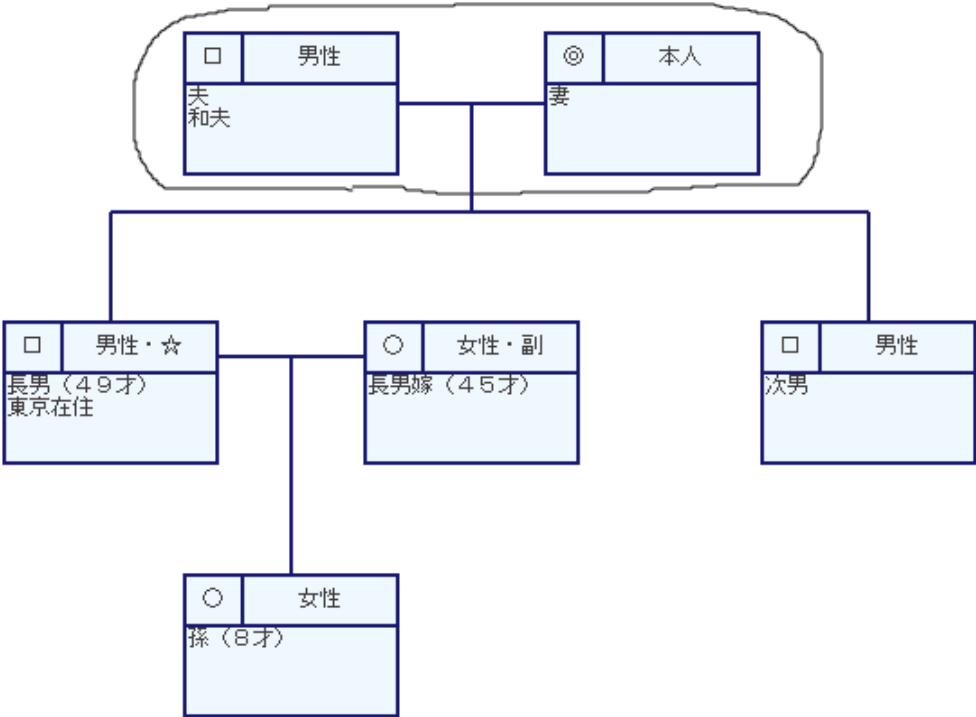
《現病歴・既往歴情報》

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

家族構成図

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

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



《家族情報》

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

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

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

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

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

介護トータルシステム『寿』
グループホームサービス 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月