

介護トータルシステム『寿』

特定施設サービス



帳票サンプル

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
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(様式第六の三)
サービス提供証明書(様式第六の三)
レセプト一覧
介護度別サービスコード別請求額一覧／サービスコード別請求額一覧
稼動額集計表
介護給付費請求額一覧
保険者別請求額一覧
サービス集計一覧

■アセスメント■

簡易アセスメント

■サービス計画書■

日課計画表
居宅支援経過記録
サービス担当者会議の要点
サービス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
外部サービス利用票・別表
外部サービス提供票・別表
課題整理総括表／ADLチャート
ケアプラン作成状況

目 次

■運動器機能向上計画■

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

■個別機能訓練計画■

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

■業務帳票■

掲示板
利用料請求書（様式A-F）
納付書
業務日誌
相談記録（利用希望を含む）
苦情記録
ヒヤリ・ハット記録
アクシデントレポート（事故報告書）
インシデントレポート
事業所住所ラベル
処方箋
カンファレンス議事録

■その他■

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

利用者関係帳票

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《基本情報》			
フリガナ 本人氏名	*カシ キョウ*	男・ <input checked="" type="radio"/> 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	入所系のサービスを、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			友人・地域との関係			
	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			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	
				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XXX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	

利用者台帳

《ADL・IADL》

	項目名	評価	備考
ADL	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。

	名称	日付	コメント
福祉サービス等	ふれあい会食事業	R02/04/01	

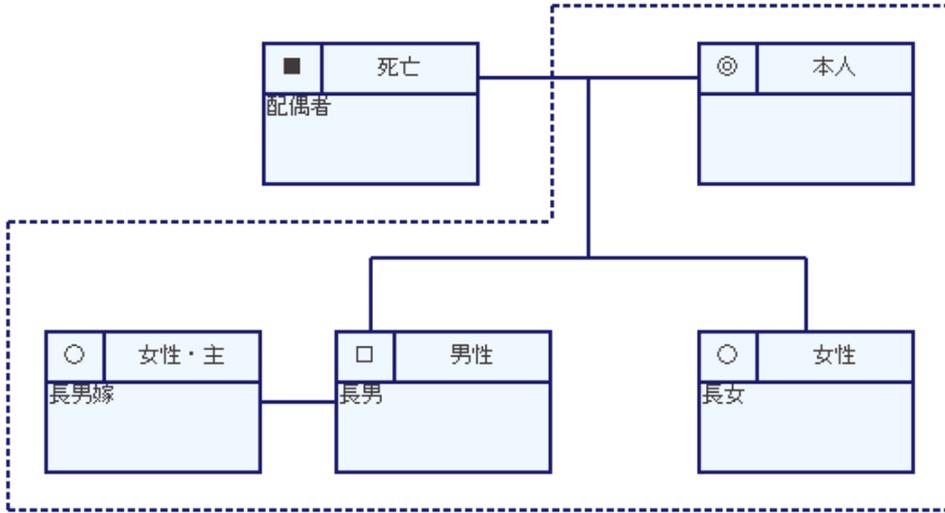
《主治医》

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

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
イシ 一	S39/09/10	男	長男	連絡する	副介護者	099-XXX-XXXX	同居	公務員
イシ 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*	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~	

【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

有料老人ホーム ●風

【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

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 治 一 *
(* 治 一 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 城 三 *
(* 城 三 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 城 良 *
(* 城 良 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 川 花 *
(* 川 花 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 子 三 *
(* 子 三 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 谷 良 *
(* 谷 良 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 路 良 *
(* 路 良 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 路 りさ *
(* 路 りさ *) 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1

* 国 良 *
(* 国 良 *) 様
様分)

891-0141
鹿児島市谷山XX丁目XXXX番地

* 戸 京 *
(* 戸 京 *) 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 戸 二 *
(* 戸 二 *) 様
様分)

主治医意見書

国良

記入日

令和2年04月01日

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

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
 主治医として、本意見書が介護サービス計画書作成等に利用されることに 同意する。 同意しない。

医師氏名 ※村 陽※

医療機関名 南●●クリニック 電話 099-XXX-XXXX

医療機関所在地 鹿児島市東開町XXX番地 FAX 099-XXX-XXXX

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

1. 傷病に関する意見

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

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

(2)症状としての安定性 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	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスプレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3. 心身の状態に関する意見

(1)日常生活の自立度等について

- ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 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) (該当する項目全てにチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

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 〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1 *国良* 女 昭和14年07月29日 生 (80 歳) 連絡先 099-XXX-XXXX 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 □ 具体的要求に限られる □ 伝えられない

(3)認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む) □ 無 ■ 有 □ 幻視・幻聴 □ 妄想 □ 昼夜逆転 □ 暴言 □ 暴行 □ 介護への抵抗 □ 徘徊 ■ 火の不始末 □ 不潔行為 □ 異食行動 □ 性的問題行動 □ その他()

(4)その他の精神・神経症状 □ 無 □ 有 [症状名: 専門医受診の有無 □ 有 () □ 無]

(5)身体の状態 利き腕(■ 右 □ 左) 身長= 150 cm 体重= 41 kg (過去6ヶ月の体重の変化 □ 増加 ■ 維持 □ 減少) □ 四肢欠損 (部位:) ■ 麻痺 ■ 右上肢(程度: ■ 軽 □ 中 □ 重) □ 左上肢(程度: □ 軽 □ 中 □ 重) ■ 右下肢(程度: ■ 軽 □ 中 □ 重) □ 左下肢(程度: □ 軽 □ 中 □ 重) □ その他(部位: 程度: □ 軽 □ 中 □ 重) ■ 筋力の低下 (部位: 右下肢 程度: ■ 軽 □ 中 □ 重) □ 関節の拘縮 (部位: 程度: □ 軽 □ 中 □ 重) □ 関節の痛み (部位: 程度: □ 軽 □ 中 □ 重) □ 失調・不随意運動 ・上肢 □ 右 □ 左 ・下肢 □ 右 □ 左 ・体幹 □ 右 □ 左 □ 褥瘡 (部位: 程度: □ 軽 □ 中 □ 重) □ その他の皮膚疾患(部位: 程度: □ 軽 □ 中 □ 重)

4.生活機能とサービスに関する意見

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

(2)栄養・食生活 食事行為 ■ 自立ないし何とか自分で食べられる □ 全面介助 現在の栄養状態 ■ 良好 □ 不良 → 栄養・食生活上の留意点 (塩分の採り過ぎに注意が必要である。)

(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 □ 尿失禁 □ 転倒・骨折 □ 移動能力の低下 □ 褥瘡 □ 心肺機能の低下 □ 閉じこもり □ 意欲低下 □ 徘徊 □ 低栄養 □ 摂食・嚥下機能低下 □ 脱水 □ 易感染性 □ がん等による疼痛 □ その他() → 対処方針 ()

(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し ■ 期待できる □ 期待できない □ 不明

(5)医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。) □ 訪問診療 □ 訪問看護 □ 訪問歯科診療 □ 訪問薬剤管理指導 □ 訪問リハビリテーション □ 短期入所療養介護 □ 訪問歯科衛生指導 □ 訪問栄養食事指導 ■ 通所リハビリテーション □ その他の医療系サービス()

(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項 ・血圧 □ 特になし ■ あり (食事の管理) ・移動 ■ 特になし □ あり () ・摂食 ■ 特になし □ あり () ・運動 ■ 特になし □ あり () ・嚥下 ■ 特になし □ あり () ・その他 ()

(7)感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください。) ■ 無 □ 有 () □ 不明

5.特記すべき事項

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

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						電 話	部屋名	備考
1	1026	男	81	Ⅱ	鹿児島県鹿児島市東開町××× -××××		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	105	
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	106	
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							101	
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	102	
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	106	
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	103	
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	201	

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						

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10月14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

実績関係帳票

利用者名： *上 義* 様

有料老人ホーム ●風

サービス提供実績票別表

※レセプト情報より出力しています。

1単位単価： 10.00円

給付率： 90%

サービス内容	コード	単位数	回数	単位/金額	費用総額 (保険分)	保険請求額	公費・軽減 給付額	利用者負担 (保険分)	利用者負担 (公費/軽減分)
特定施設生活介護2	331121	602	30	18,060					
特定施設夜間看護体制加算	331160	10	30	300					
特定施設処遇改善加算Ⅱ	336131	1,102	1	1,102					
			合計	19,462	194,620	175,158	0	19,462	0

未収金一覧

特定まとめ

請求金額合計	516,159
未収金額合計	516,159
入金額合計	0

R2/05/01~R2/05/13

R2/05/13時点

印刷日

R2/10/14

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
29		* 玉 花 *	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	78,076	78,076		区分 口座引落 南●銀行 * 玉 花 * 電話 099-XXXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
		* 玉 花 *			計	78,076	78,076		
30		* 一 *	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	93,056	93,056		区分 請求書送付 * 一 * 電話 099-XXXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
		* 一 *			計	93,056	93,056		
31	1027	* 田 花 *	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	82,047	82,047		区分 口座引落 南●銀行 * 田 花 * 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
	1027	* 田 花 *			計	82,047	82,047		
32		* 上 義 *	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	90,862	90,862		区分 口座引落 南●銀行 * 上 義 * 電話 099-XXXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
		* 上 義 *			計	90,862	90,862		
33		* 浜 一 *	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	90,862	90,862		区分 口座引落 南●銀行 * 浜 一 * 電話 099-XXXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
		* 浜 一 *			計	90,862	90,862		

事業所別未収金一覧表 (有料老人ホーム ●風)

印刷日 2020年10月14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
	* 玉 花 *	女	¥6,676	¥0	¥0	¥0	¥0	¥71,400	¥0	¥78,076	¥0	¥78,076	¥100,254	¥0	¥178,330
	* 一 *	男	¥21,656	¥0	¥0	¥0	¥0	¥71,400	¥0	¥93,056	¥0	¥93,056	¥95,945	¥0	¥189,001
1027	* 田 花 *	女	¥10,647	¥0	¥0	¥0	¥0	¥71,400	¥0	¥82,047	¥0	¥82,047	¥98,053	¥0	¥180,100
	* 上 義 *	男	¥19,462	¥0	¥0	¥0	¥0	¥71,400	¥0	¥90,862	¥0	¥90,862	¥73,780	¥0	¥164,642
	* 浜 一 *	男	¥19,462	¥0	¥0	¥0	¥0	¥71,400	¥0	¥90,862	¥0	¥90,862	¥73,780	¥0	¥164,642
	* 野 合 *	女	¥6,676	¥0	¥0	¥0	¥0	¥71,400	¥0	¥78,076	¥0	¥78,076	¥0	¥0	¥78,076
1026	* 松 二 *	男	¥3,180	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥3,180	¥0	¥3,180	¥88,737	¥0	¥91,917
	全体合計		¥87,759	¥0	¥0	¥0	¥0	¥428,400	¥0	¥516,159	¥0	¥516,159	¥530,549	¥0	¥1,046,708

処遇改善一覽表

令和2年4月～令和2年4月

印刷日 令和2年5月14日

処遇改善単位合計	4,743	特定処遇改善単位合計	0
保険内単位合計	4,743	保険内単位合計	0
保険外単位合計	0	保険外単位合計	0

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	
	玉 花	介護予防特定施設 入居者生活介護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	506	506	0	0	0	0	有料老人ホーム ●風
	玉 花				計	506	506	0	0	0	0	*玉 花* 電話 099-XXXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1
	* 一*	特定施設入居者生活 介護(短期利用 以外)	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	1,226	1,226	0	0	0	0	有料老人ホーム ●風
	* 一*				計	1,226	1,226	0	0	0	0	* 一* 電話 099-XXXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 2
1027	*田 花*	介護予防特定施設 入居者生活介護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	807	807	0	0	0	0	有料老人ホーム ●風
1027	*田 花*				計	807	807	0	0	0	0	*田 花* 電話 099-XXXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 3
	上 義	特定施設入居者生活 介護(短期利用 以外)	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	1,102	1,102	0	0	0	0	有料老人ホーム ●風
	上 義				計	1,102	1,102	0	0	0	0	*上 義* 電話 099-XXXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 4
	浜 一	特定施設入居者生活 介護(短期利用 以外)	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	1,102	1,102	0	0	0	0	有料老人ホーム ●風
	浜 一				計	1,102	1,102	0	0	0	0	*浜 一* 電話 099-XXXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 5

実施日 R02/04/01~R02/04/30

その他費用一覧表 (有料老人ホーム ●風)

印刷日 R02/05/14

	おむつ代	ベッド代				合計金額	軽減額合計	請求金額	(8%分消費税額)
	食事代	洗濯代							(10%分消費税額)
	共益費	家賃							消費税合計額
	テレビ代								
* 玉 花 *	0	0							
	41,400	0							
R02/04/01~R02/04/30	0	30,000							0
	0								0
小 計						71,400	0	71,400	0
* 一 *	0	0							
	41,400	0							
R02/04/01~R02/04/30	0	30,000							0
	0								0
小 計						71,400	0	71,400	0
* 田 花 *	0	0							
	41,400	0							
R02/04/01~R02/04/30	0	30,000							0
	0								0
小 計						71,400	0	71,400	0
* 上 義 *	0	0							
	41,400	0							
R02/04/01~R02/04/30	0	30,000							0
	0								0
小 計						71,400	0	71,400	0
* 浜 一 *	0	0							
	41,400	0							
R02/04/01~R02/04/30	0	30,000							0
	0								0
小 計						71,400	0	71,400	0
* 野 合 *	0	0							
	41,400	0							
R02/04/01~R02/04/30	0	30,000							0
	0								0
小 計						71,400	0	71,400	0
総合計	0	0							
	248,400	0							
	0	180,000							0
	0								0
						428,400	0	428,400	0

実施日 R02/04/01~R02/04/30

サービス費請求一覧表 (有料老人ホーム ●風 介護)

印刷日 R02/05/14

特定施設入居者生活介護(短期利用以外)

	(基本)	個別機能訓練加算	口腔衛生管理体制加算	認知症専門ケア加算	サービス提供体制加算	介護(保険) 介護(自費)	合計金額	軽減額	請求金額
	身体拘束廃止未実施減算	夜間看護体制加算	栄養スクリーニング加算	外部基本	処遇改善加算等				
	入居継続支援加算	若年性認知症受入加算	退院時連携加算	障害者等支援加算					
	生活機能向上連携加算	医療機関連携加算	看取り介護加算	外部サービス利用					
	保険内単位								
* 一 *	20,130	0	0	0	0	21,656			
	0	300	0	0	1,226	0			
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0					
	0	0	0	0		21,656			
小計							21,656	0	21,656
* 上 義 *	18,060	0	0	0	0	19,462			
	0	300	0	0	1,102	0			
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0					
	0	0	0	0		19,462			
小計							19,462	0	19,462
* 浜 一 *	18,060	0	0	0	0	19,462			
	0	300	0	0	1,102	0			
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0					
	0	0	0	0		19,462			
小計							19,462	0	19,462
* 松 二 *	0	0	0	0	540	3,180			
	0	0	0	2,460	180	0			
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0					
	0	0	0	0		3,180			
小計							3,180	0	3,180
総合計	56,250	0	0	0	540	63,760			
	0	900	0	2,460	3,610	0			
	0	0	0	0					
	0	0	0	0		63,760			
							63,760	0	63,760

津 一 様 生年月日 昭和09年4月13日 (85 歳)

令和02年4月1日(水)

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 1200

【排泄】 排尿量 500 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】

* 津 一 * 様 生年月日 昭和09年4月13日 (85 歳)

令和02年4月1日(水)

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

【ご家族への連絡事項】

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

【ご家族からの連絡事項】



津一	様	生年月日	昭和09年4月13日	(85歳)
令和02年4月1日(水)				
		血压	125 / 85	
【健康チェック】		脈拍	72	回/分
		体温	36.5	℃
【食事】	食事量	昼 主食	10割◎	
		副食	割	
		昼間 主食	割	
【水分】	摂取量	2500		
【排泄】	排尿量	1000	排便	△とても少ない
【ご家族への連絡事項】				
本日は寒い一日でしたので、湯船に少し長い間浸かられて体が温かくなつたと喜んでおられました。				
【ご家族からの連絡事項】				

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

* 津 一 * 様 生年月日 昭和09年4月13日 (85 歳)

令和02年4月1日(水)

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

【食事】 食事量 昼 主食 10割 副食 割
 夜間 主食 割

【水分】 摂取量 1800

【排泄】 排尿量 1000 排便 △とても少ない

【実施内容】

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

【ご家族への連絡事項】

お疲れになった様子も無く、積極的にレクリエーションに参加されてました。

【ご家族からの連絡事項】

実施日 令和2年4月1日～令和2年4月30日

利用料請求一覧表

(有料老人ホーム ●風)

印刷日 令和2年5月2日

	おむつ代	ベッド代			介護 (保険)	合計金額	介護軽減額 軽減額合計	最終入金日 請求金額	入金額 累計入金額 未収金額 消費税額	請求区分 金融機関名 発行日
	食事代	洗濯代			介護 (自費)					
	共益費	家賃								
	テレビ代				保険内単位					
総合計	0	0			87,759		0		0	
	248,400	0			0				0	
	0	180,000							516,159	
	0				87,759					
						516,159	0	516,159	0	

利用者別請求合計一覧表

実施日： 令和2年4月1日～令和2年4月30日

作成日： 令和2年5月2日

請求区分：請求書送付、口座引落、振込

No.	利用者氏名	合計請求額	有料老人ホーム ●風
1	* 玉 花 *	78,076	78,076
2	* 一 *	93,056	93,056
3	* 田 花 *	82,047	82,047
4	* 上 義 *	90,862	90,862
5	* 浜 一 *	90,862	90,862
6	* 野 合 *	78,076	78,076
7	* 松 二 *	3,180	3,180
	合計	516,159	516,159

入金日計表

入金日 期間： 令和02年05月01日 ~ 令和02年05月30日

印刷日： 令和02年05月30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 入金金額累計	入金金額	未収金額	入金区分
1		*玉 花*	R02/04/01~R02/04/30	29	R02/05/27	78,076	6,676	71,400	0	78,076	0	窓口入金
2		* 一*	R02/04/01~R02/04/30	30	R02/05/27	93,056	21,656	71,400	0	93,056	0	窓口入金
3	1027	*田 花*	R02/04/01~R02/04/30	31	R02/05/27	82,047	10,647	71,400	0	82,047	0	窓口入金
4		*上 義*	R02/04/01~R02/04/30	32	R02/05/27	90,862	19,462	71,400	0	90,862	0	窓口入金
5		*浜 一*	R02/04/01~R02/04/30	33	R02/05/27	90,862	19,462	71,400	0	90,862	0	窓口入金
6		*野 合*	R02/04/01~R02/04/30	34	R02/05/27	78,076	6,676	71,400	0	78,076	0	窓口入金
7	1026	*松 二*	R02/04/01~R02/04/30	35	R02/05/27	3,180	3,180	0	0	3,180	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	516,159	0	
					合計	-	-	-	-	516,159	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30日

印刷日： 令和02年05月30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	*玉 花*	R02/04/01~R02/04/30	29	R02/05/27	78,076	6,676	71,400	0	78,076	0	窓口入金
			小計		-	-	-	-	78,076	0	
2	* 一*	R02/04/01~R02/04/30	30	R02/05/27	93,056	21,656	71,400	0	93,056	0	窓口入金
			小計		-	-	-	-	93,056	0	
3	1027 *田 花*	R02/04/01~R02/04/30	31	R02/05/27	82,047	10,647	71,400	0	82,047	0	窓口入金
			小計		-	-	-	-	82,047	0	
4	*上 義*	R02/04/01~R02/04/30	32	R02/05/27	90,862	19,462	71,400	0	90,862	0	窓口入金
			小計		-	-	-	-	90,862	0	
5	*浜 一*	R02/04/01~R02/04/30	33	R02/05/27	90,862	19,462	71,400	0	90,862	0	窓口入金
			小計		-	-	-	-	90,862	0	
6	*野 合*	R02/04/01~R02/04/30	34	R02/05/27	78,076	6,676	71,400	0	78,076	0	窓口入金
			小計		-	-	-	-	78,076	0	
7	1026 *松 二*	R02/04/01~R02/04/30	35	R02/05/27	3,180	3,180	0	0	3,180	0	窓口入金
			小計		-	-	-	-	3,180	0	
			合計		-	-	-	-	516,159	0	

介護実施記録

* 玉花 * 様 女性 昭和14年9月5日生 80 歳 要支援 1

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			
									入院	外泊	往診	通院
0:00									実施記録			
1:00									7:30 【朝食】 主食: 10割 ◎ 副食: 10割 ◎			
2:00									12:30 【昼食】 主食: 10割 ◎ 副食: 10割 ◎			
3:00									15:00~16:00 【ケア実施記録】 [清潔保持介助]			
4:00									洗顔介助, 口腔清潔介助, 清拭介助, 整容介助			
5:00									[更衣介助] 更衣の見守り, 更衣動作の介助			
6:00									[入浴介助] 入浴の準備、後始末, 入浴時の移乗			
7:00						10 ◎ 10 ◎			、移動の介助, 洗身介助 [食事等介助]			
8:00									食事等の摂取介助 [排泄]			
9:00									排泄時の移乗、移動介助, 排泄の準備, 排尿介助			
10:00			123 89	36.3 71					[基本動作介助] 起居介助, 移乗介助			
11:00									[水分摂取介助] 水分摂取等の見守り			
12:00						10 ◎ 10 ◎			[薬剤の使用] 服薬等の準備等, 服薬等の見守り			
13:00									[バイタル測定] バイタルの見守り, バイタルの測定			
14:00									・観察 [レクリエーション]			
15:00									レクリエーションの準備, レクリエーションの見守り			
16:00									19:00 【夕食】 主食: 10割 ◎ 副食: 10割 ◎			
17:00									20:00 【水分・排泄】 排尿量: 1500ml 排尿回数: 3回 排便量: 普通 排便回数: 2回 排便状態: 普通便			
18:00									水分摂取量合計			
19:00						10 ◎ 10 ◎			2400ml			
20:00							2400	排尿 排便				
21:00												
22:00												
23:00												

実施記録					実施記録				

ケア内容統計

対象期間: 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

印刷日: 令和2年5月1日

清潔保持介助	
洗顔介助	2
口腔清潔介助	1
清拭介助	2
整容介助	1
小計	6

更衣介助	
更衣の見守り	1
更衣動作の介助	1
小計	2

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
小計	3

食事等介助	
食事等の摂取介助	1
小計	1

排泄	
排泄時の移乗、移動介助	1
排泄の準備	1
排尿介助	1
小計	3

基本動作介助	
起居介助	1
移乗介助	1
小計	2

水分摂取介助	
水分摂取等の見守り	1
小計	1

薬剤の使用	
服薬等の準備等	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1日

服薬等の見守り	1
小計	2

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
小計	2
総計	24

温度板

有料老人ホーム ●風

利用者番号 1234

氏名 *石 京*

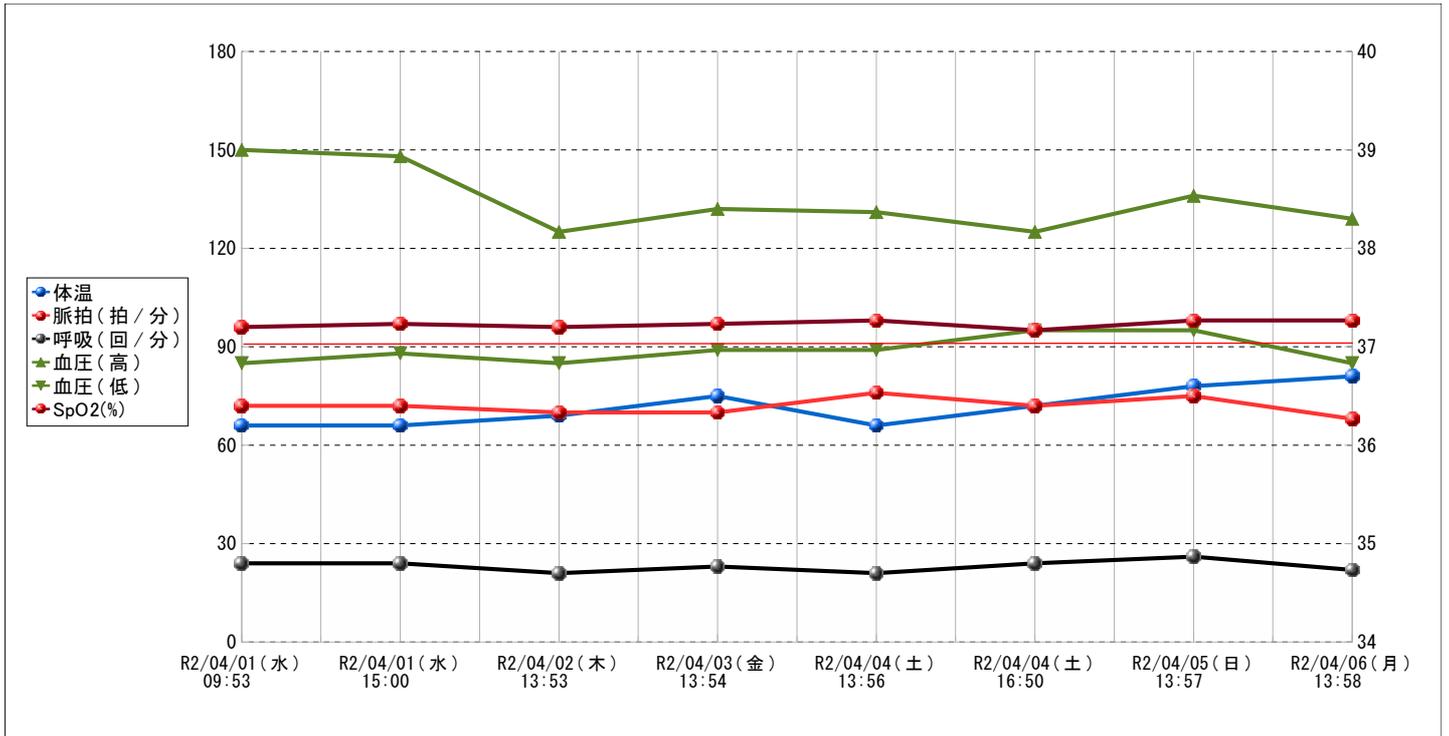
性別 女

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
血压(mmHg)	150/85	148/88	125/85	132/89	131/89	125/95	136/95	129/85
SpO2(%)	96	97	96	97	98	95	98	98
身長(cm)				145.00				
体重(kg)				51.00				
水分摂取(ml)		2400.0		2400.0		2500.0	2550.0	2500.0
排尿(量)		1000.0		800.0		1000.0	900.0	1500.0
排尿(回数)		5		4		5	4	5
排便(量)		普通		排便なし		普通	普通	多い
排便(回数)		1				1	1	1
排便状態		軟らかめ				軟便	普通便	硬便
食事摂取量		10		10		9	8	9
食事摂取記号	朝食							
	昼食	◎		◎		○	△	○
	夕食							

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： *石 京*

測定日： 令和3年4月1日

生年月日： 昭和14年6月16日 女 81 歳

測定者： *媛 悟*

要介護度： 要介護4

バーセルインデックス (Barthel Index : 機能的評価)

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

合計得点 (35 / 100点)

栄養スクリーニング（通所・居宅）

利用者番号:

ふりがな	*いたま はな*	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (20.7 kg/m ²)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (19.9 kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/m ²)
直近1～6か月間における 3%以上の体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2 kg/ 1 か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)
直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (4 kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/6か月)
血清アルブミン値 (g/dl) ※2 3.5g/dl 未満	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (4.1 (g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (4 (g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))
食事摂取量 75%以下 ※3	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3 %)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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

特定施設 年齢別利用者数

有料老人ホーム ●風

令和2年4月

印刷日 令和2年5月15日

年 区	齡 分	事業 対象者	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	左記以外	合計
～ 59	男										
	女										
	計										
60 ～ 64	男										
	女										
	計										
65 ～ 69	男										
	女										
	計										
70 ～ 74	男										
	女										
	計										
75 ～ 79	男										
	女		30(1)								30(1)
	計		30(1)								30(1)
80 ～ 84	男					60(2)	30(1)				90(3)
	女		30(1)	30(1)							60(2)
	計		30(1)	30(1)		60(2)	30(1)				150(5)
85 ～ 89	男										
	女										
	計										
90 ～ 94	男					30(1)					30(1)
	女										
	計					30(1)					30(1)
95 ～ 99	男										
	女										
	計										
100 ～	男										
	女										
	計										
合 計	男					90(3)	30(1)				120(4)
	女		60(2)	30(1)							90(3)
	計		60(2)	30(1)		90(3)	30(1)				210(7)

平均介護度: 1.45 男性: 2.25 女性: 0.38

平均年齢: 81.3 男性: 83.3 女性: 78.7

- 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5月15日 現在

区分		利用者数	利用期間										
			～14日	15日～1ヶ月	1～3ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月～1年	1～2年	2年～				
～59歳	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	女	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	計	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
60～64	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	女	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)			
65～69	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	女	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	計	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
70～74	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	女	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	計	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
75～79	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	女	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)			
	計	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)			
80～84	男	3 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0)			
	女	2 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0)			
	計	5 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (0)			
85～89	男	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	女	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
	計	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)			
90～	男	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)			
	女	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (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)	1 (0)			
合計	男	4 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (0)			
	女	3 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0)			
	計	7 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (0)			
平均年齢	男性	83.5 歳	女性	78.7 歳	総数	81.4 歳	平均利用期間	男性	87.7 ヶ月	女性	67.3 ヶ月	総数	79 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5月15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									
	計								1	1
3年以上～ 5年未満	男									
	女									
	計									
5年以上～ 10年未満	男				2	1			1	4
	女	1	1							2
	計	1	1		2	1			1	6
10年以上～	男									
	女									
	計									
合 計	男				2	1			1	4
	女	1	1						1	3
	計	1	1		2	1			2	7

■ 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									
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

有料老人ホーム ●風

印刷日: 令和2年5月15日

在所(居)者数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	合 計	
曜 日	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木		
在所(居)者数																																
日別合計	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	7	210	
地域																																
鹿児島市東開町×××番地	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	390	
状況区分																																
家庭	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	180	
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	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																															0	
介護度																																
再調査																															0	
取消																															0	
なし																															0	
非該当																															0	
事業対象者																															0	
要支援1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	60	
要支援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	1	30	
要介護1																															0	
要介護2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	90	
要介護3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30	
要介護4																															0	
要介護5																															0	
一次予防対象者																															0	
二次予防対象者																															0	

利用終了者状況別流れ図表

利用前の場所（どこから）

印刷日：令和2年10月15日
 令和2年4月1日 ～ 令和2年9月30日
 利用終了後の場所（どこへ）

総計	7人 (100.0)%
----	----------------

⇒

総計	7人	100.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	1人	14.3%
協力医療機関	1人	14.3%
その他医療機関	2人	28.6%
死亡	1人	14.3%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	1人	14.3%
グループホーム	1人	14.3%
その他	0人	0.0%

家庭	6人 (85.7)%
----	---------------

⇒

総計	6人	85.7%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	1人	16.7%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	2人	33.3%
死亡	1人	16.7%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	1人	16.7%
グループホーム	1人	16.7%
その他	0人	0.0%

その他医療機関	1人 (14.3)%
---------	---------------

⇒

総計	1人	14.3%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	1人	100.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

その他	0人 (0.0)%
-----	--------------

⇒

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

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

⇒

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

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

⇒

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%

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

利用終了者状況別流れ図表

利用前の場所（どこから）

印刷日：令和2年10月15日

令和2年4月1日 ～ 令和2年9月30日

利用終了後の場所（どこへ）

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

特養	0人 (0.0)%
----	--------------

⇒

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

療養型	0人 (0.0)%
-----	--------------

⇒

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

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

⇒

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

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

⇒

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

在所(居)者の状況

対象年月日：令和2年4月1日

(1)人数

在所(居)者	8人	内	男性	5人
		訳	女性	3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	1人	0人	0人	5人
女性	0人	0人	0人	0人	1人	2人	0人	0人	0人	0人	3人
計	0人	0人	0人	0人	1人	6人	0人	1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	4人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	1人	5人
女性	3人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	3人
計	7人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	1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	2人	2人	ランク I	0人	0人	0人
要支援2	0人	1人	1人	” IIa	0人	0人	0人
要介護1	0人	0人	0人	” IIb	0人	0人	0人
要介護2	4人	0人	4人	” IIIa	0人	0人	0人
要介護3	1人	0人	1人	” IIIb	0人	0人	0人
要介護4	0人	0人	0人	” IV	0人	0人	0人
要介護5	0人	0人	0人	” M	0人	0人	0人
上記以外	0人	0人	0人	上記以外	0人	0人	0人
未登録	0人	0人	0人	未登録	5人	3人	8人
計	5人	3人	8人	計	5人	3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	7人	内 訳	男性	4人
			女性	3人
退所(居)者	0人	内 訳	男性	0人
			女性	0人
延入所(居)者	240人	内 訳	男性	150人
			女性	90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	1人	1人
	小 計	0人	1人	1人
居 宅		4人	2人	6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		4人	3人	7人

(2)退所(居)者

区 分		男性	女性	計
医療 機 関	併 設	0人	0人	0人
	協 力	0人	0人	0人
	そ の 他	0人	0人	0人
	小 計	0人	0人	0人
居 宅		0人	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
死 亡		0人	0人	0人
そ の 他 ()		0人	0人	0人
計		0人	0人	0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	1人	3人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	4人
女性	0人	0人	1人	2人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	3人
計	0人	0人	2人	5人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	7人

2. 退所(居)先別にみた入所(居)前の場所

退所(居)先		入所(居)前の場所								
		医療機関			居宅	社会福祉施設	介護保険施設	介護老人保健施設	その他	計
		併設	協力	その他						
医療機関	併設	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	協力	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	1人
	その他	0人	0人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	2人
	小計	0人	0人	1人	2人	0人	0人	0人	0人	3人
居宅		0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0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	1人	0人	0人	0人	0人	1人
その他		0人	0人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	2人
計		0人	0人	1人	6人	0人	0人	0人	0人	7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
----	---	---	---	---	---	----

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	6	9
請求事業所	名称	有料老人ホーム ●風								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5 鹿児島市 X X X 町 X X X 番地								
	連絡先	099-XXX-XXXX								

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

保険請求

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	8	110,091	1,100,910	990,819		110,091					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	8	110,091	1,100,910	990,819		110,091					

公費請求

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

様式第一

介護給付費請求書

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

保 険 者 (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	6	9
請求事業所	名称	有料老人ホーム ●風								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5								
		鹿児島市 X X X 町 X X X X 番地								
連絡先	099-XXX-XXXX									

保険請求

区分	サービス費用					特定入所者介護サービス費等					
	件数	単位数 ・点数	費用合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	5	73,306	733,060	659,754		73,306					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	5	73,306	733,060	659,754		73,306					

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							
12 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・ 緊急措置							
88 水俣病総合対 策メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置 (全額免除)							
25 中国残留邦人等							
合計							

様式第一

介護給付費請求書

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

令和2年5月請求分合計

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	6	9
請求事業所	名称	有料老人ホーム ●風								
	所在地	〒891-0115 鹿児島市XXX町XXX番地								
	連絡先	099-XXX-XXXX								

保険者 (462010)

鹿児島市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

保険請求

区分	サービス費用					特定入所者介護サービス費等					
	件数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	5	73,306	733,060	659,754		73,306					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	5	73,306	733,060	659,754		73,306					

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							
12 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

レセプト一覧 請求年月: 令和2年5月 有料老人ホーム ●風

印刷日: 令和2年5月11日

利用者: *上 義* (男)() 提供年月: 令和2年4月

被保険者番号(給付率): 462010 - 4600001019 (90%) 要介護2 支援事業所:

公費負担者[受給者]番号(給付率): 1: [](%) 2: [](%)

緊急施設療養点数合計: 特別療養費単位数合計:

特定入所合計: 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	
	特定施設生活介護2	331121	602	30	18,060					
	特定施設夜間看護体制加算	331160	10	30	300					
	特定施設処遇改善加算II	336131	1,102	1	1,102					

集計	サービス種類	サービス実日数	計画単位数	限度額管理対象単位数	限度額管理対象外単位数
	給付単位数	公費1分単位数	公費2分単位数	単位数単価	保険請求額
	利用者負担額	公費1請求額	公費2請求額	公費1分本人負担	公費2分本人負担
	特定施設生活介護		0	0	0
	19,462	0	0	10.00	175,158
	19,462	0	0	0	0
	合計情報				175,158
	19,462	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： R02/05/15

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
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	要介護2	331121	特定施設生活介護2	602	60	36,120	361,200	2
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	要介護2	331160	特定施設夜間看護体制加算		60	600	6,000	2
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	要介護2	331201	外部特定施設生活介護	82	30	2,460	24,600	1
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	要介護2	336100	特定施設サービス提供体制加算I 1		30	540	5,400	1
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	要介護2	336131	特定施設処遇改善加算II		3	2,384	23,840	3
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	要介護3	331131	特定施設生活介護3	671	30	20,130	201,300	1
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	要介護3	331160	特定施設夜間看護体制加算		30	300	3,000	1
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	要介護3	336131	特定施設処遇改善加算II		1	1,226	12,260	1
小計		33****	特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	-	-	63,760	637,600	12
介護予防特定施設入居者生活介護	要支援1	351111	予防特定施設生活1	181	60	10,860	108,600	2
介護予防特定施設入居者生活介護	要支援1	354002	予防特定施設生活機能向上連携加算1		2	400	4,000	2
介護予防特定施設入居者生活介護	要支援1	356100	予防特定施設サービス提供体制加算I 1		60	1,080	10,800	2
介護予防特定施設入居者生活介護	要支援1	356132	予防特定施設処遇改善加算I		2	1,012	10,120	2
介護予防特定施設入居者生活介護	要支援2	351121	予防特定施設生活2	310	30	9,300	93,000	1
介護予防特定施設入居者生活介護	要支援2	356100	予防特定施設サービス提供体制加算I 1		30	540	5,400	1
介護予防特定施設入居者生活介護	要支援2	356132	予防特定施設処遇改善加算I		1	807	8,070	1
小計		35****	介護予防特定施設入居者生活介護	-	-	23,999	239,990	11
地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	要介護3	361131	地域特定施設生活介護3	670	30	20,100	201,000	1
地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	要介護3	366100	地域特定施設サービス提供体制加算I 1		30	540	5,400	1
地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	要介護3	366132	地域特定施設処遇改善加算I		1	1,692	16,920	1
小計		36****	地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	-	-	22,332	223,320	3
合計		-	-	-	-	110,091	1,100,910	26

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		33****	特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	-	-	63,760	637,600	-
合計		35****	介護予防特定施設入居者生活介護	-	-	23,999	239,990	-
合計		36****	地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	-	-	22,332	223,320	-
総合計		-	-	-	-	110,091	1,100,910	-

サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ~ R02/04

作成日： R02/05/15

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
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	331121	特定施設生活介護2	602	60	36,120	361,200	2
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	331131	特定施設生活介護3	671	30	20,130	201,300	1
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	331160	特定施設夜間看護体制加算		90	900	9,000	3
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	331201	外部特定施設生活介護	82	30	2,460	24,600	1
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	336100	特定施設サービス提供体制加算Ⅰ 1		30	540	5,400	1
特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	336131	特定施設処遇改善加算Ⅱ		4	3,610	36,100	4
小計	33****	特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	-	-	63,760	637,600	12
介護予防特定施設入居者生活介護	351111	予防特定施設生活1	181	60	10,860	108,600	2
介護予防特定施設入居者生活介護	351121	予防特定施設生活2	310	30	9,300	93,000	1
介護予防特定施設入居者生活介護	354002	予防特定施設生活機能向上連携加算1		2	400	4,000	2
介護予防特定施設入居者生活介護	356100	予防特定施設サービス提供体制加算Ⅰ 1		90	1,620	16,200	3
介護予防特定施設入居者生活介護	356132	予防特定施設処遇改善加算Ⅰ		3	1,819	18,190	3
小計	35****	介護予防特定施設入居者生活介護	-	-	23,999	239,990	11
地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	361131	地域特定施設生活介護3	670	30	20,100	201,000	1
地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	366100	地域特定施設サービス提供体制加算Ⅰ 1		30	540	5,400	1
地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	366132	地域特定施設処遇改善加算Ⅰ		1	1,692	16,920	1
小計	36****	地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	-	-	22,332	223,320	3
合計	-	-	-	-	110,091	1,100,910	26

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	33****	特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	-	-	63,760	637,600	-
合計	35****	介護予防特定施設入居者生活介護	-	-	23,999	239,990	-
合計	36****	地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	-	-	22,332	223,320	-
総合計	-	-	-	-	110,091	1,100,910	-

稼動額集計表

提供年月：令和2年4月

(全請求分)

有料老人ホーム ●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		
4600001019	*上 義*	R2/4	33	175,158	0	0	0	0	0	19,462	0	71,400	0	266,020	
4611111111	*浜 一*	R2/4	33	175,158	0	0	0	0	0	19,462	0	71,400	0	266,020	
4633333333	*松 二*	R2/4	33	28,620	0	0	0	0	0	3,180	0	0	0	31,800	
	合計	(件数計)	3	378,936	0	0	0	0	0	42,104	0	142,800	0	563,840	

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		
4633322323	* 一 *	R2/4	33	194,904	0	0	0	0	0	21,656	0	71,400	0	287,960	
	合計	(件数計)	1	194,904	0	0	0	0	0	21,656	0	71,400	0	287,960	

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	4	573,840	0	0	0	0	0	63,760	0	214,200	0	851,800
	総合計		4	573,840	0	0	0	0	0	63,760	0	214,200	0	851,800

介護給付費請求額一覧

請求年月：令和02年05月

有料老人ホーム ●風

印刷日：R02/05/15

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
33 特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	4	63,760	573,840	0	63,760	0	0	0	0	0
35 介護予防特定施設入居者生活介護	3	23,999	215,991	0	23,999	0	0	0	0	0
36 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)	1	22,332	200,988	0	22,332	0	0	0	0	0
事業所計	8	110,091	990,819	0	110,091	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 : 33

区分	件数	日数	費用額	保険負担額	公費負担額	本人負担額
011015	中央区					
居宅系	1	30	194,620	175,158	0	19,462
計	1	30	194,620	175,158	0	19,462
462010	鹿児島市					
居宅系	3	120	442,980	398,682	0	44,298
計	3	120	442,980	398,682	0	44,298
合計						
居宅系	4	150	637,600	573,840	0	63,760
計	4	150	637,600	573,840	0	63,760

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： 特定施設入居者生活介護(短期利用以外)

印刷日： R02/05/15

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	(基本) 身体拘束廃止未実施減算 入居継続支援加算 生活機能向上連携加算	個別機能訓練加算 夜間看護体制加算 若年性認知症受入加算 医療機関連携加算	口腔衛生管理体制加算 栄養スクリーニング加算 退院時連携加算 看取り介護加算	認知症専門ケア加算 外部基本 障害者等支援加算 外部サービス利用	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										
上 義	18,060	0	0	0	0	保険	175,158	19,462	0	0
	0	300	0	0	1,102	食費	0	0	0	0
4600001019	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	19,462	特定治療・療養	0	0	0	0
浜 一	18,060	0	0	0	0	保険	175,158	19,462	0	0
	0	300	0	0	1,102	食費	0	0	0	0
4611111111	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	19,462	特定治療・療養	0	0	0	0
松 二	0	0	0	0	540	保険	28,620	3,180	0	0
1026	0	0	0	2,460	180	食費	0	0	0	0
4633333333	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	3,180	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護2 小計	36,120	0	0	0	540	保険	378,936	42,104	0	0
(3人)	0	600	0	2,460	2,384	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	42,104	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護3										
* 一 *	20,130	0	0	0	0	保険	194,904	21,656	0	0
	0	300	0	0	1,226	食費	0	0	0	0
4633322323	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	21,656	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護3 小計	20,130	0	0	0	0	保険	194,904	21,656	0	0
(1人)	0	300	0	0	1,226	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	21,656	特定治療・療養	0	0	0	0
総合計										
(4人)	56,250	0	0	0	540	保険	573,840	63,760	0	0
	0	900	0	2,460	3,610	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	63,760	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：普通の声はやっと聞きとれる 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せる事：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	

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	食事支援・見守り	介護スタッフ			起床(自立) 朝食、洗顔、食事の片付け		
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	買い物・散歩	介護スタッフ	付き添い		散歩、買い物		
	18:00	入浴介助				入浴(温泉浴)		
夜間	20:00	食事支援・見守り	介護スタッフ			夕食		
	22:00	就寝						
深夜	24:00							
	2:00					トイレに起床(自立)		
随時実施するサービス								
その他のサービス								

サービス担当者会議の要点

作成年月日 令和02年04月30日

利用者名 *国 良* 殿

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 *玉 あや*

開催日 令和02年04月30日

開催場所 利用者宅

開催時間 09:00~11:00

開催回数 3

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
	有料老人ホーム ●風(介護支援専門員)	*田 修*	有料老人ホーム ●風(介護スタッフ)	*山 タ*	有料老人ホーム ●風(介護スタッフ)	*風 芳*
	有料老人ホーム ●風(介護スタッフ)	*田山 京*				
検討した項目	区分変更に伴う見直し 体調管理					
検討内容	<p>1. 体調管理について 血圧について、確認する。自宅でも血圧の測定は毎日行っている。手首で測る機種のため、通常より高めに数値が計測されるとの事。最近では、130前後である。心疾患についても、検査を実施し問題ないとの診断を受けている。 現在は、胸部の痛みなどもなく経過は良好である。今後も継続して、痛みの確認や血圧の計測については行っていく必要がある。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。</p> <p>2. 排泄について ポーグルトルを使用していたが、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ただけ、本人の力で実施できるよう設置を検討する。</p> <p>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。</p>					
結論	<p>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。 訪問介護・・・週3回（月・水・木曜日）利用。15時より実施する。必要に応じて時間・曜日等調整する。移動状況の確認。寝台周辺や移動箇所の整理を行い、転倒防止に努める。また、居間やトイレなどを確認し、汚染時は清掃を行い転倒予防に努める。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>					
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	R02/4/29	<p>お世話になります。</p> <p>*国良*様ですが、今回サービスプランの検討更新につき、今後のサービス内容について検討しております。</p> <p>現在利用されている外部利用の通所リハビリについて、歩行訓練・筋力訓練・起居動作訓練など実施しており、出来なかった寝返りも少しずつ出来るようになっております。通所利用にだいぶ慣れた様子で、ほぼ休まず利用されており、本人も楽しみにされているようです。</p> <p>今後、利用を継続していく中で、注意する点やアドバイス等ありましたらご指導頂けないでしょうか。</p> <p>ご多忙とは存じますが、宜しくお願い致します。</p>			
訪問介護 み●●	R02/4/29	<p>お世話になります。</p> <p>*国良*様ですが、今回サービスプランの検討更新につき、今後のサービス内容について検討しております。</p> <p>現在利用されている訪問介護サービスでは訪問いただける日を楽しみにされ自立に向けても前向きになっておられます。</p> <p>今後、利用を継続していく中で、注意する点やアドバイス等ありましたらご指導頂けないでしょうか。</p> <p>ご多忙とは存じますが、宜しくお願い致します。</p>			

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

サービス計画書

作成日 [令和2年04月01日] 作成者 [有料老人ホーム ●風 * 玉 あや*]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他
（夫）これからも一緒に暮らしたい	入居生活を継続できる	R2/4/1 ~ R3/3/31	介護者の負担が軽減できる	R2/4/1 ~ R2/6/30	・夕食、朝食の提供 ・泊り利用	2回/週	食事の見守り	
	入居生活を継続できる	R2/4/1 ~ R3/3/31	病状の安定の維持	R2/4/1 ~ R2/6/30	看護師による健康管理（血圧、脈、体温測定、服薬）	6回/週	6回の測定実施	
危険認知が乏しく、転倒の危険性が高い	自立した移動ができる	R2/4/1 ~ R3/3/31	安全な移動で転倒を防止できる	R2/4/1 ~ R2/6/30	移動時に介助者は見守りや声かけ、手引き歩行など付き添い対応します。	適宜	移動援助	
お風呂に入ってサッパリしたい	身体を清潔に保ち、気持ち良く過ごせる	R2/4/1 ~ R3/3/31	適切な介助で、洗身ができる	R2/4/1 ~ R2/6/30	・お風呂場への誘導 ・着脱介助 ・洗身、整容介助	2回/週	入浴介助	

サービス計画書について説明を受け、内容に同意しました。

年 月 日 利用者（代理者）氏名

印

[*館 花*

様]

サービス計画書

作成日 [令和2年04月01日]

作成者 [有料老人ホーム ●風
玉 あや]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他	評価
（夫）これからも一緒に暮らしたい	入居生活を継続できる	R2/4/1 ~ R3/3/31	介護者の負担が軽減できる	R2/4/1 ~ R2/6/30	・夕食、朝食の提供 ・泊り利用	2回/週	食事の見守り		
	入居生活を継続できる	R2/4/1 ~ R3/3/31	病状の安定の維持	R2/4/1 ~ R2/6/30	看護師による健康管理（血圧、脈、体温測定、服薬）	6回/週	6回の測定実施		
危険認知が乏しく、転倒の危険性が高い	自立した移動ができる	R2/4/1 ~ R3/3/31	安全な移動で転倒を防止できる	R2/4/1 ~ R2/6/30	移動時に介助者は見守りや声かけ、手引き歩行など付き添い対応します。	適宜	移動援助		
お風呂に入ってサッパリしたい	身体を清潔に保ち、気持ち良く過ごせる	R2/4/1 ~ R3/3/31	適切な介助で、洗身ができる	R2/4/1 ~ R2/6/30	・お風呂場への誘導 ・着脱介助 ・洗身、整容介助	2回/週	入浴介助		

サービス計画書について説明を受け、内容に同意しました。

年 月 日 利用者（代理者）氏名

印

サービス評価表

作成日 [令和2年04月01日]

作成者 [有料老人ホーム ●風
* 玉 あや*]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他	評価
（夫）これからも一緒に暮らしたい	入居生活を継続できる	R2/4/1 ~ R3/3/31	介護者の負担が軽減できる	R2/4/1 ~ R2/6/30	・夕食、朝食の提供 ・泊り利用	2回/週	食事の見守り		食事の見守りが必要無いほどに、自立されている。
	入居生活を継続できる	R2/4/1 ~ R3/3/31	病状の安定の維持	R2/4/1 ~ R2/6/30	看護師による健康管理（血圧、脈、体温測定、服薬）	6回/週	6回の測定実施		バイタルについての、大きなバラつきはなかった。
危険認知が乏しく、転倒の危険性が高い	自立した移動ができる	R2/4/1 ~ R3/3/31	安全な移動で転倒を防止できる	R2/4/1 ~ R2/6/30	移動時に介助者は見守りや声かけ、手引き歩行など付き添い対応します。	適宜	移動援助		移動支援は問題無く出来た。
お風呂に入ってサッパリしたい	身体を清潔に保ち、気持ち良く過ごせる	R2/4/1 ~ R3/3/31	適切な介助で、洗身ができる	R2/4/1 ~ R2/6/30	・お風呂場への誘導 ・着脱介助 ・洗身、整容介助	2回/週	入浴介助		着脱介助については、支援が必要

予防サービス計画書

有料老人ホーム ●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なち上がるようになった。玄関のすり(ベスタポジションバー)を借りて登れるようになった。	■有 □無 腰・膝の変形による痛みと歩行する機会が少なくなり、下肢筋力低下が進行している。足を鍛えたり、歩行の機会を増やして歩行が安定し、歩行距離が伸びる事が必要である。	1. 腰痛、膝痛が原因で歩く距離が短くなり、活動性が低下している。体調管理をしながら体力にあった活動の維持・向上を図る事ができる。	1 (目標) 手すりなどで安全性を確保して歩行する機会を増やす。 (具体策) ①リハビリにより下肢筋力を強化する ②自宅でも下肢筋力向上の運動や近所を散歩する。 ③栄養価の高い食べ物を摂り、体重も今の50kgを維持する。 ④浴槽内には、浴槽台を購入、転倒の危険があるところに手すりをレンタル	(本人) 暑い時期や寒い時期は、出来なかったが、気候が良くなればまた家の前の道路を歩いて足を鍛えたいと思っている。最近では、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もできる下肢筋力向上のための体操の実施 (4) 臀部の観察、座位の時の工夫や体位変換の声掛けを行う。 (5) 食事摂取状況の把握	
日常生活(家庭生活)について 排泄やシャワー浴は、自立。歩行バランスが悪いので、掃除機かけはできない。洗濯はする。調理は、惣菜や簡単なものを作って食べる。買い物は友人の支援があり、小さなものは自分で買う。金銭管理は、娘がおろして	(本人) 娘は身体が弱くて頼めないし、掃除機かけができなくて困っている。	■有 □無 長時間の立位が困難で、歩行の不安定さもあり、家事活動に支障をきたしている。予防ヘルプにて出来ない動作の支援が必要である。口腔のチェックリスト2/3	2. 腰痛、体重管理や口腔機能向上に努め健康に過ごすようにする。	2 (目標) 腰痛や体重管理、口腔ケアに注意して自宅での生活が健康に過ごせる。 (具体策) ①定期的な通院リハビリにより腰や足の痛みが軽減する。 ②口腔機能向上の訓練をする。 ③体重測定を月1	(本人) 以前よりむせることは少なくなったが、まだあります。体重もノロウィルスにかかって減りました。今の所は49kgに減りました。	2. 口の中のケアや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	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。	
								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。	

予防サービス計画書

有料老人ホーム ●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。						
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です	■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。										

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

有料老人ホーム ●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
<p>運動・移動について</p> <p>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。）</p>	<p>（本人）浴槽内に椅子を入れてやっとなち上がるようになった。玄関のてすり（ベストポジションバー）を借りて登れるようになった。</p>	<p>■有 □無</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>1（目標）</p> <p>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）</p> <p>①リハビリにより下肢筋力を強化する</p> <p>②自宅でも下肢筋力向上の運動や近所を散歩する。</p> <p>③栄養価の高い食べ物を摂り、体重も今の50kgを維持する。</p> <p>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</p>	<p>（本人）</p> <p>暑い時期や寒い時期は、出来なかったが、気候が良くなればまた家の前の道路を歩いて足を鍛えたいと思っている。最近、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。</p>	<p>1. 雨天以外の日は、家の前の道路を5分散歩する。</p>	<p>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。</p>	<p>R2/4/1 ～ R2/6/30</p>	<p>（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）</p> <p>（2）毎月1回体重測定を実施、関係機関に報告する。</p> <p>（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</p> <p>（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。</p> <p>（5）食事摂取状況の把握</p>	<p>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。</p> <p>家の前の散歩は暑さや用事であまり出来ていないようです。起立や着座の際にふんばりがきかず膝折れしてしまう事が、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。</p>
<p>日常生活（家庭生活）について</p> <p>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</p>	<p>（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。</p>	<p>■有 □無</p> <p>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</p>	<p>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。</p>	<p>2（目標）</p> <p>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）</p> <p>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。</p> <p>②口腔機能向上の訓練をする。</p> <p>③体重測定を月1</p>	<p>（本人）</p> <p>以前よりむせることは少なくなったが、まだあります。体重もノロウイルスにかかって減りました。今の所は49kgに減りました。</p>	<p>2. 口の中のケアや動きを良くする体操を続けましょう。</p>		<p>R2/4/1 ～ R2/6/30</p>	<p>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。</p>	<p>周囲の会話が聞き取り困難ですが、その都度職員が側にいきゆっくり話しの内容を伝えたり、他利用者からの助けもあり交流</p>

予防サービス評価表

有料老人ホーム ●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です	■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。							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。

(スタッフ氏名)

令和2年04月 サービス予定カレンダー

印刷日：令和2年4月1日

庫 三 様

有料老人ホーム ●風

日	月	火	水	木	金	土
			1 10:00-15:00 外部利用 通所介護 (*上 義*)	2	3	4
5	6	7	8 10:00-15:00 外部利用 通所介護 (*上 義*)	9	10	11
12	13	14	15 10:00-15:00 外部利用 (*上 義*)	16	17	18
19	20	21	22 10:00-12:00 外部利用 (*上 義*)	23	24	25
26	27	28	29 10:00-15:00 外部利用 通所介護 (*上 義*)	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
状況の事実 ※1		現在 ※2	要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4
移動	室内移動	自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
	屋外移動	自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
食事	食事内容	<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
	食事摂取	自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	利き腕麻痺 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
	調理	自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	利き腕麻痺 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
排泄	排尿・排便	<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
	排泄動作	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
口腔	口腔衛生	<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
	口腔ケア	自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
服薬		<input checked="" type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
入浴		自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
更衣		自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	<input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
掃除		自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
洗濯		自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	<input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
整理・物品の管理		自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
金銭管理		自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
買物		自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 <input checked="" type="radio"/> 全介助	麻痺・筋力低下 改善 維持 <input checked="" type="radio"/> 悪化
コミュニケーション能力		<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
認知		<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
社会との関わり		<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
褥瘡・皮膚の問題		<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
行動・心理症状(BPSD)		<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
介護力(家族関係含む)		<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
居住環境		<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
				改善 維持 悪化

利用者及び家族の生活に対する意向
本人：今の生活を維持して穏やかに過ごせたら良い。あまり子供の負担になりたくない。

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
	筋力の維持	
	社会活動への参加	

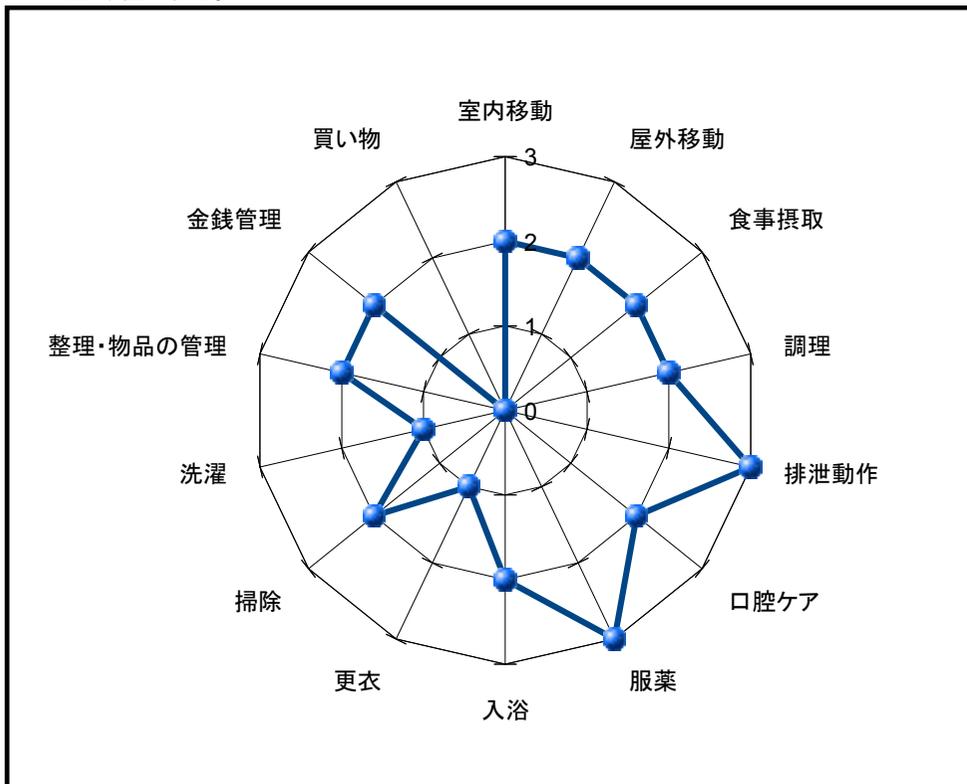
※1 本書は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※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。

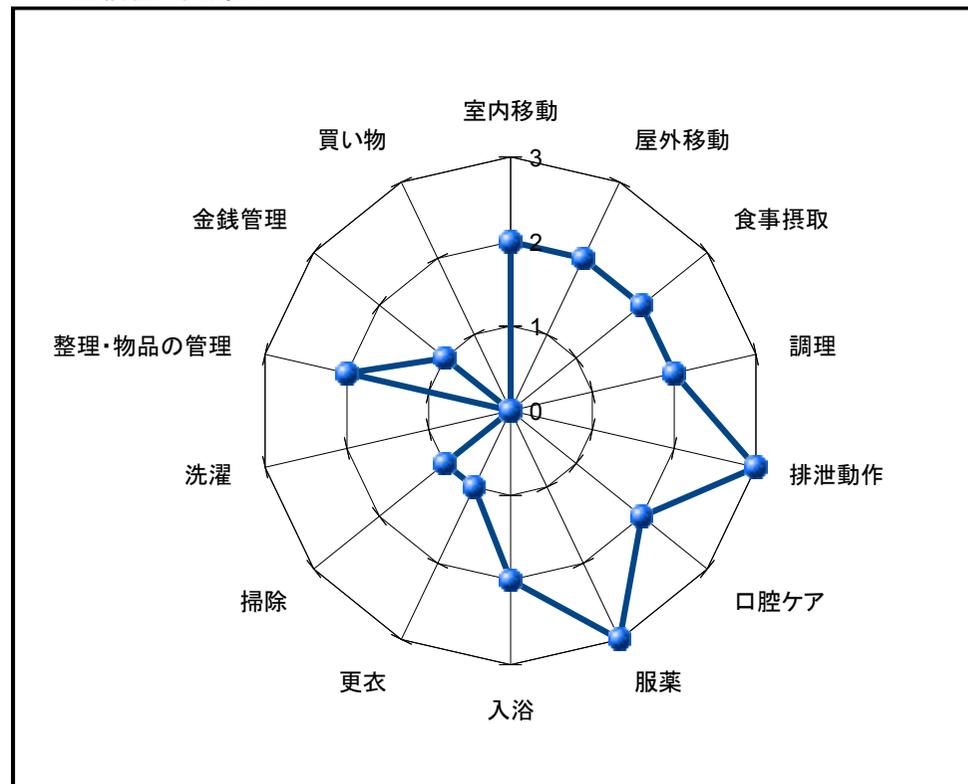
ADLチャート

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		

運動器機能向上計画

運動器の機能向上プログラム事前・事後アセスメント票 -地域支援事業版-

評価実施日 令和2年04月01日 (1 回目評価)

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

バイタルチェック

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

脈拍 1. 62 2. 65 3. 63

不整 【(無)・有 (回/分)】

形態測定

身長 140 cm 体重 50 kg

運動機能

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

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

TUG 1. (10.2秒) 2. (10秒)

通常歩行時間 1. (7秒)

最大歩行時間(5m) 1. (6.5秒) 2. (6.2秒)

評価時の特記事項：

運動器の機能向上プログラム 理学療法評価

評価実施日 令和2年04月01日 (1 回目評価)

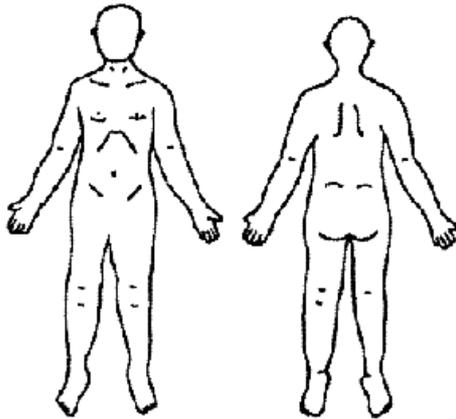
氏名 *石 京*	昭和14年06月16日生 (80 歳)	評価者名
実施プログラム	背筋の筋力向上	* 阪 太 *

ニーズ

腰痛の痛みを和らげたい。

痛みの評価

痛みの部位



痛みの既往歴

腰痛 令和元年 4月頃から病状あり

痛みの質的評価 (S&S、P1・P2、T1・T2・T3)

S&S : しばらく歩き続けると腰が痛む。

T 1 : 30分

T 2 : 10分

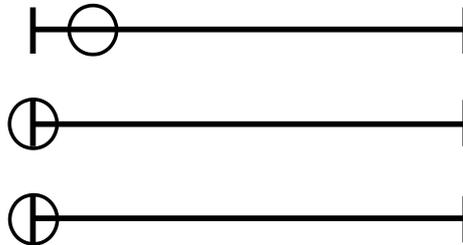
T 3 : 10分

身体アライメント

不定期な腰痛

VAS (visual analogue scale)

腰



日常生活活動能力

入浴、更衣で不便あり、痛みが出るケースもある。

評価時の特記事項 :

運動療法で改善を図る。

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

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

T3 : 痛みが緩和するような努力を始めてから痛みが消失するまでの時間

個別サービス計画書

利用者名 *石京* 殿

生年月日 昭和14年06月16日 生 80 歳

記載日 令和02年04月01日

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

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

本人の希望	全体の目標
腰痛の不安解消	一人で散歩に行ける。

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

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

地域包括支援センターへの報告事項：
運動器の機能向上プログラムによって客観的な効果が認められる。ケアプランの目標には達していないが、このプログラムをもう1期継続することにより、目標を達成できると考えられる。

運動器の機能向上プログラム 実施計画（本人記載）

氏名 *石 京*

提出日 令和02年05月11日

運動の目標	一人で散歩に行ける。
-------	------------

それぞれを○で囲みましょう

行動目標	いつ	朝	<input checked="" type="radio"/> 昼間	夜
	どこで	家	<input checked="" type="radio"/> 集会所	()
	だれと	ひとり	<input checked="" type="radio"/> 仲間	()
	どれくらい	週1回	週2回	<input checked="" type="radio"/> 週3~5回

月

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

日	曜日	できればここに種目などを具体的に書く
	月	<input type="radio"/>
	火	×
	水	<input type="radio"/>
	木	<input type="radio"/>
	金	×
	土	
	日	

今週の 目標達成度	大変 よくできた	<input checked="" type="radio"/> よく できた	あまり できなかつた	ほとんど できなかつた
--------------	-------------	--	---------------	----------------

個別機能訓練計画

興味・関心チェックシート

氏名：石 京 殿 年齢：81 歳 性別（男・女） 記入日：令和3年4月1日

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

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

生活機能チェックシート

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

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

個別機能訓練活動チャート(ADL)

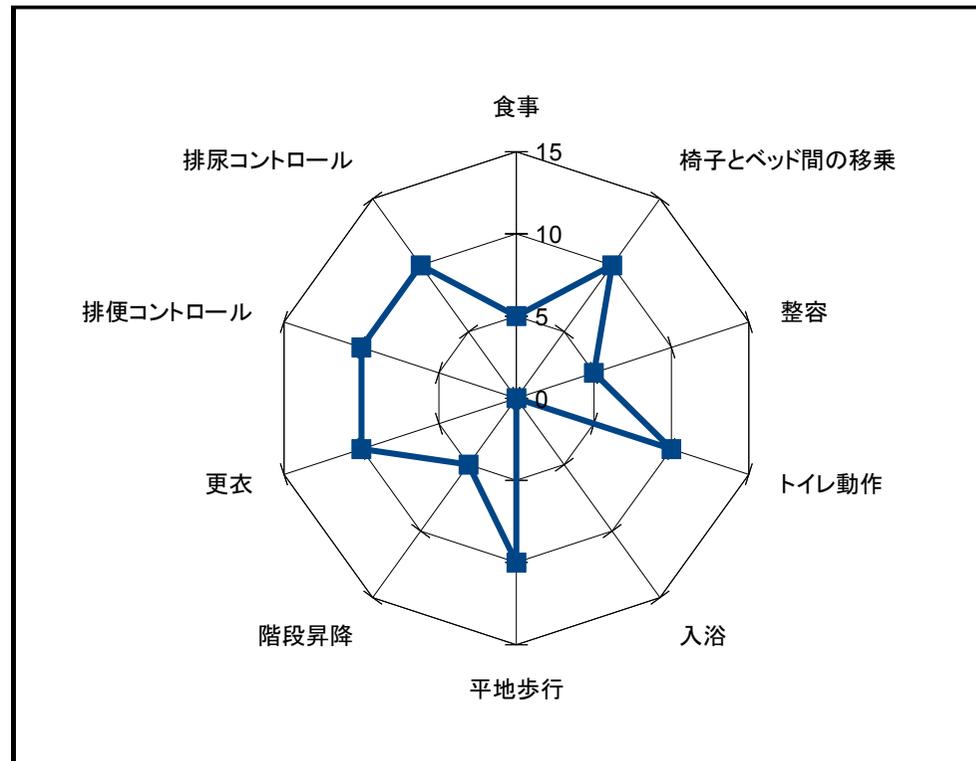
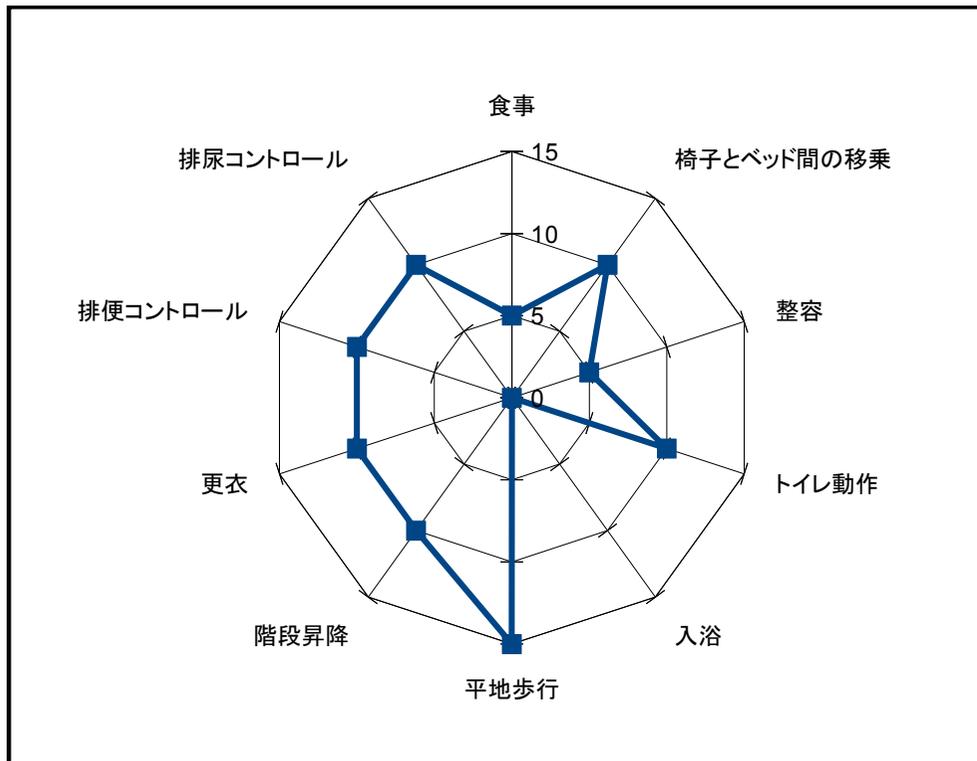
氏名: *石京*

年齢: 81歳

性別: (男 ・ 女)

■今回 評価日: R03/4/15、記録日: R03/4/15

■前回 評価日: R03/4/2、記録日: R03/4/2



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

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

個別機能訓練活動チャート (IADL)

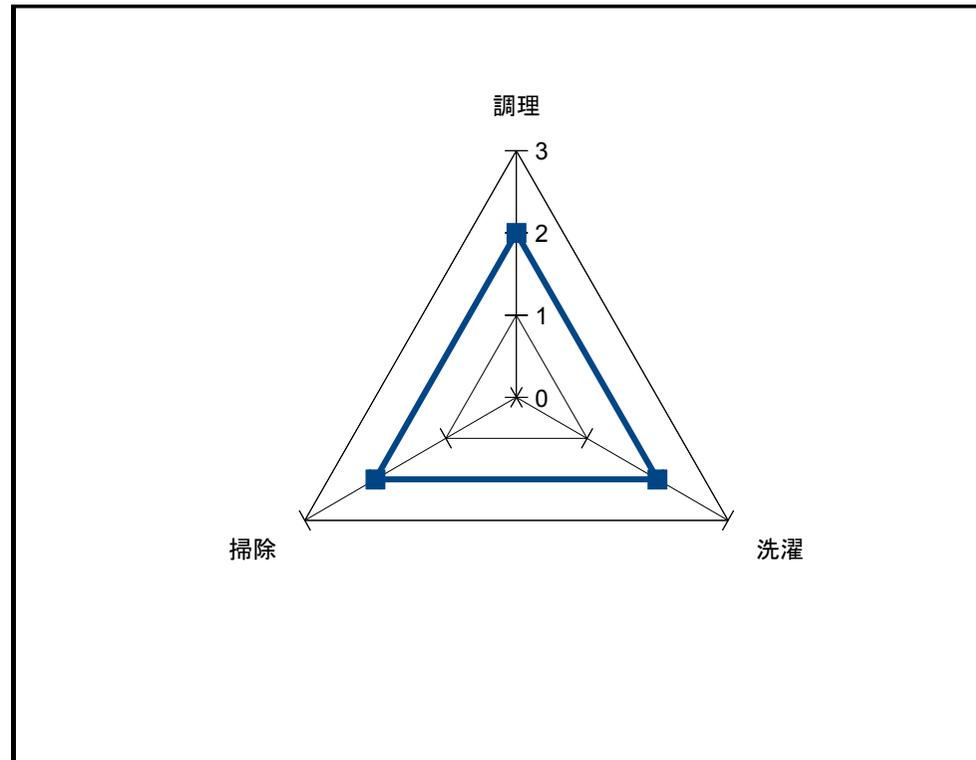
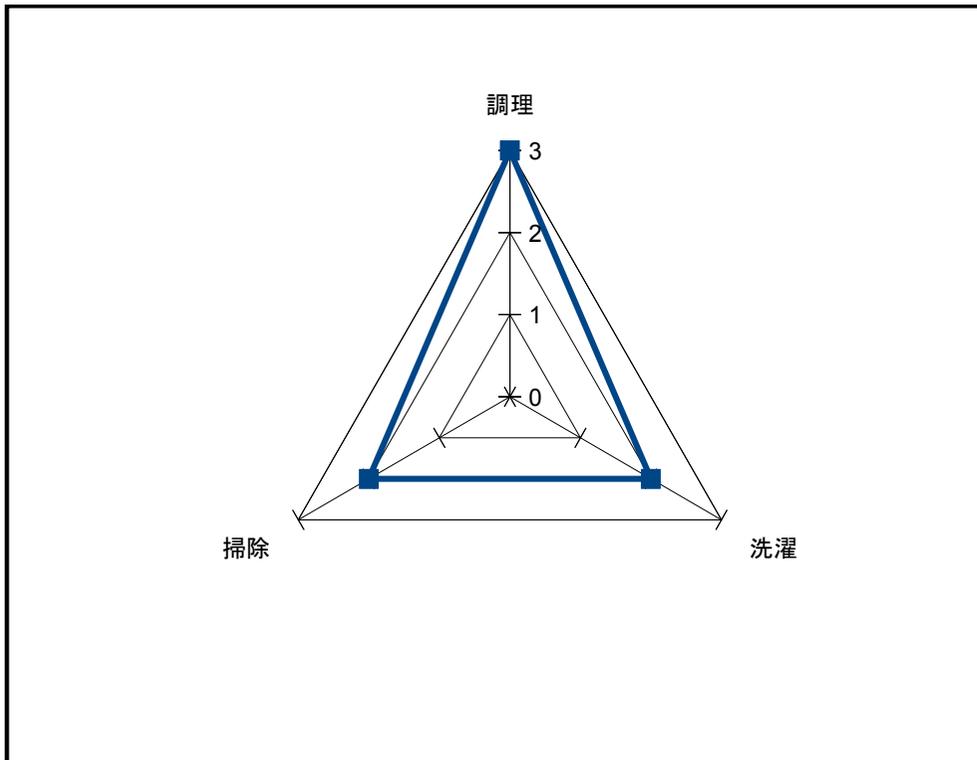
氏名: *石京*

年齢: 81 歳

性別: (男 ・ 女)

■今回 評価日: R03/4/15、記録日: R03/4/15

■前回 評価日: R03/4/2、記録日: R03/4/2



IADL	レベル
調理	3
洗濯	2
掃除	2

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

IADL	レベル
調理	2
洗濯	2
掃除	2

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

個別機能訓練活動チャート(起居動作)

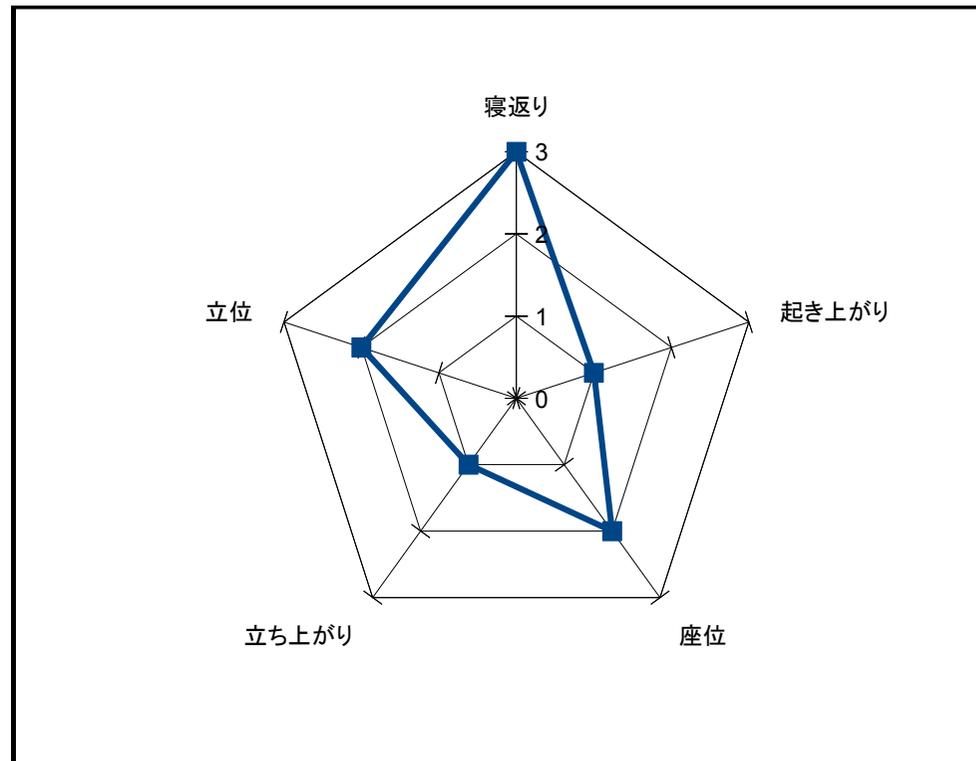
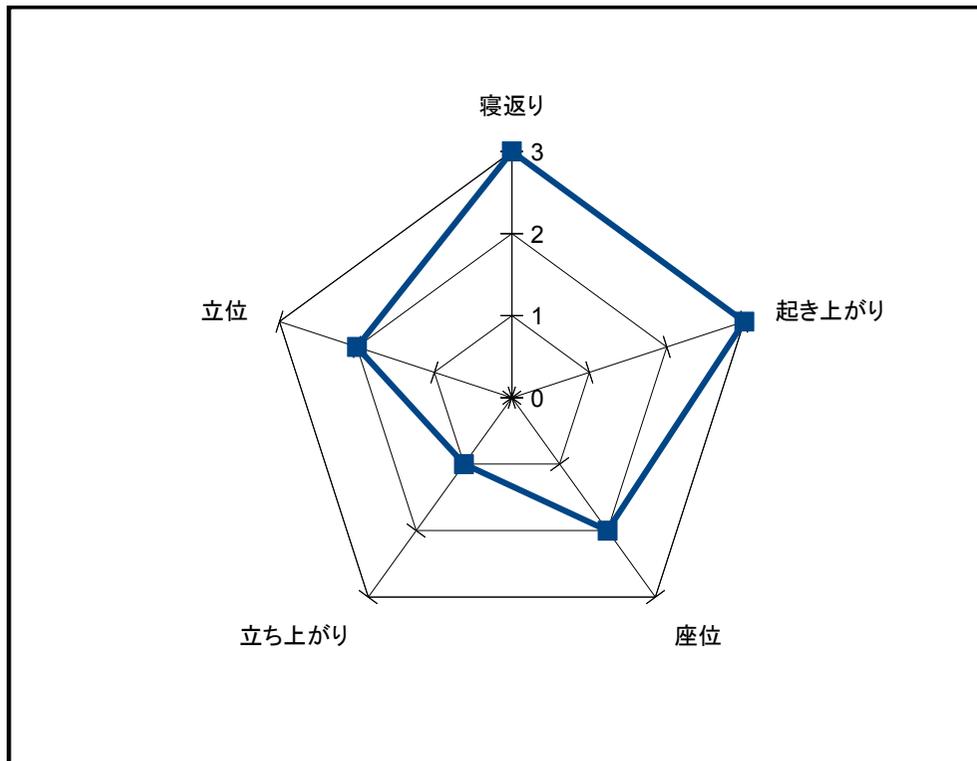
氏名: *石京*

年齢: 81歳

性別: (男 ・ 女)

■今回 評価日: R03/4/15、記録日: R03/4/15

■前回 評価日: R03/4/2、記録日: R03/4/2



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

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

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

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

【個別機能訓練計画書】

作成日： 令和3年4月1日	前回作成日： 令和3年1月10日	初回作成日： 令和2年4月1日
ふりがな *かし きょう*	性別 女	要介護度 要介護2
氏名 *石 京*	昭和14年6月16日生 81 歳	計画作成者： *玉 あや*
		職種： 介護福祉士
障害高齢者の日常生活自立度： 自立 J1 J2 (A) A2 B1 B2 C1 C2	認知症高齢者の日常生活自立度： 自立 (I) IIa IIb IIIa IIIb IV M	

I 利用者の基本情報 ※別紙様式3-1・別紙様式3-2を別途活用すること。

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

健康状態・経過

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

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標

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

個別機能訓練項目

プログラム内容(何を目的に(～のために)～する)	留意点	頻度	時間	主な実施者
① 7 運動機能訓練	血圧上昇時は、控える	週 2 回	30 分	作業療法士
②		週 回	分	
③		週 回	分	
④		週 回	分	

※短期目標で設定した目標を達成するために必要な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。

プログラム立案者： *取 史*

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

III 個別機能訓練実施後の対応

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

本人のサイン：

家族サイン：

介護老人保健施設 ●苑	事業所No. 469999997	説明日： 令和3年4月1日
住所 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地	電話番号 099-XXX-XXXX	説明者： *玉 あや*

個人機能訓練機能状態

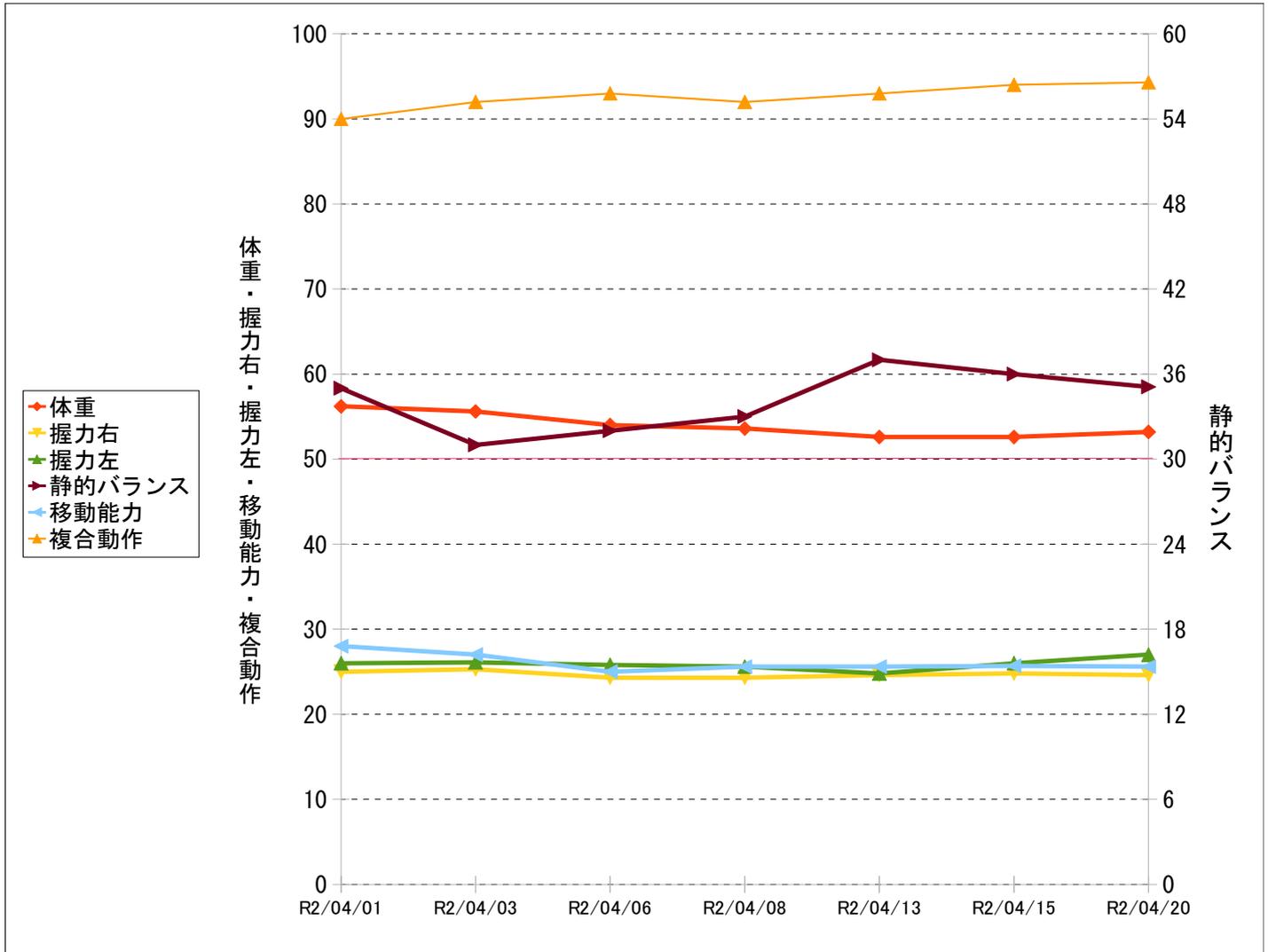
有料老人ホーム ●風

氏名 *石 京*

性別 女 生年月日 S14/06/16

年齢 81歳

実施日 R2/04/20



評価実施日	R2/04/01	R2/04/03	R2/04/06	R2/04/08	R2/04/13	R2/04/15	R2/04/20
体重	56.20	55.60	54.00	53.60	52.60	52.60	53.20
握力右	25.0	25.3	24.3	24.3	24.6	24.8	24.6
握力左	26.0	26.1	25.8	25.6	24.8	26.0	27.0
静的バランス	35.0	31.0	32.0	33.0	37.0	36.0	35.1
移動能力	28.0	27.0	25.0	25.6	25.6	25.7	25.6
複合動作	90.0	92.0	93.0	92.0	93.0	94.0	94.3

体力測定結果

* 石 京 *

様

81 歳

介護区分

要介護 4

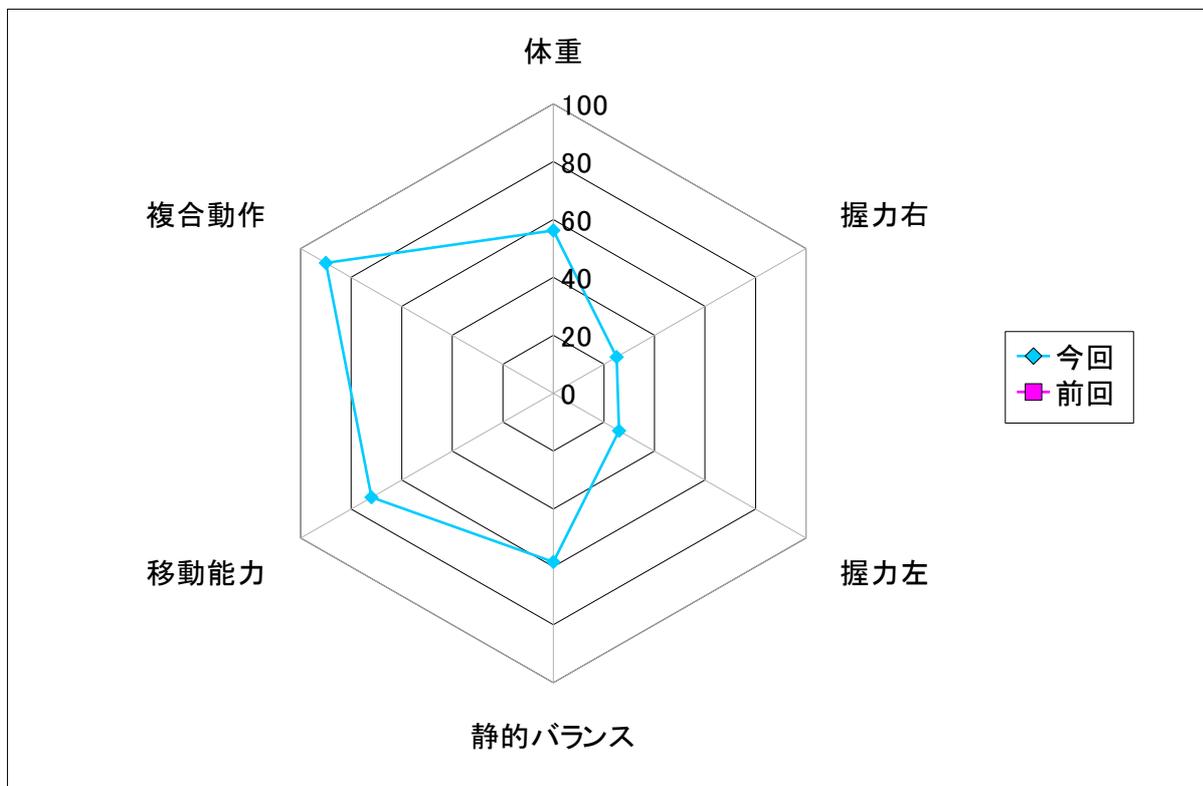
今回の体力測定の結果は以下のとおりでした。

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

<レーダーチャートの見方>

中心から外側に広がるにつれてその測定項目の能力が高いことを示します。

移動能力については、値が小さいほうが外側に表示されます。



※測定項目について

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

業務帳票

■掲示板

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

■様式B A4

請求書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

利用者番号

*上 義*様 氏名

*上 義*様

請求金額 90,862円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

発行日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 32

Table with 2 columns: Category (e.g., 介護保険請求額), Amount (19,462).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療保険請求額), Amount.

- サービス提供日 ①-⑩, ⑪-⑳, ㉑-㉓

Table with 2 columns: Category (e.g., その他費用合計), Amount (71,400).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療費控除対象金額), Amount (0円).

居宅介護支援事業所

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額. Includes items like 特定施設生活介護2, 特定施設夜間看護体制加算, etc.

Empty main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額.

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

Summary table with 2 columns: Category (e.g., 前月までの未収額), Amount.

請求書 (控)

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

利用者番号

*上 義*様 氏名

*上 義*様

請求金額 90,862円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

発行日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 32

Table with 2 columns: Category (e.g., 介護保険請求額), Amount (19,462).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療保険請求額), Amount.

- サービス提供日 ①-⑩, ⑪-⑳, ㉑-㉓

Table with 2 columns: Category (e.g., その他費用合計), Amount (71,400).

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療費控除対象金額), Amount (0円).

居宅介護支援事業所

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額. Includes items like 特定施設生活介護2, 特定施設夜間看護体制加算, etc.

Empty main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額.

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

Summary table with 2 columns: Category (e.g., 前月までの未収額), Amount.

■様式B A4

領収書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

利用者番号

*上 義*様 氏名

*上 義*様

領収金額 90,862円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

入金日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 32

Table with 2 columns: 介護保険請求額 (19,462), 保険内金額① (19,462), 保険外金額②, 減免金額③

Table with 2 columns: 医療保険請求額 (4), 保険分金額合計, 保険分利用者負担④

サービス提供日 ①-⑩, ⑪-⑳, ㉑-㉓

Table with 2 columns: その他費用合計 (71,400), その他費用減免金額 (0)

Table with 2 columns: 医療費控除対象金額 (0円)

居宅介護支援事業所

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額. Includes items like 特定施設生活介護2, 特定施設夜間看護体制加算, etc.

Empty main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額.

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

領収印

領収書 (控)

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

利用者番号

*上 義*様 氏名

*上 義*様

領収金額 90,862円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

入金日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 32

Table with 2 columns: 介護保険請求額 (19,462), 保険内金額① (19,462), 保険外金額②, 減免金額③

Table with 2 columns: 医療保険請求額 (4), 保険分金額合計, 保険分利用者負担④

サービス提供日 ①-⑩, ⑪-⑳, ㉑-㉓

Table with 2 columns: その他費用合計 (71,400), その他費用減免金額 (0)

Table with 2 columns: 医療費控除対象金額 (0円)

居宅介護支援事業所

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額. Includes items like 特定施設生活介護2, 特定施設夜間看護体制加算, etc.

Empty main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額.

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

■様式 E A5

領収書 (控)

利用者番号

* 上 義 * 様

入金日 令和2年5月11日

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

* 上 義 * 様

領収印

請求金額
90,862
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領収金額
90,862

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	19,462	
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	71,400	
		食費居住費

(口座引落)

令和2年4月のご利用日



[請求明細]	
特定施設生活介護[ご利用期間:1日~30日]	計: 19,462
特定施設生活介護 2	30 × 602
特定施設夜間看護体制加算	30 × 10
特定施設処遇改善加算Ⅱ	1 × 1,102
その他費用 特定施設生活介護[ご利用期間:1日~30日]	計: 71,400
家賃	30 × 1,000
朝食代	30 × 300
昼食代	30 × 500
夕食代	30 × 580

[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 F A5

請求書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用者番号

上 義 様

氏 名

上 義 様

請求金額 90,862 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

発行日 令和2年5月11日
 請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
 請求書番号 32

介護保険請求額 (①+②-③)	19,462
保険内金額①	19,462
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

サービス提供日

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

その他費用合計	71,400
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0 円
---------------	-----

居宅介護支援事業所

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
特定施設生活介護 2	602	30		
特定施設夜間看護体制加算	10	30		
特定施設処遇改善加算Ⅱ	1,102	1		
家賃	1,000	30		30,000
朝食代	300	30		9,000
昼食代	500	30		15,000
夕食代	580	30		17,400

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

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

前月までの未収額	
合計請求額	

口座引落のため未収金額は印字されません

様式 F A5

領収書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用者番号

上 義 様

氏 名

上 義 様

領収金額 90,862 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

発行日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 32

介護保険請求額 (①+②-③)	19,462
保険内金額①	19,462
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

サービス提供日

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

その他費用合計	71,400
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0 円
---------------	-----

居宅介護支援事業所

項目名	単位 単価	回数	税	金額
特定施設生活介護 2	602	30		
特定施設夜間看護体制加算	10	30		
特定施設処遇改善加算Ⅱ	1,102	1		
家賃	1,000	30		30,000
朝食代	300	30		9,000
昼食代	500	30		15,000
夕食代	580	30		17,400

項目名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

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

前月までの未収額	
合計請求額	

口座引落のため未収金額は印字されません

■様式 F A5

請求書 (控)

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用者番号

上 義 様

氏 名

上 義 様

請求金額 90,862 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

入金日 令和2年5月11日
 請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
 請求書番号 32

介護保険請求額 (①+②-③)	19,462
保険内金額①	19,462
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

サービス提供日

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

その他費用合計	71,400
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0 円
---------------	-----

居宅介護支援事業所

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
特定施設生活介護 2	602	30		
特定施設夜間看護体制加算	10	30		
特定施設処遇改善加算Ⅱ	1,102	1		
家賃	1,000	30		30,000
朝食代	300	30		9,000
昼食代	500	30		15,000
夕食代	580	30		17,400

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

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

様式 F A5

領収書 (控)

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用者番号

上 義 様

氏 名

上 義 様

領収金額 90,862 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

入金日 令和2年5月11日
 請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
 請求書番号 32

介護保険請求額 (①+②-③)	19,462
保険内金額①	19,462
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

サービス提供日

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

その他費用合計	71,400
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0 円
---------------	-----

居宅介護支援事業所

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
特定施設生活介護 2	602	30		
特定施設夜間看護体制加算	10	30		
特定施設処遇改善加算 II	1,102	1		
家賃	1,000	30		30,000
朝食代	300	30		9,000
昼食代	500	30		15,000
夕食代	580	30		17,400

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

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

納入通知書
(納付書)
領収書

納入書

収入済通知書

番号		納入者	*上 義* 様
令和2年度収入			
金額	90,862 円		
納入期限	令和2年5月27日		
納入場所	有料老人ホーム ●風		
特定施設生活介護 利用料(4月分)			
発行年月日	令和2年5月10日		
上記の金額を納入してください XXXX会XXX XXXX会XXX所長 XXX XXXX			
上記の金額を領収しました			領収印

番号		納入者	*上 義* 納
令和2年度収入			
金額	90,862 円		
納入期限	令和2年5月27日		
納付金の内容 特定施設生活介護 利用料(4月分)			
発行年月日	令和2年5月10日		
上記の金額を納入してください (株)XXX銀行XXX支店 御中			
預金口座 口座名義人	XXX銀行 XX支店 普通預金 No. XXX XXX法人 XXX 理事長		収納印

番号		納入者	*上 義* 納
令和2年度収入			
金額	90,862 円		
納入期限	令和2年5月27日		
収入金の内容 (納付金) 特定施設生活介護 利用料(4月分)			
発行年月日	令和2年5月10日		
上記の金額を収納しました XXXX会XXX出納員殿			
預金口座	XXX銀行 XX支店 普通預金 No. XXX		収納印

業務日誌

		施設長	事務長	主任	担当

有料老人ホーム ●風

令和2年4月1日(水)	天気	晴れ	作成者	*玉 あや*	
入所	7名(男性)	4名、女性	3名)		
入院	0名	外泊	0名	通院	0名
				往診	0名
				面会	1名
見学	名				
勤務者	6人				
	京 一(介護支援専門員)、*玉 あや*(介護支援専門員)、*媛 悟*(介護支援専門員)、*阪太*(介護福祉士)、*取 史*(介護福祉士)、*知 小*(介護福祉士)				
行事	担当者会議				
要注意・観察者	* 一*(水分摂取)、*玉 花*(水分摂取)、*松 二*(水分摂取)、*上 義*(水分摂取)、*田花*(水分摂取)、*浜 一*(水分摂取)、*野 合*(水分摂取)				
利用者	申し送り内容				
玉 花	服薬変更				
特記事項	*玉 花*様への服薬変更に付き、注意が必要です。				
外出	名				
要注意・観察者(夜勤)					
利用者	申し送り内容(夜勤)				
浜 一	体調すぐれず、本日は通院が必要です。				
特記事項(夜勤)	(1人)、(1人)				

	庫 三
	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	3	1	0	0	0	4
女	2	1	0	0	0	0	0	0	3
計	2	1	0	3	1	0	0	0	7

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
田 花	要支援2	長	101				
玉 花	要支援1	長	102				
浜 一	要介護2	長	103				
松 二	要介護2	長	105				
* 一 *	要介護3	長	106				
上 義	要介護2	長	106				
野 合	要支援1	長	201				

入院外泊転室者

入院外泊者

転室者

利用者名	外出・外泊	期間・時間	利用者名	転室前→転室後

往診通院者

利用者名	医療機関名	診療科	利用者名	医療機関名	診療科

その他

項目	内容

その他（夜勤）

項目	内容

ケア項目		ケア内容		男	女	合計
清潔保持介助	洗顔介助	1	1	2		
清潔保持介助	口腔清潔介助	0	1	1		
清潔保持介助	清拭介助	1	1	2		
清潔保持介助	整容介助	0	1	1		
更衣介助	更衣の準備等	0	0	0		
更衣介助	更衣の見守り	0	1	1		
更衣介助	更衣動作の介助	0	1	1		
入浴介助	入浴の準備、後始末	0	1	1		
入浴介助	入浴時の移乗、移動の介助	0	1	1		
入浴介助	洗身介助	0	1	1		
食事等介助	食事等の摂取介助	0	1	1		
食事等介助	経口流動食の実施	0	0	0		
食事等介助	経管栄養	0	0	0		
排泄	排泄時の移乗、移動介助	0	1	1		
排泄	排泄の準備	0	1	1		
排泄	排尿介助	0	1	1		
基本動作介助	起居介助	0	1	1		
基本動作介助	移乗介助	0	1	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	0	0	0		
水分摂取介助	水分摂取等の見守り	0	1	1		
リハビリの実施	リハビリの実施	0	0	0		
薬剤の使用	服薬等の準備等	0	1	1		
薬剤の使用	服薬等の見守り	0	1	1		
薬剤の使用	服薬等の介助	0	0	0		
バイタル測定	バイタルの見守り	0	1	1		
バイタル測定	バイタルの測定・観察	0	1	1		
レクリエーション	レクリエーションの準備	0	1	1		
レクリエーション	レクリエーションの見守り	0	1	1		
レクリエーション	レクリエーションの介助	0	0	0		
入所送迎人数	迎え	0	名	送り	0	名
入所送迎利用者						
迎え						
送り						

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	有料老人ホーム ●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・ <input checked="" type="radio"/> 女	要介護度	要介護4
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4				
利用者の生活状況	介護サービス 特定施設利用				
認知症の状況	I	影響レベル	レベル1		

3 事故の概要

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

4 事故発生後の対応

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

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	有料老人ホーム ●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	介護サービス 特定施設利用				
認知症の状況	I	影響レベル	レベル1		

3 事故の概要

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

■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

居宅介護支援 ●●ケアセンター東風

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××

東●●●地域包括支援センター

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

有料老人ホーム ●風

御中

処方箋

利用者番号: 1024

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

処方箋(控え)

利用者番号: 1024

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

会議名	適切な介護		司会者	* 玉 あや *
			記録者	* 京 一 *
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 ~ 11:00			
カンファレンス出席者	* 阪 太 * (介護職員)、* 崎 六 * (介護支援専門員)、* 木 あざ * (看護師)			
利用者基本情報	氏名	* 玉 花 * 様		
	介護度	要支援1		

【各職種からのコメント】

1	介護職員 適切な介護を行い、安心して生活していただく
2	介護職員 1. 家庭における介護方法をご家族より伺い、対応マニュアルを作成する。 2. 介護が必要な場面において、どのような対応が適切か必ずご本人に確認する。 3. 適切な介護方法が分かったら、随時マニュアルに追加し、対応を統一する。
3	介護支援専門員 「自分が思ったように介護をしないと、すぐ機嫌を損ねる」という点について3つのサービス内容を立案しましたが、2週間の間で不都合はなかったか、また変更が必要な場合は、何が問題となったか

【特記事項】

マニュアルにない内容については、本人に確認しながら行ったが、話しかけ方によって機嫌を損ねることがあったので、言葉遣いなどに注意が必要である。

【利用継続】 可 否 検討

随時マニュアルを追加していたものの、その時の気分によっては対応を変えなくてはならないことがあった。また、マニュアルの更新を知らずに対応していたスタッフもいることが分かった。

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	*ワケヨシ*	被保険者証番号	0012000000	
	氏名	*国良*	有効期限	令和02年12月31日	
	生年月日	昭和14年07月29日 生	男・ <input checked="" type="radio"/>	要介護区分	要介護2
	住所	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1			
	連絡先	099-XXX-XXXX	居宅介護支援事業所		

傷病名	開始	終了	転帰 期間終了予定日
脳梗塞	令和1年5月		治癒・死亡・中止 年 月 日
高血圧	令和1年10月		治癒・死亡・中止 年 月 日
			治癒・死亡・中止 年 月 日

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

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

《基本情報》

フリガナ 本人氏名	*カニ ヨシ* *国 良*	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	昭和14年07月29日 生(81)歳
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1	Tel	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法	
住所地	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1	Tel	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法	

《緊急時情報》

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

《保険情報》

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

《自立度・現状・住環境・経済状況》

本人の状況	在宅		生活圏域	
世帯の状況		見守り状況		行政区
住居環境	一戸建て 自宅	自室有	階	建物名称
住居環境 その他				
経済状況	厚生年金			

障害高齢者の日常生活自立度	A1	認知症高齢者の日常生活自立度	I
---------------	----	----------------	---

種類	等級・種別等	手帳番号	障害名等
その他			

《利用サービス情報》

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

《家族情報》

フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
ケニ カズ		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
国 和		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
**ケニ ヨシ*		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
ケニ ジ		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。

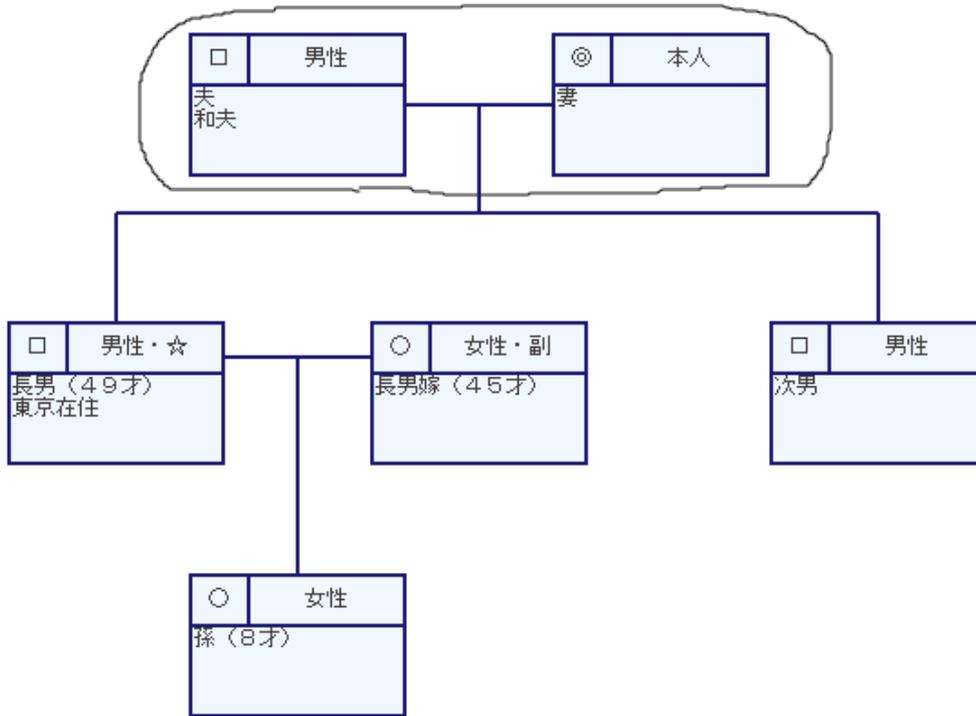
《現病歴・既往歴情報》

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》

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
フリガナ 氏名								
フリガナ 氏名								
フリガナ 氏名								
フリガナ 氏名								
フリガナ 氏名								
家族関係等の状況	長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。							

《基本情報》

フリガナ 本人氏名	*カニ ヨシ* *国 良*	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	昭和14年07月29日 生(81)歳
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1	Tel	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法	
住所地	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1	Tel	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法	

《緊急時情報》

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

《保険情報》

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

《自立度・現状・住環境・経済状況》

本人の状況	在宅		生活圏域	
世帯の状況		見守り状況		行政区
住居環境	一戸建て 自宅	自室有	階	建物名称
住居環境 その他				
経済状況	厚生年金			

障害高齢者の日常生活自立度 A1 認知症高齢者の日常生活自立度 I

種類	等級・種別等	手帳番号	障害名等
その他			

《利用サービス情報》

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

《家族情報》

フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
ケニ カズ		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
国 和		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
**ケニ ヨシ*		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
ケニ ジ		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。	

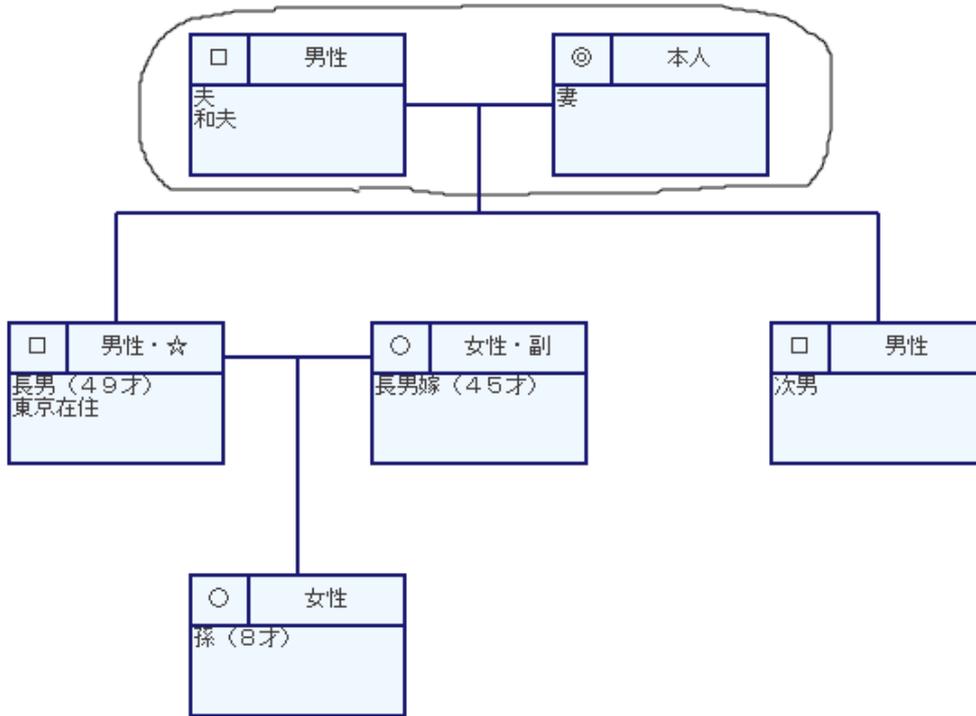
《現病歴・既往歴情報》

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》

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	*クニ ヨシ*		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	*国 良*			
生年月日	昭和14年07月29日	(81) 歳		
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1			
	TEL	099-XXX-XXXX	携帯	090-XXXX-XXXX

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

緊急時の連絡先	連絡先 1	氏名	*国 芳*	続柄	長男	
		住所	〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地			
		電話	099-26X-XXXX	携帯	090-1XXX-2XXX	
		コメント				
	連絡先 2	氏名	*国 ニ*	続柄	次男	
		住所	〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地			
		電話	099-XXXX-XXXX	携帯	090-XXXX-XXXX	
		コメント				

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

介護トータルシステム『寿』
特定施設サービス 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月