

介護トータルシステム『寿』

小規模多機能サービス



帳票サンプル



（株）南日本情報処理センター

ご注意

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

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

一 目 次

■利用者関係帳票■

利用者台帳
利用者基本情報
利用者一覧表
保険切れ一覧
利用開始・終了者一覧
住所ラベル
認定調査票
主治医意見書
基本チェックリスト（計なし／計あり）
災害時要援護者基本情報

■実績関係帳票■

サービス提供実績票／作成状況一覧
利用状況一覧表
通所利用状況一覧表
未収金一覧
事業所別未収金一覧表
処遇改善一覧表
その他費用一覧表
サービス費請求一覧表
家族連絡票（詳細／写真有り／撮取記号有り／実施内容有り）
サービス記録
利用料請求一覧表／利用者別請求合計一覧表
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

■統計資料■

年齢別利用者数
利用終了者状況別流れ図表
月間利用集計表

■レセプト統計関係■

給付管理票(様式第十一)
給付管理票総括票
介護給付費請求書(様式第一)
介護給付費請求書_保険者別(様式第一)
介護給付費明細書(様式第二)
サービス提供証明書(様式第二)
レセプト一覧
介護度別サービスコード別請求額一覧／サービスコード別請求額一覧
稼動額集計表
介護給付費請求額一覧
保険者別請求額一覧
サービス集計一覧

■アセスメント■

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

■サービス計画書■

居宅サービス計画の同意書兼受領書
居宅サービス計画書(1)
居宅サービス計画書(2)
週間サービス計画表
日課計画表
モニタリングシート

目次

モニタリング評価表
興味・関心チェックシート
居宅支援経過記録
サービスカレンダー
サービス担当者会議の要点
サービス担当者に対する照会（依頼）内容
介護予防サービス・支援計画書
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表
サービス利用票/提供票・別表
給付管理票明細一覧
サービス計画書・評価表
予防サービス計画書・評価表
訪問個別援助計画書
通所個別援助計画書
サービス予定カレンダー
課題整理総括表／ADL チャート
利用票作成情報一覧
ケアプラン作成状況

■業務帳票■

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

■その他■

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

利用者関係帳票

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

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

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

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

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

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《家族情報》

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

《生活状況》

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

《生活歴》

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

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《現病歴・既往歴情報》

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

《利用サービス情報》

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

《関係者情報》

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

《社会活動》

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

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

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

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

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《ADL・IADL》

	項目名	評 価	備 考
A D L	寝返り	一部介助	
	起き上がり	一部介助	
	座位保持	全介助	
	立ち上がり	全介助	
	立位保持	一部介助	
	歩行	一部介助	
	移動	自立	
	移動の手段	杖	
I A D L	調理	自立	
	掃除・洗濯	一部介助	
	買物	自立	
	金銭管理	自立	
	服薬管理	一部介助	
	電話利用	自立	
	交通手段利用	自立	

《福祉サービス等》 ※各サービスの最新日付を印刷。

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

《主治医》

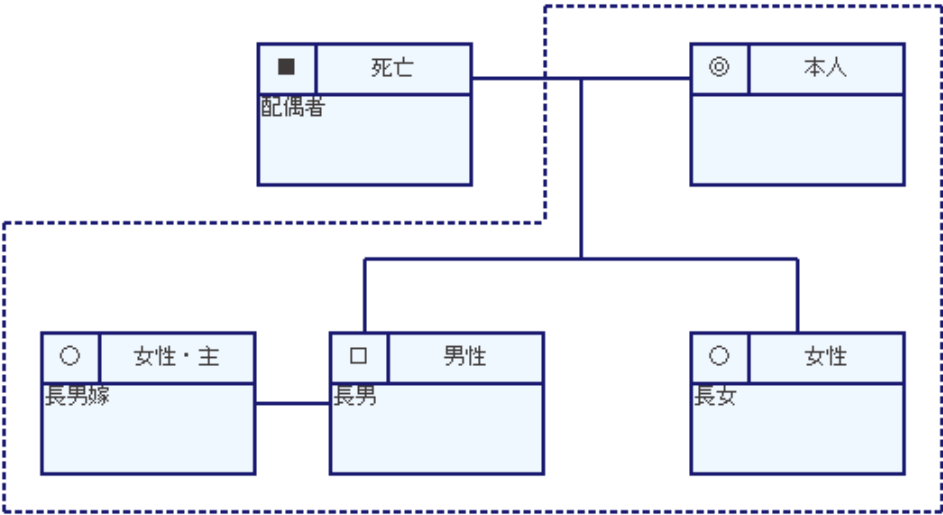
	医師名	所属機関	備考
主 治 医	*村 陽*	南●●クリニック	
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地	
		電話番号： 099-XXX-XXX FAX： 099-XXX-XXXX	
	田 明	●田病院	
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地	
		電話番号： 099-XXX-XXX FAX： 099-XXX-XXXX	

住所：
電話番号： FAX：

家族構成図

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

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



《家族情報》

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

利用者基本情報

作成担当者： * 玉 あや *

《基本情報》

相談日	令和2年4月1日(水)	来所 その他()	電話 初回 再来 (前)	
把握経路	本人・家族からの相談			
本人の現況	(在宅) ・ 入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	*カニ ヨシ*	男・女	昭和14年7月29日生 (80) 歳	
住所	〒891-0115 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		
日常生活 自立度	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		
認定・ 総合事業 情報	要介護2 有効期限： 令和2年1月1日 ~ 令和2年12月31日 前回の介護度(要介護2) 基本チェックリスト記入結果： 事業対象者の該当あり ・ 事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 令和2年3月2日			
障害等認定	身障()・療育()・精神()・難病()・その他()			
本人の 住居環境	(自宅) ・ 借家 ・ 一戸建て ・ 集合住宅 ・ 自室 (有 階・無) ・ 住宅改修 (有・無)			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()			
来所者 (相談者)		続柄	家族構成 ◎=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)	
住所 連絡先				
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	国 芳	長男		鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 099-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX
	国 二	次男		鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 099-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX
			日中独居 (有・無) 要介護者との同居世帯 高齢者のみ (合算140歳以上) 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。	

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

利用者氏名： * 国 良 *

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にいていまで、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・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関するものは必ず書く）

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●	TEL 099-XXX-XXXX	治療中 経過観察中 その他
2000年頃	高血圧	南●●クリニック ●村 陽●	TEL 099-XXX-XXXX	治療中 経過観察中 その他
			TEL	治療中 経過観察中 その他
			TEL	治療中 経過観察中 その他

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
花丸配食サービス 配食サービス	移動支援 民間タクシー

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日

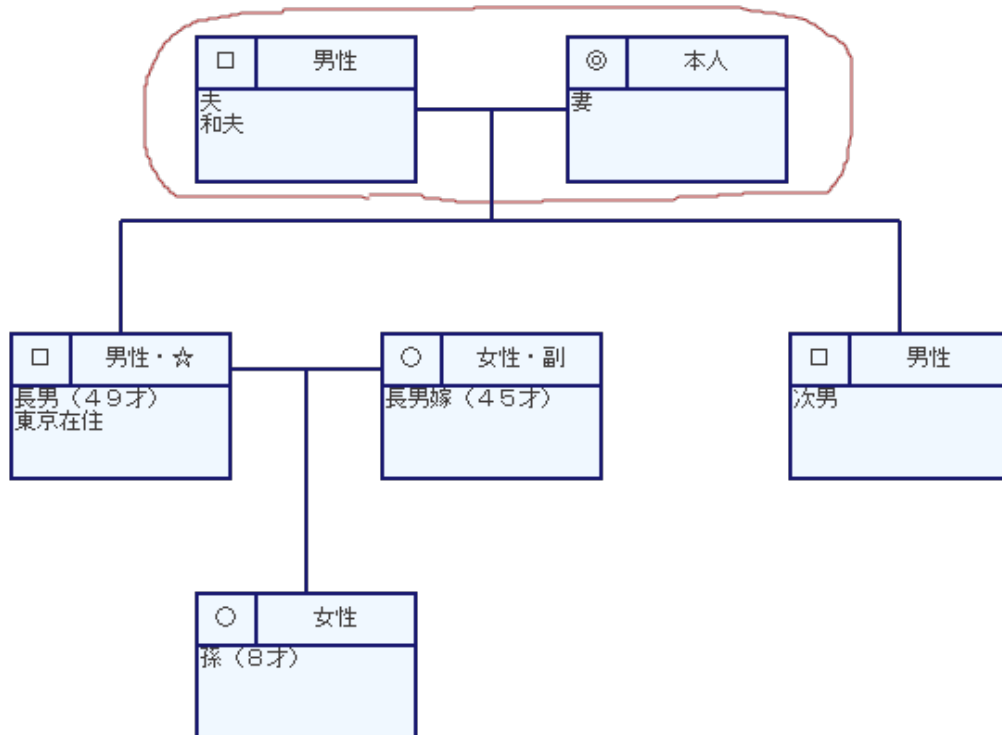
氏名

印

家族構成図

フリガナ	*ワケニ ヨシ*	男・ 女	昭和14年7月29日生	(80) 歳
本人氏名	*国 良*			

◎＝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)



来所者 (相談者)				続柄	
住所 連絡先					
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	日中独居 (有 ・ 無) 要介護者との同居世帯	
	国 芳	長男	鹿児島県鹿児島市東開町X X X 番地 099-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX		
	国 二	次男	鹿児島県鹿児島市東開町X X X 番地 099-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	高齢者のみ (合算140歳以上) 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。	

利用者一覧表

印刷日 令和02年04月01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	*利 二*	*シカガ シﾞロ*	男	S14/2/19	要介護 4	R1/10/1	R2/9/30	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-XXX-XXXX	R1/11/1～	小規模多機能 い ●●
2	*原 三*	*ハラ サブ*	男	S14/9/6	要支援 1	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 - X X X X	099-XXX-XXXX	R1/11/1～	東●●●地域包括 支援センター
3	*路 百*	*メシ゛ サ*	女	S10/4/1	要支援 1	R1/10/1	R2/9/30	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-XXX-XXXX	R1/11/1～	東●●●地域包括 支援センター
4	*路 三*	*メシ゛ サブロ*	男	S14/6/14	要介護 4	R1/10/1	R2/9/30	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - 2 1	099-XXX-XXXX	R1/11/1～	小規模多機能 い ●●
5	*路 良*	*メシ゛ ヨシ*	女	S14/4/17	要支援 2	R1/5/1	R5/3/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-XXX-XXXX	R1/11/1～	小規模多機能 い ●●
6	*館 花*	*オタ゛テ ハナ*	女	S14/1/28	要介護 3	R2/1/1	R3/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-XXX-XXXX	R1/11/1～	小規模多機能 い ●●
7	*月 京*	*オツキ キョウ*	女	S14/3/30	要介護 4	R2/1/1	R3/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-XXX-XXXX	R1/11/1～	小規模多機能 い ●●
8	*規模 一*	*ヨウキホ゛ イチロ*	男	S11/11/11	要支援 1	R1/10/1	R2/9/30	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-XXX-XXXX	R1/11/1～	東●●●地域包括 支援センター
9	*田 良*	*オタ ヨシ*	女	S14/3/1	要介護 2	R2/2/29	R4/2/28	*阪 太*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X - X X X	099-XXX-XXXX	R1/11/1～	小規模多機能 い ●●
10	*月 二*	*オツキ シﾞロ*	男	S14/3/27	要介護 1	R2/1/1	R3/12/31	*道 裕*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地	099-XXX-XXXX	R1/11/1～	小規模多機能 い ●●

保険切れ一覧（全サービス）

終了日 R2/4/1 ~ R2/6/30

印刷日 R2/4/20

[illegible]

【介護保険】

令和2年4月

利用開始・終了者一覧

印刷年月日： 令和2年5月6日

小規模多機能 い●●

【前月末利用者数 8 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 良 *	要支援 2	家庭	H30/01

【当月末利用者数 7 名】

■住所ラベル

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24

* 石 京 *
(* 石 京 *

様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 合 たつ *
(* 合 たつ *

様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX-XXX
-X

* 岡 三 *
(* 岡 三 *

様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 治 一 *
(* 治 一 *

様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 勢崎 京 *
(* 勢崎 京 *

様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 波 あわ *
(* 波 あわ *

様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 戸 久 *
(* 戸 久 *

様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 辺 孝 *
(* 辺 孝 *

様
様分)

認定調査票（基本調査）

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

1. ない	2. 左上肢	☒ 3. 右上肢	4. 左下肢	☒ 5. 右下肢	6. その他（四肢の欠損）
-------	--------	---	--------	---	---------------

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

☒ 1. ない	2. 肩関節	3. 股関節	4. 膝関節	5. その他（四肢の欠損）
--	--------	--------	--------	---------------

1-3 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	☒ 2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	---	---------

1-4 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	☒ 2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	---	---------

1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. できる	2. 自分の手で支えればできる	3. 支えてもらえればできる	4. できない
---	-----------------	----------------	---------

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

1. 支えなしでできる	☒ 2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	---	---------

1-7 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	☒ 2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	---	---------

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	☒ 2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	---	---------

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

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	☒ 3. できない
-------------	----------------	--

1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない
--	---------	--------	-----------

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	2. 一部介助	☒ 3. 全介助
-------------	---------	---

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|--------|--|---------|
| 1. できる | ☒ 2. 見守り等 | 3. できない |
|--------|--|---------|

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|-------------|--|--------|
| 1. 介助されていない | ☒ 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|--|--------|

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

☒ 2. 一部介助

3. 全介助

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

☒ 2. 一部介助

3. 全介助

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

1. 介助されていない

2. 見守り等

☒ 3. 一部介助

4. 全介助

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

1. 介助されていない

2. 見守り等

☒ 3. 一部介助

4. 全介助

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. 週1回以上

2. 月1回以上

3. 月1回未満

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる

☒ 2. ときどき伝達できる

3. ほとんど伝達できない

4. できない

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

☒ 1. できる

2. できない

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

☒ 1. できる

2. できない

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

☒ 1. できる

2. できない

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

☒ 1. できる

2. できない

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

☒ 1. できる

2. できない

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

1. できる

☒ 2. できない

3-8 徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

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

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

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

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-2 作話することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

☒ 2. ときどきある

3. ある

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

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-4 昼夜の逆転について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. ない

2. ときどきある

3. ある

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

1. ない

☒ 2. ときどきある

3. ある

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

1. ない

☒ 2. ときどきある

3. ある

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

1. ない

☒ 2. ときどきある

3. ある

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

1. ない	☒ 2. ときどきある	3. ある
-------	--	-------

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

☒ 1. ない	2. ときどきある	3. ある
--	-----------	-------

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

☒ 1. ない	2. ときどきある	3. ある
--	-----------	-------

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

☒ 1. ない	2. ときどきある	3. ある
--	-----------	-------

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

1. ない	☒ 2. ときどきある	3. ある
-------	--	-------

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

☒ 1. ない	2. ときどきある	3. ある
--	-----------	-------

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

☒ 1. ない	2. ときどきある	3. ある
--	-----------	-------

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

☒ 1. ない	2. ときどきある	3. ある
--	-----------	-------

5-1 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助
--	---------	--------

5-2 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

☒ 1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助
--	---------	--------

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

☒ 1. できる	2. 特別な場合を除いてできる	3. 日常的に困難	4. できない
---	-----------------	-----------	---------

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

1. ない	☒ 2. ときどきある	3. ある
-------	--	-------

5-5 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

5-6 簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

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

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

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

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

認定調査票（特記事項）

1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

- 1-1 麻痺等の有無, 1-2 拘縮の有無, 1-3 寝返り, 1-4 起き上がり, 1-5 座位保持, 1-6 両足での立位, 1-7 歩行, 1-8 立ち上がり, 1-9 片足での立位, 1-10 洗身, 1-11 つめ切り, 1-12 視力, 1-13 聴力
(1-1) 脳梗塞後遺症による右上下肢不全麻痺があるが、右手で軽いものなら持ち上げることができる。
下肢については前回調査時はゆっくりと歩行可能だったが、現在は脚力低下のために杖を2本使
っての歩行である。

2 生活機能に関連する項目についての特記事項

- 2-1 移乗, 2-2 移動, 2-3 えん下, 2-4 食事摂取, 2-5 排尿, 2-6 排便, 2-7 口腔清潔, 2-8 洗顔, 2-9 整髪, 2-10 上衣の着脱, 2-11 ズボン等の着脱, 2-12 外出頻度
(2-1) 2本の杖や何かつかまりながら可能であるが、たまに転倒しているので可能な限り見守りを要す
る。
(2-8) 日常はシャワー浴である。転倒の危険があるので自力での入浴は困難である。

3 認知機能に関連する項目についての特記事項

- 3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徘徊, 3-9 外出して戻れない
(3-1) 失語症のため「うなづき動作」や「そうそう」と言う発語が主なコミュニケーション手段になっ
ているが、自発的に医師を伝えようとしなない。
(3-7) まだら痴呆があり日課や場所の理解等ができたりできなかったりする。

4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

- 4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声を出す, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない
()

5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

- 5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理
()

6 特別な医療についての特記事項

- 6 特別な医療
()

7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

- 7-1 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度), 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度
()

主治医意見書

* 国 良 *

記入日

令和2年04月01日

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

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

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

医師氏名 ※村 陽※

医療機関名 南●●クリニック

電話 099-XXX-XXXX

医療機関所在地 鹿児島市東開町XXX番地

FAX 099-XXX-XXXX

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

1.傷病に関する意見

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

2.特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3.心身の状態に関する意見

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

(5) 身体の状態

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

☐ 四肢欠損 (部位: _____)

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

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

☐ その他 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 筋力の低下 (部位: 右下肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の痛み (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

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

☐ 褥瘡 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

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

4.生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 ☐ 自立 ☒ 介助があればしている ☐ していない

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

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

(2) 栄養・食生活

食事行為 ☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

現在の栄養状態 ☒ 良好 ☐ 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (塩分の採り過ぎに注意が必要である。)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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

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

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☒ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

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

☒ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療

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

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

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

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

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

・嚥下 ☒ 特になし ☐ あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください。)

☒ 無 ☐ 有 (_____) ☐ 不明

5.特記すべき事項

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

主治医意見書

国 良

記入日

令和2年04月01日

申 請 者	(ふりがな) *くに よし*	男 ・ 女	〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1
	国 良		
	昭和14年07月29日 生 (80 歳)		連絡先 099-XXX-XXXX
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画書作成等に利用されることに ☒ 同意する。 ☐ 同意しない。 医師氏名 ※村 陽※ 医療機関名 南●●クリニック 電話 099-XXX-XXXX 医療機関所在地 鹿児島市東開町XXX番地 FAX 099-XXX-XXXX			
(1)最終診察日		令和2年03月25日	
(2)意見書作成回数		☐ 初回 ☒ 2回目以上	
(3)他科受診の有無		☒ 有 ☐ 無 (有の場合)→ ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☒ 歯科 ☐ その他()	

1.傷病に関する意見

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

2.特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3.心身の状態に関する意見

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

(5)身体の状態	
利き腕(☒ 右 ☐ 左)	身長= 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。)

基本チェックリスト

利用者番号：1000

記入日：令和2年3月2日(月)

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

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

[備考]

--

基本チェックリスト

利用者番号： 1000

記入日： 令和2年3月2日(月)

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

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

[備考]

--

災害時要援護者基本情報

作成日：令和2年4月3日

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

実績関係帳票

サービス提供実績票

居宅介護支援事業所名： 小規模多機能事業所 い●●様

Tel: _____

Fax:

サービス提供事業所名： 小規模多機能 い●●

利用者名： * 田 良 * 様 生年月日： 昭和14年3月1日

介護度：要介護2

計画単位： 15,232

実績単位： 15.232

[illegible]

概算単位が“()”で括られているものは、区分支給限度額管理対象外です。

利用者名： * 田 良 * 様

小規模多機能 い●●

サービス提供実績票別表

※レセプト情報より出力しています。計算方法の違いにより、サービス提供票別表の金額と数円の誤差が発生する場合があります。

サービス内容	コード	単位数	回数	単位/金額	区分支給 超過単位数	区分支給内 単位数	単価	費用総額 (保険分)	給付率	保険請求額	定額利用者 負担単価金額	公費・軽減 給付額	利用者負担 (保険分)	利用者負担 (公費/軽減分)
小規模多機能 1 2	731121		1	15,232			10.00		90					
小多機能型サービス提供体制 加算 I 2	736101		1	(500)			10.00		90					
小規模多機能型処遇改善加算 I	736112		1	(1,605)			10.00		90					
計画単位		15,232	合計	15,232	0	15,232		173,370		156,033		0	17,337	0

合計情報

サービス種類	計画単位	限度額対象	限度額対象外	給付単位数
小規模多機能介護	15,232	15,232	2,105	17,337

提供実績票作成状況一覧

提供年月： 令和2年4月 分

印刷日： 令和2年4月6日

支援事業所番号	支援事業所名	No.	利用者氏名	介護度	被保険者 番号	保険者 番号	計画単位	限度額対象	限度額対象外	給付単位数	超過単位数
4699999888	小規模多機能事業所 い●●	1	* 田 良 *	要介護 2	4623161616	462010	15, 232	15, 232	2, 105	17, 337	0
		2	* 館 花 *	要介護 3	4600000128	462010	22, 157	22, 157	1, 429	23, 586	0
		3	* 月 京 *	要介護 4	4600000330	462010	24, 454	24, 454	1, 523	25, 977	0
		4	* 月 二 *	要介護 1	4600000327	462010	10, 364	10, 364	945	11, 309	0

利用状況一覧表

利用者： * 館 花 * 様

期間： 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

No.	利用日	介護度	出欠	利用 タイプ	送迎		予定時間			実績時間			健康状態										清潔 保持 介助	更衣 介助	入浴 介助	食事 等 介助	排泄	基本 動作 介助	水分 摂取 介助	リハビリ の実施	薬剤 の使用	バイタル 測定	レクリエー ション	利用 形態	
					迎	送	開始	終了	時間	開始	終了	時間	体重	身長	体温	脈拍	血圧	呼吸	SpO2																
1	04月01日（水）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59	50	160	36.3	72	125 / 80	24	98	●	●	●	●	●	●							●			
2	04月01日（水）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/			●															
3	04月02日（木）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
4	04月02日（木）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
5	04月03日（金）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
6	04月06日（月）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
7	04月06日（月）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
8	04月07日（火）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
9	04月07日（火）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
10	04月08日（水）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
11	04月08日（水）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
12	04月09日（木）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
13	04月09日（木）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
14	04月10日（金）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
15	04月13日（月）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
16	04月13日（月）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
17	04月14日（火）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
18	04月14日（火）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
19	04月15日（水）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
20	04月15日（水）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
21	04月16日（木）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
22	04月16日（木）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
23	04月17日（金）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
24	04月20日（月）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
25	04月20日（月）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
26	04月21日（火）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
27	04月21日（火）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
28	04月22日（水）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
29	04月22日（水）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
30	04月23日（木）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
31	04月23日（木）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
32	04月24日（金）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
33	04月27日（月）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
34	04月27日（月）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
35	04月28日（火）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
36	04月28日（火）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
37	04月29日（水）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
38	04月29日（水）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
39	04月30日（木）	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59					/																		
40	04月30日（木）	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/																		
	合 計		40		0	0											/			2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0			

利用状況一覧表

利用日： 令和2年4月1日（水）

No.	氏 名	介護度	出欠	利用 タイプ	送迎		予定時間			実績時間			健康状態								清潔 保持 介助	更衣 介助	入浴 介助	食事 等 介助	排泄	基本 動作 介助	水分 摂取 介助	リハビリ の実施	薬 剤 の 使 用	バイタル 測定	レクリエーション	利用 形態
					迎	送	開始	終了	時間	開始	終了	時間	体重	身長	体温	脈拍	血圧		呼吸	SpO2												
1	* 館 花 *	Ⅲ	●	通所			09:00	17:59	8' 59	09:00	17:59	8' 59	50	160	36.3	72	125 / 80		24	98	●	●	●	●	●	●				●		
2	* 館 花 *	Ⅲ	●	宿泊			18:00	08:59	14' 59	18:00	08:59	14' 59					/															
3	* 月 京 *	Ⅳ	●	通所			09:00	16:00	7' 00	09:00	16:00	7' 00	60	150	36.5	71	130 / 81		25	98	●	●	●	●	●	●				●		
4	* 月 京 *	Ⅳ	●	宿泊			16:00	09:00	17' 00	16:00	09:00	17' 00					/															
5	* 月 二 *	I	●	訪問			10:00	12:00	2' 00	10:00	12:00	2' 00					/															
	合 計		5		0	0											/				2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	0	0

未収金一覧

請求金額合計	254,586
未収金額合計	254,586
入金額合計	0

R2/05/11～R2/05/11

R2/05/11 時点

印刷日

R2/5/11

請求書番号	利用者番号	利用者名	請求グループ名	請求日	請求開始日	請求終了日	請求金額	未収金額	最終入金日	送付先
66	1020	* 田 良 *	小規模多機能	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	43,737	43,737		区分 請求書送付 太田 良子 電話 住所 370-0402 群馬県太田市阿久津町 1 2 3 4 - 6
	1020	* 田 良 *				計	43,737	43,737		
67		* 館 花 *	小規模多機能	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	77,986	77,986		区分 請求書送付 大館 花子 電話 住所 017-0806 秋田県大館市相染沢中岱 1 2 3 4 - 6
		* 館 花 *				計	77,986	77,986		
68		* 月 京 *	小規模多機能	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	87,577	87,577		区分 請求書送付 大月 京子 電話 住所 401-0013 山梨県大月市大月 1 丁目 1 2 3 4 - 6
		* 月 京 *				計	87,577	87,577		
69		* 月 二 *	小規模多機能	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	19,309	19,309		区分 請求書送付 大月 二郎 電話 住所 401-0013 山梨県大月市大月 1 丁目 1 2 3 4 - 5
		* 月 二 *				計	19,309	19,309		
70	1036	* 石 二 *	小規模多機能	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	25,977	25,977		区分 請求書送付 * 石 二 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
	1036	* 石 二 *				計	25,977	25,977		

事業所別未収金一覧表（ 小規模多機能 い●● ）

印刷日 2020年10月6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
1020	* 田 良 *	女	¥17,337	¥0	¥0	¥0	¥0	¥26,400	¥0	¥43,737	¥0	¥43,737	¥0	¥0	¥43,737
	* 館 花 *	女	¥23,586	¥0	¥0	¥0	¥0	¥54,400	¥0	¥77,986	¥0	¥77,986	¥0	¥0	¥77,986
	* 月 京 *	女	¥25,977	¥0	¥0	¥0	¥0	¥61,600	¥0	¥87,577	¥0	¥87,577	¥0	¥0	¥87,577
	* 月 二 *	男	¥11,309	¥0	¥0	¥0	¥0	¥8,000	¥0	¥19,309	¥0	¥19,309	¥0	¥0	¥19,309
1036	* 石 二 *	男	¥25,977	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥25,977	¥0	¥25,977	¥0	¥0	¥25,977
1021	* 原 三 *	男	¥4,318	¥0	¥0	¥0	¥0	¥4,300	¥0	¥8,618	¥0	¥8,618	¥0	¥0	¥8,618
全体合計			¥108,504	¥0	¥0	¥0	¥0	¥154,700	¥0	¥263,204	¥0	¥263,204	¥0	¥0	¥263,204

処遇改善一覧表

令和2年4月～令和2年4月						印刷日 令和2年10月6日						処遇改善単位合計		特定処遇改善単位合計		0			
												保険内単位合計		5, 425		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								
1020	* 田 良 *	小規模多機能型居宅介護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	1, 605	1, 605	0	0	0	0	小規模多機能 い●●							
1020	* 田 良 *				計	1, 605	1, 605	0	0	0	0	*田 良* 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地							
	* 館 花 *	小規模多機能型居宅介護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	929	929	0	0	0	0	小規模多機能 い●●							
	* 館 花 *				計	929	929	0	0	0	0	*館 花* 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地							
	* 月 京 *	小規模多機能型居宅介護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	1, 023	1, 023	0	0	0	0	小規模多機能 い●●							
	* 月 京 *				計	1, 023	1, 023	0	0	0	0	*月 京* 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地							
	* 月 二 *	小規模多機能型居宅介護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	445	445	0	0	0	0	小規模多機能 い●●							
	* 月 二 *				計	445	445	0	0	0	0	*月 二* 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地							
1036	* 石 二 *	小規模多機能型居宅介護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	1, 023	1, 023	0	0	0	0	小規模多機能 い●●							
1036	* 石 二 *				計	1, 023	1, 023	0	0	0	0	*石 二* 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地							
1021	* 原 三 *	介護予防小規模多機能型居宅介護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	400	400	0	0	0	0	小規模多機能 い●●							
1021	* 原 三 *				計	400	400	0	0	0	0	*原 三* 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町××× - ××××							

実施日 R02/04/01～R02/04/30

その他費用一覧表

(小規模多機能 い●●

)

印刷日 R02/05/11

	おむつ代	ベッド代	宿泊代				合計金額	軽減額合計	請求金額	(8%分消費税額) (10%分消費税額) 消費税合計額
	食事代	洗濯代								
	共益費	昼食代								
	テレビ代	夕食代								
* 田 良 *	0	0	12,000							
	2,400	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	8,000								0
	0	4,000								0
小 計							26,400	0	26,400	0
* 館 花 *	0	0	27,000							
	5,400	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	11,000								0
	0	11,000								0
小 計							54,400	0	54,400	0
* 月 京 *	0	0	33,000							
	6,600	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	11,000								0
	0	11,000								0
小 計							61,600	0	61,600	0
* 月 二 *	0	0	0							
	0	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	8,000								0
	0	0								0
小 計							8,000	0	8,000	0
* 原 三 *	0	0	1,500							
	300	0								
R02/04/01～R02/04/30	0	2,000								0
	0	500								0
小 計							4,300	0	4,300	0
総合計	0	0	73,500							
	14,700	0								
	0	40,000								0
	0	26,500								0
							154,700	0	154,700	0

実施日 R02/04/01～R02/04/30

サービス費請求一覧表 (小規模多機能 い●●

介護)

印刷日 R02/05/11

小規模多機能型居宅介護

	(基本)	若年性認知症受入加算	看取り連携体制加算	栄養スクリーニング加算	その他 加算		介護(保険)			
	初期加算	看護職員配置加算Ⅰ	訪問体制強化加算	サービス提供体制加算			介護(自費)			
	認知症加算Ⅰ	看護職員配置加算Ⅱ	総合マネジメント加算	処遇改善加算等						
	認知症加算Ⅱ	看護職員配置加算Ⅲ	生活機能向上連携加算	市町村独自加算			保険内単位	合計金額	軽減額	請求金額
* 田 良 *	15,232	0	0	0	0		17,337			
	0	0	0	500			0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	1,605						
	0	0	0	0			17,337			
小 計								17,337	0	17,337
* 館 花 *	22,157	0	0	0	0		23,586			
	0	0	0	500			0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	929						
	0	0	0	0			23,586			
小 計								23,586	0	23,586
* 月 京 *	24,454	0	0	0	0		25,977			
	0	0	0	500			0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	1,023						
	0	0	0	0			25,977			
小 計								25,977	0	25,977
* 月 二 *	10,364	0	0	0	0		11,309			
	0	0	0	500			0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	445						
	0	0	0	0			11,309			
小 計								11,309	0	11,309
* 石 二 *	24,454	0	0	0	0		25,977			
	0	0	0	500			0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	1,023						
	0	0	0	0			25,977			
小 計								25,977	0	25,977
総合計	96,661	0	0	0	0		104,186			
	0	0	0	2,500			0			
	0	0	0	5,025						
	0	0	0	0			104,186			
								104,186	0	104,186

* 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	2000						
【排泄】	排尿量	1500	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】								

* 石 京 *		様	生年月日		昭和14年6月16日		(80 歳)	
令和02年4月1日(水)								
			血压	126 / 86				
【健康チェック】			脈拍	71	回/分			
			体温	36.2	℃			
【食事】	食事量	昼	主食	10割	副食	割		
			昼間	主食	割			
【水分】	摂取量	2300						
【排泄】	排尿量	1000	排便	普通				
【ご家族への連絡事項】								
「今日は念入りに垢すりを行いました。お肌がすべすべになり、喜んでおられました。」								
【ご家族からの連絡事項】								

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

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

【ご家族への連絡事項】

お疲れになった様子も無く、積極的にレクリエーションを楽しんでおられました。

【ご家族からの連絡事項】



* 津 一 *		様	生年月日		昭和09年4月13日		(85 歳)	
<u>令和02年4月1日(水)</u>								
			血压		125 / 85			
【健康チェック】			脈拍		72 回/分			
			体温		36.5 °C			
【食事】			食事量		昼 主食		10 割 ◎	
					副食		割	
			昼間 主食		割			
【水分】			摂取量		2500			
【排泄】			排尿量		1000		排便 △とても少ない	
【ご家族への連絡事項】								
本日は寒い一日でしたので、湯船に少し長い間浸かられて体が温かくなつたと喜んでおられました。								
【ご家族からの連絡事項】								

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

* 津 一 * 様 生年月日 昭和09年4月13日 (85 歳)

令和02年4月1日(水)

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

【実施内容】

清潔保持介助	整容介助
更衣介助	更衣動作の介助
入浴介助	洗髪介助
服薬管理	服薬介助

【ご家族への連絡事項】

訪問にて、服薬の利用状況や薬の残りについて確認しました。

【ご家族からの連絡事項】

サービス記録

利用者氏名 * 館 花 * 殿

印刷日：R02.04.02

[illegible]

実施日 令和2年4月1日～令和2年4月30日

利用料請求一覧表

(小規模多機能 い●●)

印刷日 令和2年5月6日

	おむつ代	ベッド代	宿泊代		介護 (保険)	医療負担分	介護軽減額	最終入金日	入金額	請求区分
	食事代	洗濯代			介護 (自費)				累計入金額	金融機関名
	共益費	昼食代							未収金額	発行日
	テレビ代	夕食代			保険内単位	合計金額	軽減額合計	請求金額	消費税額	
* 田 良 *	0	0	12,000		17,337	0	0		0	請求書送付
1020	2,400	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	8,000							43,737	R02/05/11
66	0	4,000			17,337					
小 計						43,737	0	43,737	0	
* 館 花 *	0	0	27,000		23,586	0	0		0	請求書送付
	5,400	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	11,000							77,986	R02/05/11
67	0	11,000			23,586					
小 計						77,986	0	77,986	0	
* 月 京 *	0	0	33,000		25,977	0	0		0	請求書送付
	6,600	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	11,000							87,577	R02/05/11
68	0	11,000			25,977					
小 計						87,577	0	87,577	0	
* 月 二 *	0	0	0		11,309	0	0		0	請求書送付
	0	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	8,000							19,309	R02/05/11
69	0	0			11,309					
小 計						19,309	0	19,309	0	
* 石 二 *	0	0	0		25,977	0	0		0	請求書送付
1036	0	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0							25,977	R02/05/11
70	0	0			25,977					
小 計						25,977	0	25,977	0	
* 原 三 *	0	0	1,500		4,318	0	0		0	口座引落
1021	300	0			0				0	大●コンピュータサービス
R02/04/01～R02/04/30	0	2,000							8,618	R02/05/11
71	0	500			4,318					
小 計						8,618	0	8,618	0	
総合計	0	0	73,500		108,504	0	0		0	
	14,700	0			0				0	
	0	40,000							263,204	
	0	26,500			108,504					
						263,204	0	263,204	0	

請求区分：請求書送付、口座引落、振込

No.	利用者氏名	合計請求額	小規模多機能 い●●
1	* 田 良 *	43,737	43,737
2	* 館 花 *	77,986	77,986
3	* 月 京 *	87,577	87,577
4	* 月 二 *	19,309	19,309
5	* 石 二 *	25,977	25,977
6	* 原 三 *	8,618	8,618
合計		263,204	263,204

入金日計表

入金日期间： 令和02年05月10日 ～ 令和02年05月25日

印刷日： 令和02年05月25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		*月 京*	R02/04/01～R02/04/30	68	R02/05/25	87,577	25,977	61,600	0	87,577	0	窓口入金
2		*月 二*	R02/04/01～R02/04/30	69	R02/05/25	19,309	11,309	8,000	0	19,309	0	窓口入金
3	1024	*牟田 三*	R02/04/01～R02/04/30	62	R02/05/25	13,505	11,165	2,340	0	13,505	0	窓口入金
4	1045	*牟田 良*	R02/04/01～R02/04/30	63	R02/05/25	77,717	76,417	1,300	0	77,717	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	198,108	0	
5		*津 京*	R02/04/01～R02/04/30	61	R02/10/06	36,461	34,381	2,080	0	36,461	0	窓口入金
6	1020	*田 良*	R02/04/01～R02/04/30	66	R02/10/06	43,737	17,337	26,400	0	43,737	0	窓口入金
7		*館 花*	R02/04/01～R02/04/30	67	R02/10/06	77,986	23,586	54,400	0	77,986	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	158,184	0	
					合計	-	-	-	-	356,292	0	

利用者別入金一覧表

入金日 期間： 令和02年05月10日 ～ 令和02年05月25日

印刷日： 令和02年05月25日

	利用者番号	利用者名	請求期間	請求書番号	入金日	請求金額	保険分金額	その他費用金額	前回までの 入金額累計	入金金額	未収金額	入金区分
1		* 津 京 *	R02/04/01～R02/04/30	61	R02/10/06	36,461	34,381	2,080	0	36,461	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	36,461	0	
2	1020	* 田 良 *	R02/04/01～R02/04/30	66	R02/10/06	43,737	17,337	26,400	0	43,737	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	43,737	0	
3		* 館 花 *	R02/04/01～R02/04/30	67	R02/10/06	77,986	23,586	54,400	0	77,986	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	77,986	0	
4		* 月 京 *	R02/04/01～R02/04/30	68	R02/05/25	87,577	25,977	61,600	0	87,577	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	87,577	0	
5		* 月 二 *	R02/04/01～R02/04/30	69	R02/05/25	19,309	11,309	8,000	0	19,309	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	19,309	0	
6	1024	* 牟田 三 *	R02/04/01～R02/04/30	62	R02/05/25	13,505	11,165	2,340	0	13,505	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	13,505	0	
7	1045	* 牟田 良 *	R02/04/01～R02/04/30	63	R02/05/25	77,717	76,417	1,300	0	77,717	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	77,717	0	
					合計	-	-	-	-	356,292	0	

介護実施記録

* 館 花 * 様

女性

昭和14年1月28日生

81 歳

要介護3

施設長	事務長	主任	担当

記録日: 令和2年4月1日(水)

時間	サービス内容	血圧	体温 脈拍	服薬	食事	水分	排泄	実施記録
0:00								0:00 【その他費用】
								[朝食代]
1:00								単価: 300
								回数: 1 金額: 300
2:00								[昼食代]
								単価: 500
3:00								回数: 1 金額: 500
								[夕食代]
4:00								単価: 500
								回数: 1 金額: 500
5:00								[宿泊代]
								単価: 1,500
6:00								回数: 1 金額: 1,500
								[合計金額]2,800円
7:00								9:00 【実績】
								[提供時間]9:00~17:59(8時間59分)
8:00								[主サービス]小規模多機能13
								[送迎有無]送迎なし
9:00								9:00~10:30 【ケア実施記録】
								[清潔保持介助]
10:00					10 ◎			洗顔介助, 口腔清潔介助, 清拭介助
								[更衣介助]
11:00		125 80	36.3 72					更衣の準備等, 更衣の見守り
								[入浴介助]
12:00				○				入浴時の移乗、移動の介助, 洗身介助
13:00						2400	排尿 排便	[食事等介助]
								食事等の摂取介助
14:00								[排泄]
								排泄の準備, 排尿介助
15:00								[基本動作介助]
								体位交換介助, 起居介助, 移乗介助,
16:00	人口肛門・パウチ交換 瘻孔創部ガーゼ交換							移動介助
								[バイタル測定]
17:00								バイタルの見守り, バイタルの測定 ・観察
18:00								10:00 【朝食】
								主食: 10割 ◎
19:00								12:00 【薬服用歴】
								[ロキソニン] 1錠
20:00								13:00 【水分・排泄】
								排尿量: 800ml 排尿回数: 5回 排便
21:00								量: 多い 排便回数: 1回 排便状態
								: 普通便
22:00								13:02 【身長・体重】
								身長: 160.00cm 体重: 50.00kg B
23:00								M I : 19.5
								18:00 【実績】

実施記録	実施記録
[提供時間]18:00~8:59(14時間59分)	水分摂取量合計
[主サービス]小規模多機能13	2400ml
[送迎有無]送迎なし	
18:00~8:00 【ケア実施記録】	
[清潔保持介助]	
洗顔介助	

ケア実施状況表（清潔保持介助）

対象期間 R2/4/1～R2/4/30

小規模多機能 い●●

[illegible]

記号説明 洗:洗顔介助 □:口腔清潔介助 清:清拭介助 整:整容介助

ケア内容統計

対象期間： 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

印刷日： 令和2年5月1日

清潔保持介助	
洗顔介助	6
口腔清潔介助	3
清拭介助	5
小計	14

更衣介助	
更衣の準備等	4
更衣の見守り	3
小計	7

入浴介助	
入浴時の移乗、移動の介助	3
洗身介助	3
小計	6

食事等介助	
食事等の摂取介助	4
経口流動食の実施	1
小計	5

排泄	
排泄の準備	3
排尿介助	2
小計	5

基本動作介助	
体位交換介助	4
起居介助	3
移乗介助	3
移動介助	3
小計	13

水分摂取介助	
水分摂取等の準備	1
水分摂取等の見守り	1
小計	2

バイタル測定	
--------	--

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

バイタルの見守り	3
バイタルの測定・観察	3
小計	6
総計	58

印刷日 R2/5/6

その他費用名： 昼食代

[illegible]

印刷日 R2/5/6

その他費用名： 宿泊代

利用者番号	利用者氏名	回数/使用量	自費金額
合計	(4人)	49	73,500

温度板

小規模多機能 い●●

利用者番号 1234

氏名 *石 京*

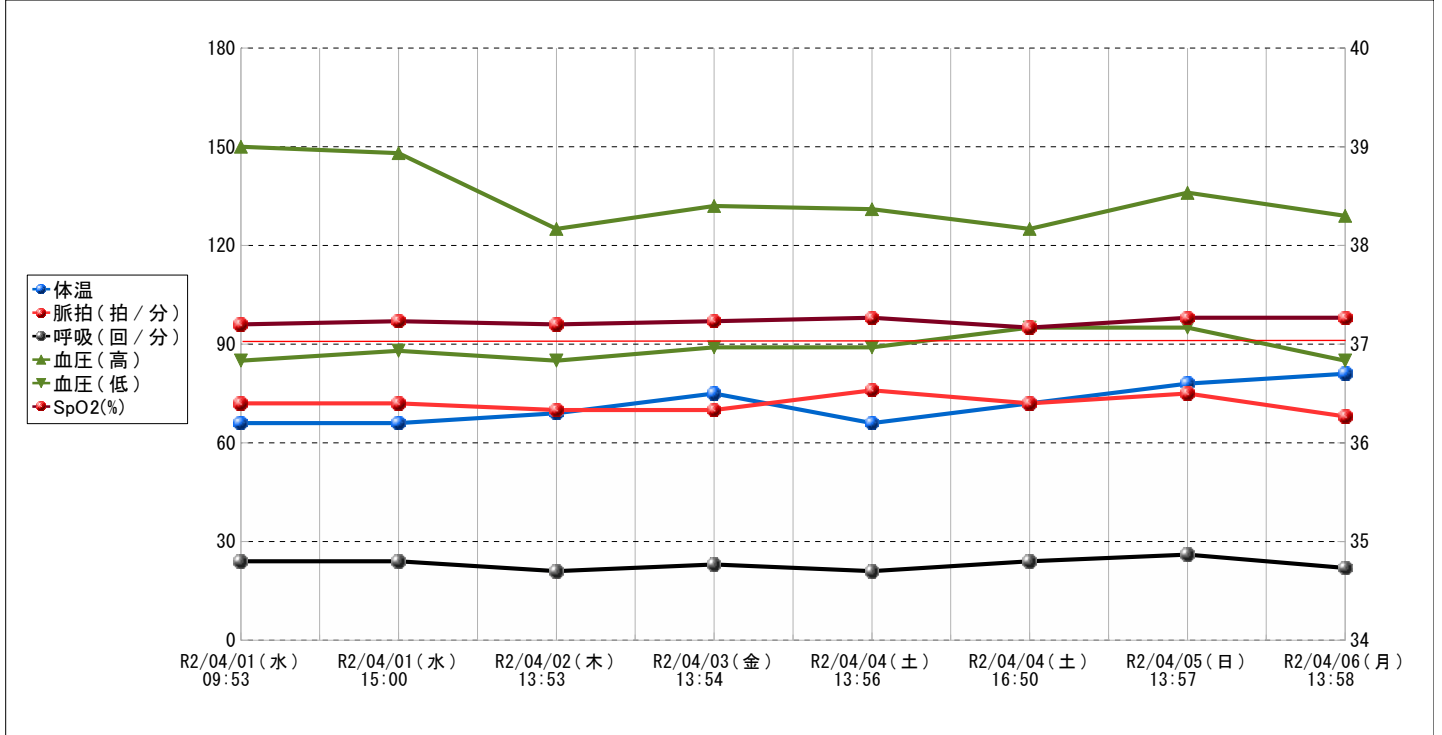
性別 女

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							

小規模多機能 い●●

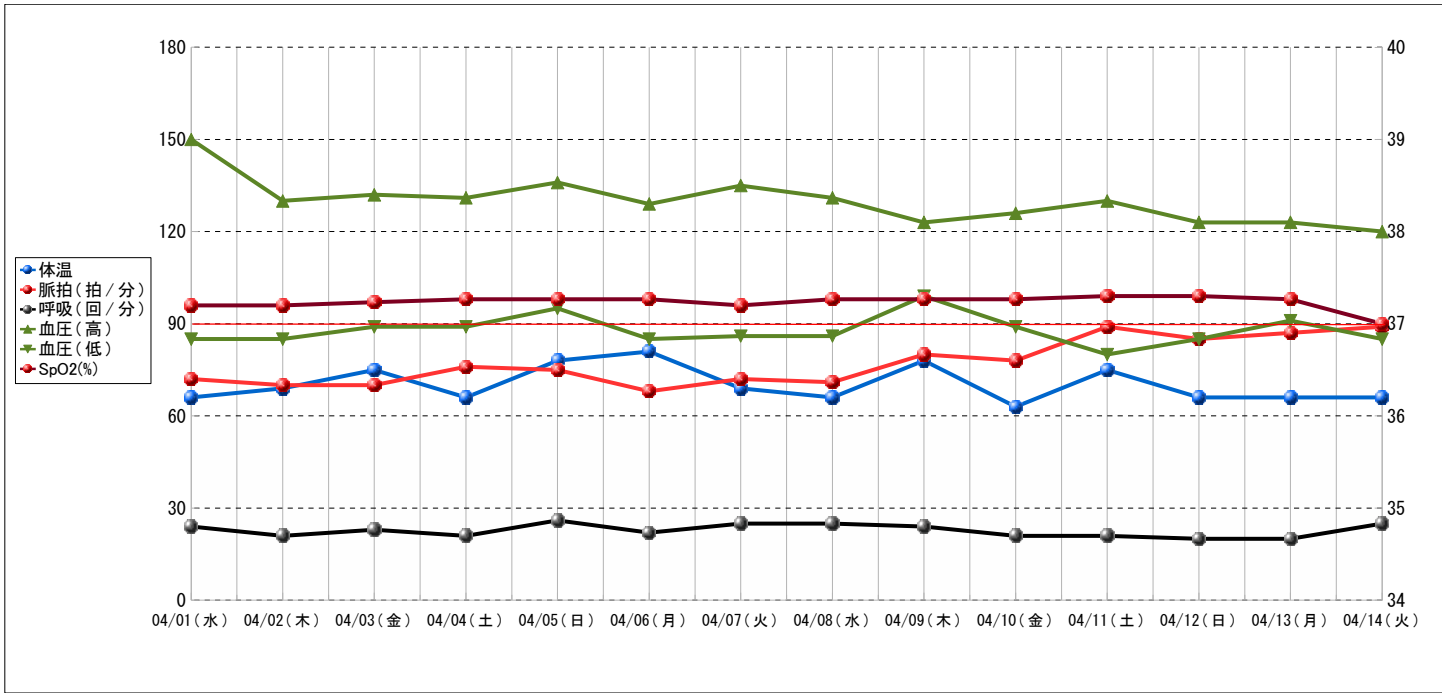
利用者番号 1234

氏名 * 石 京 *

性別 女

生年月日 昭和14年6月16日

年齡 80 歲



	04/01(水)	04/02(木)	04/03(金)	04/04(土)	04/05(日)	04/06(月)	04/07(火)	04/08(水)	04/09(木)	04/10(金)	04/11(土)	04/12(日)	04/13(月)	04/14(火)
計測時間	9:53	13:53	13:54	13:56	13:57	13:58	14:01	14:01	9:32	9:33	9:33	9:34	9:35	9:36
体温	36.2	36.3	36.5	36.2	36.6	36.7	36.3	36.2	36.6	36.1	36.5	36.2	36.2	36.2
脈拍(拍/分)	72	70	70	76	75	68	72	71	80	78	89	85	87	89
呼吸(回/分)	24	21	23	21	26	22	25	25	24	21	21	20	20	25
血圧 高(mmHg)	135 / 85	130 / 85	132 / 89	131 / 89	136 / 95	129 / 85	135 / 86	131 / 86	123 / 99	126 / 89	130 / 80	123 / 85	123 / 91	120 / 85
SpO2 (%)	96	96	97	98	98	98	96	98	98	98	99	99	98	96
身長(cm)			145.00											
体重(kg)			51.00											
水分摂取(ml)	2500.0	2500.0	2500.0	2500.0	2500.0	2500.0	2500.0	2500.0	2600.0	2600.0	2500.0	2500.0	2500.0	2500.0
排尿(量)	1500.0	1500.0	1500.0	1500.0	1500.0	1500.0	1500.0	1300.0	1500.0	1800.0	1500.0	1500.0	1500.0	1500.0
排尿(回数)	6	8	6	7	6	6	7	6	6	6	7	6	7	7
排便(量)	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	▲少ない	普通	排便なし	普通	普通	普通
排便(回数)	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
排便状態	軟便	硬便	軟便	軟便	軟便	軟便	軟便	軟便	硬便	普通便	普通便	普通便	普通便	普通便
食事摂取量	10	10	9	9	10	8	9	10	8	10	8	10	10	9
朝食 食事摂取記号 昼食 夕食	◎ 	◎ 	○ 	○ 	◎ 	○ 	○ 	◎ 	○ 	◎ 	○ 	◎ 	◎ 	○

小規模多機能 い●●

利用者番号

氏名

* 石 京 *

性別

生年

昭和14年6月16日

年齡

30 歳

[illegible]

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： * 館 花 *

測定日： 令和3年4月1日

生年月日： 昭和14年1月28日 女 82 歳

測定者： * 玉 あや *

要介護度： 要介護3

バーセルインデックス（Barthel Index：機能的評価）

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

合計得点 （ 75 / 100点）

栄養スクリーニング（通所・居宅）

利用者番号：1000

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

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

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

(参考) 低栄養状態のリスク分類について

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

統計資料

年齢別利用者数

サービス：小規模多機能

対象年月：令和2年4月

出力対象：サービス予定実績[全て]

年 区	年齢 分	事業 対象者	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	左記以外	合計
～ 59	男										
	女										
	計										
60 ～ 64	男										
	女										
	計										
65 ～ 69	男							9(1)			9(1)
	女										
	計							9(1)			9(1)
70 ～ 74	男										
	女										
	計										
75 ～ 79	男										
	女										
	計										
80 ～ 84	男		9(1)		25(1)						34(2)
	女					9(1)	40(1)	44(1)			93(3)
	計		9(1)		25(1)	9(1)	40(1)	44(1)			127(5)
85 ～ 89	男										
	女										
	計										
90 ～ 94	男										
	女										
	計										
95 ～ 99	男										
	女										
	計										
100 ～	男										
	女										
	計										
合 計	男		9(1)		25(1)			9(1)			43(3)
	女					9(1)	40(1)	44(1)			93(3)
	計		9(1)		25(1)	9(1)	40(1)	53(2)			136(6)

平均介護度： 2.40 男性： 1.79 女性： 3.00

平均年齢： 78.7 男性： 76.3 女性： 81.0

- 年齢は対象月の月初日の年齢（5歳刻み）で分類されています。
- 介護度は対象月内の（最も新しい）介護保険の介護度により振り分けられています。
- 平均介護度は要支援以下を0.375として計算しています。
- 各欄は下記の編集方法となります。
XXXX (XXX) ・ ・ ・ ・ 前半の数字は延回数。 () 内の数字は実人数を表示しています。

利用終了者状況別流れ図表

利用前の場所（どこから）

印刷日：令和2年5月6日
令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
利用終了後の場所（どこへ）

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

⇒

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

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

⇒

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

その他医療機関	0 人 (0.0)%
---------	-----------------

⇒

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

その他	0 人 (0.0)%
-----	-----------------

⇒

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

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

⇒

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

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

⇒

総計	0 人	0.0 %
家庭	0 人	0.0 %

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

利用終了者状況別流れ図表

利用前の場所（どこから）

印刷日：令和2年5月6日
令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日
利用終了後の場所（どこへ）

特養	0人 (0.0)%
----	--------------

⇒

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

療養型	0人 (0.0)%
-----	--------------

⇒

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

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

⇒

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

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

⇒

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

月間利用集計表

対象年月： 令和2年4月 出力対象： サービス予定実績

(1)人数

利用者	6人	内 訳	男 性	3人	延利用者数	136人
			女 性	3人	実施日数	30日

(2)年齢階層

区 分	～ 59	60 ～ 64	65 ～ 69	70 ～ 74	75 ～ 79	80 ～ 84	85 ～ 89	90 ～ 94	95 ～ 99	100 ～	計
男 性	0人	0人	1人	0人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	3人
女 性	0人	0人	0人	0人	0人	3人	0人	0人	0人	0人	3人
計	0人	0人	1人	0人	0人	5人	0人	0人	0人	0人	6人

(3)利用回数

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

(4)継続期間

区 分	～ 1月	1月～ 3月	3月～ 6月	6月～ 1年	1年～ 2年	2年～ 3年	3年～ 4年	4年～ 5年	5年～	不明 (利用登録なし)	計
男 性	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	2人	0人	3人
女 性	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	3人	0人	3人
計	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	5人	0人	6人

(5)要介護度・認知症の状況

要介護度	男 性	女 性	計	認知症の状況	男 性	女 性	計
事業対象者	0人	0人	0人	自 立	0人	0人	0人
要支援1	1人	0人	1人	ランク I	0人	0人	0人
要支援2	0人	0人	0人	〃 IIa	0人	0人	0人
要介護1	1人	0人	1人	〃 IIb	0人	0人	0人
要介護2	0人	1人	1人	〃 IIIa	0人	0人	0人
要介護3	0人	1人	1人	〃 IIIb	0人	0人	0人
要介護4	1人	1人	2人	〃 IV	0人	0人	0人
要介護5	0人	0人	0人	〃 M	0人	0人	0人
上記以外	0人	0人	0人	上記以外	0人	0人	0人
未登録	0人	0人	0人	未登録	3人	3人	6人
計	3人	3人	6人	計	3人	3人	6人

レセプト統計関係

[illegible]

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業																		
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号-事業所番号)								指定／基準該当／ 地域密着型 サービス／ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類 コード		給付計画単位数					
小規模多機能 い●●	4	6	9	9	9	9	9	8	8	指定・基準該当・ 地域密着・総合事業	小規模多機能型居宅介護	7	3	1	5	2	3	2
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業								
										指定・基準該当・ 地域密着・総合事業							</	

給付管理票総括票

令和 2 年 5 月提出分

作成区分	① 居宅介護支援事業所作成 2. 自己作成(保険者番号:) 3. 介護予防支援事業所・地域包括支援センター作成										
居宅介護 支援事業所	事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	8	8	8
	事業所名	小規模多機能 い●●									
	所在地連絡先	鹿児島県鹿児島市東開町XXXX番地 099-XXX-XXXX									

他 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	0 枚	0 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件
	短期入所サービス給付管理票	新規分	枚	件
		修正分	枚	件
		取消分	枚	件

自 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	13 枚	13 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件
	短期入所サービス給付管理票	新規分	枚	件
		修正分	枚	件
		取消分	枚	件

様式第一

介護給付費請求書

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

保 険 者

(別記) 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	8	8	8
請求事業所	名称 小規模多機能 い●●									
	〒 8 9 1 - 0 1 1 5									
	所在地 鹿児島県鹿児島市東開町 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	14	304,934	3,049,340	2,744,406		304,934					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	14	304,934	3,049,340	2,744,406		304,934					

公費請求

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

様式第一

介護給付費請求書

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

保 險 者 (462010)

鹿児島市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号		4	6	9	9	9	9	9	8	8	8
請求事業所	名称	小規模多機能 い●●									
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5									
		鹿児島県鹿児島市東開町 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	14	304,934	3,049,340	2,744,406		304,934					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	14	304,934	3,049,340	2,744,406		304,934					

公費請求

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

様式第一

介護給付費請求書

			年		月分
--	--	--	---	--	----

令和2年5月請求分合計

保 険 者 (462010)

鹿児島市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	8	8	8
請求事業所	名称	小規模多機能 い●●								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5								
		鹿児島県鹿児島市東開町 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	14	304,934	3,049,340	2,744,406		304,934					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	14	304,934	3,049,340	2,744,406		304,934					

公費請求

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

サービス提供年月：令和2年4月分

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

公費負担者番号										令和02年04月分													
公費受給者番号										保険者番号462010													
被保険者	被保険者番号	4623161616										請求事業者	事業所番号	4699999888									
	(フリガナ)	*タヨシ*											事業所名称	小規模多機能 い●●									
	氏名	*田良*											所在地	〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXXX番地									
	生年月日	1.明治 2.大正 ③.昭和 性別 1.男 ②.女 14年03月01日																					
	要介護状態区分	要介護1・②・3・4・5																					
認定有効期間	令和02年02月29日から										連絡先	電話番号 099-XXX-XXXX											
	令和04年02月28日まで																						
居宅サービス計画		① 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																					
		事業所番号		4699999888								事業所名称		小規模多機能 い●●									
開始年月日		平成25年03月01日 中止年月日 年 月 日																					
中止理由		1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																					
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数		回数	サービス単位数				公費分回数	公費対象単位数				摘要				
	小規模多機能12		731121						1	15232									040500				
	小多機能型サービス提供体制加算I2		736101						1	500													
	小規模多機能型処遇改善加算I		736112						1	1605													
給付費明細欄 (住所地特例対象者)	サービス内容		サービスコード				単位数		回数	サービス単位数				公費分回数	公費対象単位数				施設所在 保険者番号		摘要		
請求額集計欄	①サービス種類コード/②名称		73		小規模多機能介護																		
	③サービス実日数		9		日				日				日				日						
	④計画単位数		15232																				
	⑤限度額管理対象単位数		15232																				
	⑥限度額管理対象外単位数		2105																給付率 (/100)				
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥		17337																保険 90				
	⑧公費分単位数																		公費				
	⑨単位数単価		1000		円/単位		▲		円/単位		▲		円/単位		▲		円/単位		合計				
	⑩保険請求額		156033				▲				▲						156033						
	⑪利用者負担額		17337														17337						
	⑫公費請求額																						
	⑬公費分本人負担																						
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		▲		%		受領すべき利用者負担の総額(円)				軽減額(円)				軽減後利用者負担額(円)				備考			
																		枚中		枚目			

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

公費負担者番号										令和 0 2 年 0 4 月 分															
公費受給者番号										保険者番号 4 6 2 0 1 0															
被保険者	被保険者番号	4	6	2	3	1	6	1	6	1	6	請求事業者	事業所番号	4	6	9	9	9	9	8	8	8			
	(フリガナ)	*タ ヨシ*											事業所名称	小規模多機能 い●●											
	氏名	*田 良*											所在地	〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地											
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 性別 1. 男 ②. 女																							
	要介護状態区分	要介護1・②・3・4・5																							
認定有効期間	令和 0 2 年 0 2 月 2 9 日 から										連絡先	電話番号 099-XXX-XXXX													
	令和 0 4 年 0 2 月 2 8 日 まで																								
居宅サービス計画		① 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																							
		事業所番号		4	6	9	9	9	9	8	8	8	事業所名称		小規模多機能 い●●										
開始年月日		平成		2	5	年	0	3	月	0	1	日	中止年月日						年			月			日
中止理由		1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																							
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数		回数	サービス単位数				公費分回数	公費対象単位数				摘要						
	小規模多機能12		7	3	1	1	2	1		1	1	5	2	3	2							040500			
	小多機能型サービス提供体制加算I2		7	3	6	1	0	1		1			5	0	0										
	小規模多機能型処遇改善加算I		7	3	6	1	1	2		1		1	6	0	5										
給付費明細欄 (住所等特例対象者)	サービス内容		サービスコード				単位数		回数	サービス単位数				公費分回数	公費対象単位数				施設所在 保険者番号		摘要				
請求額集計欄	①サービス種類コード/②名称		7	3	小規模多機能介護																				
	③サービス実日数			9	日				日																
	④計画単位数																								
	⑤限度額管理対象単位数			1	5	2	3	2																	
	⑥限度額管理対象外単位数				2	1	0	5														給付率 (/100)			
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥			1	7	3	3	7														保険			
	⑧公費分単位数																					公費			
	⑨単位数単価		1	0	0	0	円/単位			円/単位				円/単位				円/単位				合計			
	⑩保険請求額																								
	⑪利用者負担額			1	7	3	3	7														1 7 3 3 7			
	⑫公費請求額																								
	⑬公費分本人負担																								
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率					%	受領すべき利用者負担の総額(円)				軽減額(円)				軽減後利用者負担額(円)				備考					
																						枚中		枚目	

介護度別サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/4 ～ R02/4

作成日： R02/05/07

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
小規模多機能型居宅介護	要介護 1	731111	小規模多機能 1 1	10364	1	10,364	103,640	1
小規模多機能型居宅介護	要介護 1	736101	小多機能型サービス提供体制加算Ⅰ 2		1	500	5,000	1
小規模多機能型居宅介護	要介護 1	736104	小規模多機能型処遇改善加算Ⅲ		1	445	4,450	1
小規模多機能型居宅介護	要介護 2	731121	小規模多機能 1 2	15232	1	15,232	152,320	1
小規模多機能型居宅介護	要介護 2	736101	小多機能型サービス提供体制加算Ⅰ 2		1	500	5,000	1
小規模多機能型居宅介護	要介護 2	736104	小規模多機能型処遇改善加算Ⅲ		1	645	6,450	1
小規模多機能型居宅介護	要介護 3	731131	小規模多機能 1 3	22157	1	22,157	221,570	1
小規模多機能型居宅介護	要介護 3	736101	小多機能型サービス提供体制加算Ⅰ 2		1	500	5,000	1
小規模多機能型居宅介護	要介護 3	736104	小規模多機能型処遇改善加算Ⅲ		1	929	9,290	1
小規模多機能型居宅介護	要介護 4	731141	小規模多機能 1 4	24454	1	24,454	244,540	1
小規模多機能型居宅介護	要介護 4	736101	小多機能型サービス提供体制加算Ⅰ 2		1	500	5,000	1
小規模多機能型居宅介護	要介護 4	736104	小規模多機能型処遇改善加算Ⅲ		1	1,023	10,230	1
小計		73****	小規模多機能型居宅介護	-	-	77,249	772,490	12
介護予防小規模多機能型居宅介護	要支援 1	751111	予小規模多機能 1 1	3418	1	3,418	34,180	1
介護予防小規模多機能型居宅介護	要支援 1	756101	予小多機能サービス提供体制加算Ⅰ 2		1	500	5,000	1
介護予防小規模多機能型居宅介護	要支援 1	756112	予小規模多機能処遇改善加算Ⅰ		1	400	4,000	1
介護予防小規模多機能型居宅介護	要支援 2	751121	予小規模多機能 1 2	6908	1	6,908	69,080	1
介護予防小規模多機能型居宅介護	要支援 2	756101	予小多機能サービス提供体制加算Ⅰ 2		1	500	5,000	1
介護予防小規模多機能型居宅介護	要支援 2	756104	予小規模多機能処遇改善加算Ⅲ		1	304	3,040	1
小計		75****	介護予防小規模多機能型居宅介護	-	-	12,030	120,300	6
合計		-	-	-	-	89,279	892,790	18

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		73****	小規模多機能型居宅介護	-	-	77,249	772,490	-
合計		75****	介護予防小規模多機能型居宅介護	-	-	12,030	120,300	-
総合計		-	-	-	-	89,279	892,790	-

サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/4 ~ R02/4

作成日： R02/05/07

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
小規模多機能型居宅介護	731111	小規模多機能 1 1	10364	1	10,364	103,640	1
小規模多機能型居宅介護	731121	小規模多機能 1 2	15232	1	15,232	152,320	1
小規模多機能型居宅介護	731131	小規模多機能 1 3	22157	1	22,157	221,570	1
小規模多機能型居宅介護	731141	小規模多機能 1 4	24454	1	24,454	244,540	1
小規模多機能型居宅介護	736101	小多機能型サービス提供体制加算Ⅰ 2		4	2,000	20,000	4
小規模多機能型居宅介護	736104	小規模多機能型処遇改善加算Ⅲ		4	3,042	30,420	4
小計	73****	小規模多機能型居宅介護	-	-	77,249	772,490	12
介護予防小規模多機能型居宅介護	751111	予小規模多機能 1 1	3418	1	3,418	34,180	1
介護予防小規模多機能型居宅介護	751121	予小規模多機能 1 2	6908	1	6,908	69,080	1
介護予防小規模多機能型居宅介護	756101	予小多機能サービス提供体制加算Ⅰ 2		2	1,000	10,000	2
介護予防小規模多機能型居宅介護	756104	予小規模多機能処遇改善加算Ⅲ		1	304	3,040	1
介護予防小規模多機能型居宅介護	756112	予小規模多機能処遇改善加算Ⅰ		1	400	4,000	1
小計	75****	介護予防小規模多機能型居宅介護	-	-	12,030	120,300	6
合計	-	-	-	-	89,279	892,790	18

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	73****	小規模多機能型居宅介護	-	-	77,249	772,490	-
合計	75****	介護予防小規模多機能型居宅介護	-	-	12,030	120,300	-
総合計	-	-	-	-	89,279	892,790	-

稼動額集計表

提供年月 : 令和2年4月 (全請求分) 小規模多機能 い●● 印刷日 : R2/5/11

要介護 1				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
4600000327	* 月 二 *	R2/4	73	101,781	0	0	0	0	0	11,309	0	8,000	0	121,090	
	合計	(件数計)	1	101,781	0	0	0	0	0	11,309	0	8,000	0	121,090	
要介護 2				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
4623161616	* 田 良 *	R2/4	73	156,033	0	0	0	0	0	17,337	0	26,400	0	199,770	
	合計	(件数計)	1	156,033	0	0	0	0	0	17,337	0	26,400	0	199,770	
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		
4600000128	* 館 花 *	R2/4	73	212,274	0	0	0	0	0	23,586	0	54,400	0	290,260	
	合計	(件数計)	1	212,274	0	0	0	0	0	23,586	0	54,400	0	290,260	
要介護 4				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
4600000330	* 月 京 *	R2/4	73	233,793	0	0	0	0	0	25,977	0	61,600	0	321,370	
0000025566	* 石 二 *	R2/4	73	233,793	0	0	0	0	0	25,977	0	0	0	259,770	
	合計	(件数計)	2	467,586	0	0	0	0	0	51,954	0	61,600	0	581,140	
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	5	937,674	0	0	0	0	0	104,186	0	150,400	0	1,192,260	
	総 合 計		5	937,674	0	0	0	0	0	104,186	0	150,400	0	1,192,260	

介護給付費請求額一覧

請求年月：令和02年05月

小規模多機能事業所 い●●

印刷日：R02/05/07

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
73	小規模多機能型居宅介護	4	77,249	695,241	0	77,249	0	0	0	0	0
75	介護予防小規模多機能型居宅介護	2	12,030	108,270	0	12,030	0	0	0	0	0
事業所計											
		6	89,279	803,511	0	89,279	0	0	0	0	0
全体計											
		6	89,279	803,511	0	89,279	0	0	0	0	0

保険者別請求額一覧

請求年月 R02/05

区分	件数	日数	費用額	保険負担額	公費負担額	本人負担額
462010	鹿児島市					
居宅系	14	173	3,049,340	2,744,406	0	304,934
計	14	173	3,049,340	2,744,406	0	304,934
合計						
居宅系	14	173	3,049,340	2,744,406	0	304,934
計	14	173	3,049,340	2,744,406	0	304,934

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： 小規模多機能型居宅介護

印刷日： R02/05/07

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	(基本) 初期加算 認知症加算Ⅰ 認知症加算Ⅱ	若年性認知症受入加算 看護職員配置加算Ⅰ 看護職員配置加算Ⅱ 看護職員配置加算Ⅲ	看取り連携体制加算 訪問体制強化加算 総合マネジメント加算 生活機能向上連携加算	栄養スクリーニング加算 サービス提供体制加算 処遇改善加算等 市町村独自加算	その他 加算 【保険単位数】	種別	保険請求額	保険利用者負担額	公費請求額	公費本人負担額
要介護 1										
* 月 二 *	10,364	0	0	0	0	保険	101,781	11,309	0	0
4600000327	0	0	0	500		食費	0	0	0	0
	0	0	0	445		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	11,309	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 1 小計	10,364	0	0	0	0	保険	101,781	11,309	0	0
(1 人)	0	0	0	500		食費	0	0	0	0
	0	0	0	445		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	11,309	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 2										
* 田 良 *	15,232	0	0	0	0	保険	156,033	17,337	0	0
1020 4623161616	0	0	0	500		食費	0	0	0	0
	0	0	0	1,605		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	17,337	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 2 小計	15,232	0	0	0	0	保険	156,033	17,337	0	0
(1 人)	0	0	0	500		食費	0	0	0	0
	0	0	0	1,605		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	17,337	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 3										
* 館 花 *	22,157	0	0	0	0	保険	212,274	23,586	0	0
4600000128	0	0	0	500		食費	0	0	0	0
	0	0	0	929		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	23,586	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 3 小計	22,157	0	0	0	0	保険	212,274	23,586	0	0
(1 人)	0	0	0	500		食費	0	0	0	0
	0	0	0	929		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	23,586	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 4										
* 月 京 *	24,454	0	0	0	0	保険	233,793	25,977	0	0
4600000330	0	0	0	500		食費	0	0	0	0
	0	0	0	1,023		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	25,977	特定治療・療養	0	0	0	0

サービス集計一覧

提供年月： 令和02年04月 ～ 令和02年04月
サービス種類名： 小規模多機能型居宅介護

印刷日： R02/05/07

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	(基本) 初期加算 認知症加算Ⅰ 認知症加算Ⅱ	若年性認知症受入加算 看護職員配置加算Ⅰ 看護職員配置加算Ⅱ 看護職員配置加算Ⅲ	看取り連携体制加算 訪問体制強化加算 総合マネジメント加算 生活機能向上連携加算	栄養スクリーニング加算 サービス提供体制加算 処遇改善加算等 市町村独自加算	その他 加算 【保険単位数】	種別	保険請求額	保険利用者負担額	公費請求額	公費本人負担額
* 石 二 *	24,454	0	0	0	0	保険	233,793	25,977	0	0
1036	0	0	0	500		食費	0	0	0	0
0000025566	0	0	0	1,023		居住費	0	0	0	0
第1段階	0	0	0	0	25,977	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護4 小計	48,908	0	0	0	0	保険	467,586	51,954	0	0
(2人)	0	0	0	1,000		食費	0	0	0	0
	0	0	0	2,046		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	51,954	特定治療・療養	0	0	0	0

総合計 (5人)	96,661	0	0	0	0	保険	937,674	104,186	0	0
	0	0	0	2,500		食費	0	0	0	0
	0	0	0	5,025		居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	104,186	特定治療・療養	0	0	0	0

アセスメント

[* 国 良 *

様]

簡易アセスメント

女性 昭和14年7月29日 生

作成日 [令和 2年4月1日]

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

[* 国 良 * 様]

簡易アセスメント

女性 昭和14年7月29日 生

作成日 [令和 2年4月1日]

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

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

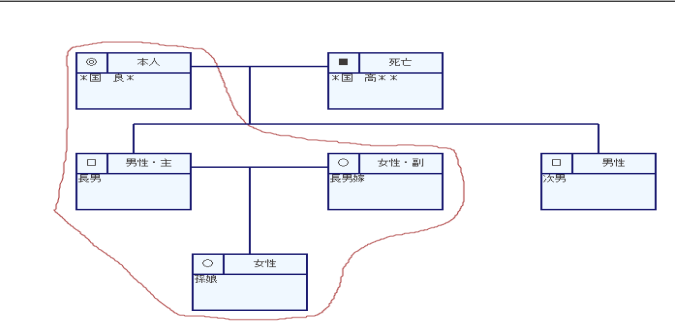
I. 基本情報

1. 氏名
カニ ヨシ
* 国 良 *
2. 性別
1. 男 2. 女
3. 生年月日
S14年07月29日
4. 現住所
891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1
5. 入院日・入所日
R02年04月01日
6. 入院・入所前の状況
1. 自宅またはアパート
2. 療養型以外の病院・有床診療所
3. 療養型の病院・有床診療所（介護療養型医療施設）
4. 老人保健施設（介護老人保健施設）
5. 特別養護老人ホーム（介護福祉施設）
6. 精神病院
7. ケア付き住宅・有料老人ホーム・グループホーム
8. 1～7以外
7. 世帯類型
1. 一人暮らし
2. 高齢者夫婦のみ
3. その他
8. 過去5年間の90日以上継続した入院・入所歴
a. 当該施設への入院・入所歴
b. 療養型以外の病院・有床診療所
c. 療養型の病院・有床診療所（介護療養型医療施設）
d. 老人保健施設（介護老人保健施設）
e. 特別養護老人ホーム（介護福祉施設）
f. 精神病院
g. 上記に該当なし
9. 職業歴
主なものを2つまで具体的に記入

10. 教育歴

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

11. 家族図



女性=○ 男性=□
本人=◎ 回
死亡=● ■ 同居=□で囲む

12. IとIIの記入日

R02年04月02日

II. 入院・入所前の生活

1. 入院・入所前の生活

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

a	
b	●
c	●
d	●
e	●
f	●
g	
h	

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

i	
j	●
k	
l	

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

m	
n	
o	●
p	●
q	
r	

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

s	
t	
u	●
v	
w	
x	

y. 患者・入所者、家族はいずれの情報も提供できない

y	
---	--

アセスメント結果表A

作成日：R02年04月08日

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

A. 患者・入所者の基本的情報

2. 部屋番号（名）

今回 202

前回

前々回

3. アセスメント基準日

今回 R02年04月01日

前回

前々回

4. 配偶者の有無

1. 未婚
2. 既婚
3. 死別
4. 離婚
5. その他

今回 前回 前々回

3

5. 施設におけるID番号

今回

前回

前々回

6. 保険の種類

該当するものすべてにチェック

- a. 医療保険
- b. 介護保険
- c. 生活保護

今回 前回 前々回

a. ●
b. ●
c.

7. 自己負担額

1ヶ月の自己負担額を千円未満は四捨五入して記入

新入院・新入所の場合は、予測額を記入。

1ヶ月以内の入院・入所の場合は1ヶ月に換算

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

今回 前回 前々回

a. 20 千円 千円 千円

b. 70 千円 千円 千円

8. アセスメントの理由

1. 新入院・新入所
2. 転院・転所
3. 定時
4. 状態の著変

今回 前回 前々回

3

9. 意思決定権

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

a. ●
b.
c.
d.

10. 終末期に対する希望

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

a.
b. ●
c. ●
d.
e. ●
f.
g.
h.

11. 面会

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

2

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

B. 認知

1. 昏睡状態

植物状態が続いている、あるいは痛みを識別できるような意識がない

0. 昏睡状態ではない

1. 昏睡状態である（1. の場合Gの項目にとぶ）

2. 記憶

a. 短期記憶： 5分前のことが思い出せる、あるいはそのように見える

0. はい

1. いいえ

b. 長期記憶： 昔のことを思い出すことができる、あるいはそのように見える

0. はい

1. いいえ

3. 記憶を想起する能力

過去3日間通常思い出せた項目をすべてチェックする

a. 今の季節

b. 自分の部屋の場所

c. スタッフの名前／顔

d. 施設ににいるということ

e. 上記のものはすべて思い出せない

4. 日常の意思決定を行うための認知能力

毎日の日課における意思決定

0. 自立： 首尾一貫して理にかなった判断ができる

1. 限定的な自立： 新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある

2. 軽度の障害： 特別な状況において、判断力が弱く、合図や見守りが必要である

3. 中等度の障害： 常に判断力が弱く、合図や見守りが必要である

4. 重度の障害： 判断できないか、まれにしか判断できない

今回 前回 前々回

0

0

0

a

●

b

●

c

●

d

●

e

0

5. せん妄の兆候、混乱した思考・意識

過去7日間の行動を記入

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

0. このようなことはなかった

1. 最近始まったのではない

2. この7日間は通常の状態と異なる

（たとえば、新たに始まったり、悪化した）

a. 注意がそらされやすい（たとえば、集中力がない、話がそれる）

b. 周囲の環境に対する認識が変化する（たとえば、その場にいらない人に話をしたり唇を動かす、自分をどこか別の場所にいると思いこむ、昼夜の混乱）

c. 支離滅裂な会話が時々ある（たとえば、話していることが一貫しない、無意味である、見当違い、話題がとぶ、思考が散漫）

d. 落ち着きがない（たとえば、皮膚や服、ナプキンなどをいじったり、ひっぱる、居場所をよく変える、身体を動かし続ける、叫び続ける）

e. 無気力（たとえば、動作が鈍い、宙を見ている、なかなか奮起しない、身体の動きが少ない）

f. 認知能力が1日の中で変動する（たとえば、時々良かったり、悪かったり、行動があったり、なかったりする）

今回 前回 前々回

a

1

b

1

c

0

d

0

e

0

f

1

6. 認知状態の変化

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

0. 変化なし

1. 改善

2. 悪化

0

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

C. コミュニケーション・聴覚

1. 聴覚

もし使用していれば、聴覚補助具等用いて

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

2. コミュニケーションの補助具／方法

過去3日間に使われたすべてにチェック

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

3. 表現方法

患者・入所者が自分の意思を知らせるために使ったすべてにチェック

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

4. 自分を理解させることができる

どんな方法で表現してもよい

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

5. 言葉の明瞭性

過去3日間の話し方

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

6. 他者を理解できる

どんな方法で話した内容を理解してもよい

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

今回 前回 前々回

1 ☐ ☐a ☒ ☐ ☐
b ☒ ☐ ☐
c ☐ ☐ ☐
d ☐ ☐ ☐a ☒ ☐ ☐
b ☐ ☐ ☐
c ☐ ☐ ☐
d ☐ ☐ ☐
e ☐ ☐ ☐
f ☐ ☐ ☐
g ☐ ☐ ☐1 ☐ ☐1 ☐ ☐1 ☐ ☐

7. 聴覚・コミュニケーションの変化

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

- 変化なし
- 改善
- 悪化

D. 視覚

1. 視力

適切な明るさのもとでの視力、もし使用をしていれば、眼鏡等を用いて

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

2. 視覚・視野障害

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

3. 視覚補助具

眼鏡、コンタクトレンズ、拡大鏡など

- 使用していない
- 使用している

今回 前回 前々回

1 ☐ ☐1 ☐ ☐a ☒ ☐ ☐
b ☐ ☐ ☐
c ☐ ☐ ☐0 ☐ ☐

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

E. 気分と行動

今回 前回 前々回

今回 前回 前々回

1. うつ状態、不安、悲しみの気分の兆候

過去3日間に観察された兆候（理由のいかんを問わない）

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

苦悩の言語的表現

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

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

2. 気分の持続性

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

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

1

3. 気分の変化

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

0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

1

4. 問題行動

(A) 過去3日間の問題行動の頻度

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

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

(B) 過去3日間の問題行動の可変性

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

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

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

5. 問題行動の変化

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

0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

1

睡眠周期の問題

- j. 午前中不機嫌であった
k. 不眠症または睡眠パターンが変化した

j	0		
k	0		

悲しみ、無関心、不安の表れ

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

l	0		
m	0		
n	0		

興味の喪失

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

o	0		
p	1		

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

F. 心理面と対人関係

今回 前回 前々回

1. 自発性・参加意識

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

a	☐	☐	☐
b	☒	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☐	☐	☐

2. 対人関係の不安定

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

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☐	☐	☐
h	☒	☐	☐

3. 過去の役割

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

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☒	☐	☐

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

G. 身体機能と機能問題

1. ADLの自立度

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

今回 前回 前々回

a. ベッド上の可動性
横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する

2

b. 移乗
ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか（浴槽や便座への移乗は除く）

1

c. 室内歩行
自分の部屋の中をどのように歩くか

2

d. 廊下の歩行
自分の棟の廊下をどのように歩くか

2

e. 病棟（ユニット）の中での移動
どのように自室から廊下に移乗するか（車いすなら、車いすに移乗したあと）

2

f. 病棟（ユニット）の外への移動
別の病棟（ユニット）へどのように移動するのか（たとえば、娛樂室、処置室）
施設が平屋の場合、同じ階の離れたところへの移動（車いすなら、車いすに移乗したあと）

1

g. 更衣
(A) 上半身：どのように上半身の衣類（普段着や下着）を着たり、脱いだりするか。装具・矯正具やファスナーセーターなどを含む
(B) 下半身：どのように下半身の衣類（普段着や下着）を履いたり、脱いだりするか。装具・矯正具やベルト、ズボン、スカート、靴やファスナーを含む

(A) 1 (B) 0

h. 食事
どのように食べたり、飲んだりするか。（上手、下手に関係なく）経管や経静脈栄養も含む

i. トイレの使用
(A) トイレの使用：どのようにトイレ（ポータブルトイレ、便器、尿器を含む）を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣類を整える（移乗は除く）
(B) トイレへの移乗：どのようにトイレ（ポータブルトイレ）に移乗するか

(A) 1 (B) 1

j. 個人衛生
どのように個人衛生を保つか（髪をとく、歯をみがく、ひげをそる、化粧をする、洗顔する、手や陰部を洗う、ただし、入浴、シャワーを除く）

1

2. 入浴

入浴の自立度についてG 1のコードを用いて評価する
 (A) 入浴：どのように入浴やシャワーや清拭するか（背中を洗うことと洗髪と移乗は含まない）。身体それぞれの部分（腕、太股、膝下、胸部、腹部、陰部）をどう洗うかは含まれる。最も依存的な状態を記入する（移乗は除く）
 (B) 浴槽への移乗：どのように浴槽（シャワー室）に入出りするか

(A) 1 (B) 1

3. バランス検査

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

(a) 1 (b) 1

- a. 立位バランス
b. 座位バランス：姿勢、体幹のコントロール

4. 可動域の制限

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

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

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

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

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

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

5. 移動の方法

過去3日間に使用したものをすべてをチェック

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

a ☒
b ☒
c ☐
d ☐
e ☐

6. 移乗の方法

過去3日間に使用したものをすべてをチェック

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

a ☐
b ☐
c ☐
d ☐
e ☐
f ☒

今回 前回 前々回

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

G. 身体機能と機能問題

7. 動作分割

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

0. いいえ 1. はい

8. リハビリテーションによる潜在能力

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

9. ADLの変化

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

0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

今回 前回 前々回

0

a
b
c
d
e

1

H. 失禁

1. 失禁

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

(a) 0

b. 便失禁

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

(b) 0

2. 排便のパターン

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

a
b
c
d
e

3. 用具やプログラム

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

a
b
c
d
e
f
g
h
i
j

4. 尿のコントロールの変化

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

0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

0

アセスメント結果表 I

作成日：R02年04月08日

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

I. 疾患

1. 疾患

内分泌／代謝／栄養

- a. 糖尿病
- b. 甲状腺機能亢進症
- c. 甲状腺機能低下症

心臓／循環器

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

筋骨格

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

神経

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

精神

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

呼吸器

- jj. 喘息
- kk. 肺気腫／慢性閉塞性肺疾患（COPD）

感覚器

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

その他

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

今回 前回 前々回

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h	●		
i			
j			
k			
l			
m			
n			
o			
p			
q			
r	●		
s			
t			
u			
v			
w			
x			
y			
z			
aa			
bb			
cc			
dd			
ee			

2. 感染症

いずれも該当しなければ、「上記に該当なし」をチェック

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

今回 前回 前々回

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h			
i			
j			
k			
l			
m	●		

3. その他の疾患または詳細な疾患名とICD-10コード

今回

前回

前々回

アセスメント結果表 J

作成日：R02年04月08日

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

J. 健康状態

1. 問題状況

水分状態の指標

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

その他

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

2. 痛み

a. 頻度（痛みの訴えや痛みがあることを示した）

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

b. 程度

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

今回 前回 前々回

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☐	☐	☐
h	☐	☐	☐
i	☐	☐	☐
j	☐	☐	☐
k	☐	☐	☐
l	☐	☐	☐
m	☐	☐	☐
n	☐	☐	☐
o	☐	☐	☐
p	☒	☐	☐

(a) 1 ☐ ☐

(b) 1 ☐ ☐

3. 痛みの場所

過去3日間の痛みのあった箇所をすべてチェック

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

今回 前回 前々回

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☒	☐	☐
h	☐	☐	☐
i	☐	☐	☐
j	☐	☐	☐

4. 転倒

該当するものをすべてチェック

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

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☒	☐	☐

5. 状態の安定性

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

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☒	☐	☐

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

K. 口腔衛生、栄養状態

1. 口腔の状態

a. 咀嚼問題

0. いいえ 1. はい

今回 前回 前々回

(a) 0

b. 嚥下問題

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

(b) 1

c. 口腔が痛む

0. いいえ 1. はい

(c) 0

2. 身長と体重

- a. 身長（cm）
b. 体重（kg）

過去30日間の直近の値を記入

施設の標準的な測定状況（たとえば、午前中の排泄後、食前、靴を履かない、寝間着）での値とする

今回	前回	前々回
(a) 150.0 cm	cm	cm
(b) 42.0 kg	kg	kg

3. 体重の変化

- a. 体重減少：過去30日間に5%以上の減少、または過去180日間で10%以上の減少
0. いいえ 1. はい

今回 前回 前々回

(a) 0

- b. 体重増加：過去30日間に5%以上の増加、または過去180日間で10%以上の増加
0. いいえ 1. はい

(b) 0

4. 栄養問題

- a. 多くの食べ物の味について文句を言う
b. 空腹を常に訴える
c. 食事の25%以上を残すことが多い
d. 上記に該当なし

a
b
c
d ●

5. 栄養摂取の方法

過去3日間に使用されたすべてにチェック

- a. 経静脈栄養
b. 経管栄養
c. ミキサー食（粥、刻み食を含む）
d. シリンジをつかった経口摂取
e. 治療食
f. 食間の特別捕食
g. プレートガード、固定された食器など
h. 減量、または体重増加のプログラムの実施中
i. 上記に該当なし

今回 前回 前々回

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h			
i	●		

6. 経静脈・経管栄養による摂取

（K5 aまたはK5 bにチェックがなければとばす）

- a. 過去3日間の経静脈・経管栄養による摂取カロリーの割合

0. なし 3. 51%～75%
1. 1%～25% 4. 76%～100%
2. 26%～50%

(a)

- b. 過去3日間の経静脈・経管栄養により摂取した水分量（1日平均）

0. なし 3. 1,001～1,500cc/日
1. 1～500cc/日 4. 1,501～2,000cc/日
2. 501～1,000cc/日 5. 2,001cc/日以上

(b)

L. 口腔、歯の状態

1. 口腔状態および病氣予防

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

a	●		
b			
c			
d			
e			
f			
g			

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

M. 皮膚の状態

1. 褥瘡・潰瘍

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

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

2. 褥瘡・潰瘍の種類

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

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

3. 褥瘡・潰瘍の既往

過去90日間に治療し、または治療した潰瘍がある
0. いいえ 1. はい

4. 皮膚のその他の問題

過去3日間における皮膚の問題をチェック

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

今回 前回 前々回

a	0		
b	0		
c	0		

a	0		
b	0		

0		
---	--	--

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h	●		

5. 皮膚のケア

過去3日間における皮膚のケアをチェック

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

今回 前回 前々回

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h			
i			
j	●		

6. 足の問題とケア

過去3日間に行われたものすべてにチェック

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

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g	●		

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

N. 活動のパターン

1. 覚醒時間

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

- a. 午前
b. 午後
c. 夕方
d. 上記に該当なし

入所者が昏睡状態の場合、○へとぶ

2. 活動への平均参加時間

治療やA D Lのケアを受けていない覚醒時間の中で、活動に参加している時間

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

3. 好きな活動場所

好きな場所すべてにチェック

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

4. 一般的に好む活動

現在施設として用意しているかどうかにかかわらず、好む活動のすべてをチェック

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

5. 活動の希望

患者・入所者は、活動の内容や関わりかたを変えたいと思っている

0. このままでよい 2. 大きく変えたい
1. 少し変えたい

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

今回 前回 前々回

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☒	☐	☐

1	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

a	☒	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☐	☐	☐
h	☒	☐	☐
i	☐	☐	☐
j	☐	☐	☐
k	☐	☐	☐
l	☐	☐	☐
m	☐	☐	☐

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

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

O. 与薬（過去7日間）

1. 薬剤の種類

過去7日間に使用した異なる薬剤の数（なければ「0」）

2. 新しい処方

患者・入所者は過去90日間に新しい処方を受けている

0. いいえ 1. はい

3. 注射

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

4. 薬剤の使用日数

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

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

今回 前回 前々回

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

1	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

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

P. 特別なケアと治療（過去7日間）

1. 特別なケア・治療

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

	今回	前回	前々回
a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h			
i			
j			
k			
l			
m			
n			
o			
p			
q			
r			
s	●		

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

(A) 15分以上行われた日数
(B) 7日間の実施時間の合計分

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

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

2. 気分、行動、認知機能の低下への介入

過去7日間に行われたすべてにチェック（どこで行われてもよい）

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

	今回	前回	前々回
--	----	----	-----

a			
b			
c			
d	●		
e			
f			

3. ケアスタッフによるリハビリテーション

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

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

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

生活訓練

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

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

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

P. 特別なケアと治療（過去7日間）

4. 身体抑制

過去7日間の使用状況

0. 使用しなかった
1. 毎日使用しなかった
2. 毎日使用した

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

5. 入院

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

6. 救急外来

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

7. 医師の診察

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

8. 医師の治療方針の変更

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

9. 異常な検査結果

過去90日間（または入院・入所日から）異常な検査結果があった

0. いいえ 1. はい

今回 前回 前々回

a	1		
b	0		
c	0		
d	0		
e	0		

0

0

1

0

0

Q. 退所の可能性、全体の状況

1. 退院・退所の可能性

- a. 患者・入所者は家に帰りたと言ったり、ほのめかす
0. いいえ 1. はい

- b. 退院・退所に積極的な介護者がいる
0. いいえ 1. はい

- c. 短期の入院・入所予定である：90日以内の退院・退所が予定されている（死亡退院・退所は含まない）
0. いいえ
1. 30日以内
2. 31～90日
3. 退院・退所ははっきりしていない

2. ケアニーズの変化

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

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

3. 社会的支援の存在

退院・退所後の状態について、下記のコードより1つ選ぶ。

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

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

今回 前回 前々回

(a) 1

(b) 1

(c) 1

1

a	1		
b	0		
c	0		
d	0		
e	0		

アセスメント結果表R

作成日： R02年04月08日

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

R. アセスメントへの参加

1. アセスメントへの参加者

a. 患者・入所者

0. いいえ1. はい

(a)1☐☐

b. 家族

0. いいえ1. はい2. 家族はいない

(b)1☐☐

c. その他の親しい人

0. いいえ1. はい2. いらない

(c)0☐☐

2. アセスメントに加わった人の署名（フリガナ）

今回

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

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

2. アセスメントに加わった人の署名（フリガナ）

前回

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

他のアセスメントに加わった者の署名	職 名	記入したセクション	記 入 完 了 日
d			
e			
f			
g			
h			

前々回

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

他のアセスメントに加わった者の署名	職 名	記入したセクション	記 入 完 了 日
d			
e			
f			
g			
h			

アセスメント結果表 T

作成日： R02年04月08日

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

T. 薬物治療調査票

A. 経口薬

A-1. 定時・臨時薬

A-2. 頓用薬

B. 注射・点滴（デポ剤も含む）

B-1. 定時・臨時薬

B-2. 頓用薬

C. その他（外用薬、坐薬、吸入薬など）

C-1. 定時・臨時薬

C-2. 頓用薬

今回

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

A-2	薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／7日

B-1	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1日量	経路

B-2	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1回量	回数／7日	経路

C-1	薬剤名（商品名）	回数／1日	経路

C-2	薬剤名（商品名）	回数／7日	経路

前回

A-1	薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／1日

A-2	薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／7日

B-1	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1日量	経路

B-2	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1回量	回数／7日	経路

C-1	薬剤名（商品名）	回数／1日	経路

C-2	薬剤名（商品名）	回数／7日	経路

アセスメント結果表 T

作成日： R02年04月08日

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

前々回

A－1

薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／1日

A－2

薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／7日

B－1

薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1日量	経路

B－2

薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1回量	回数／7日	経路

C－1

薬剤名（商品名）	回数／1日	経路

C－2

薬剤名（商品名）	回数／7日	経路

MDS 2.1 領域選定表

記入日		R02/04/05		利用者番号		1000		* 国 良 *																	
○ : 1つでも該当すればトリガー ② : 2つ該当すればトリガー ☆ : 3つのうち1つに該当しさらにその他 1つ該当すればトリガー ADLリハ(A)と維持(B)が両方トリガーされたら維持の方を優先させる				1 せん妄	② 認知障害／痴呆	③ 視覚機能	④ コミュニケーション	⑤ ADL／リハビリ (A)	5 ADL／維持 (B)	6 尿失禁と留置カテ	7 心理面と対人関係	⑧ 気分の状態	⑨ 問題行動	⑩ アクティビティ (A)	10 アクティビティ (B)	11 転倒	12 栄養状態	13 経管栄養	14 脱水／水分維持	⑮ 口腔ケア	16 褥瘡	17 向精神薬	18 身体抑制	⑲ 痛み	20 排便の管理
				項目		コード	☆																		
B. 認知	短期記憶，長期記憶	B2a, b	1	○																					
	意思決定能力	B4	1, 2, 3, 4	○																					
	意思決定能力	B4	4					○																	
	せん妄の兆候，混乱した思考	B5a～f	2	○																	○				
	認知状態の変化	B6	2	○																	○				
C. コミュニケーション・聴覚	聴覚	C1	1, 2, 3				／																		
	自分を理解させることができる	C4	1, 2, 3, 4				／																		
	他者を理解できる	C6	1, 2, 3, 4		／	／																			
	聴覚コミュニケーションの変化	C7	2																		○				
D. 視覚	視力	D1	1, 2, 3			／																			
	視覚・視野障害	D2a	レ			／																			
E. 気分と行動	うつ，不安，悲しみの兆候	E1a～p	1, 2								／														
	身体的な動き	E1n	1, 2																		○				
	活動をしなくなる	E1o	1, 2							○															
	気分の持続性	E2	1, 2								／														
	気分の変化	E3	2	○																	○				
	徘徊	E4a (A)	1, 2, 3												○										
	問題行動	E4a (A)～e (A)	1, 2, 3									○													
	問題行動の変化(改善)	E5	1									／													
	問題行動の変化(悪化)	E5	2	○																	○				
F. 心理面と対人関係	目標を決める	F1d	レ								○														
	対人関係の不安定	F2a～d	レ								○														
	過去への執着	F3a	レ								○														
	失われた役割	F3b	レ								○														
	日課が違うと感じる	F3c	レ								○														
G. 身体機能と機能問題	ADLの自立度	G1a～j	2, 3, 4, 5, 6				／																		
	ベッド上の可動性	G1a	3, 4, 5, 6, 8																	○					
	入浴	G2 (A) (B)	2, 3, 4, 5, 6				○																		
	座位バランス	G3b	1, 2, 3																		○				
	寝たきり	G6a	レ																	○					
	ADLの向上を信じる	G8a, b	レ				○																		
H. 失禁	尿失禁	H1a	3, 4, 5						○																
	便失禁	H1b	2, 3, 4, 5, 6																	○				○	
	便秘	H2b	レ																		○			○	
	下痢	H2c	レ																					○	
	便が詰まる	H2d	レ																		○				
	カテーテル，オムツの使用	H3c, d, e, g	レ						○																
				1	2	3	4	5	5	6	7	8	9	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年4月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

領域2 認知障害/痴呆

トリガー

以下の1つに該当したら、認知機能の問題を検討する

他者を理解できない[C6=1,2,3,4]

C6=1

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

ガイドライン

認知能力の低下との関係を確認する

神経疾患

発達遅滞, 神経遅滞[I1aa, I1bb]

せん妄[B5]

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

認知状態の悪化[B6]

B6=0

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

アルツハイマー病あるいはその他の痴呆症[I1q, I1u]

改善の必要がある、あるいは可能性がある問題

気分, 行動

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年4月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

うつ, 不安, 悲しみの気分があるいは気分の悪化[E1, E2, E3],

- E1a=0 過去3日間観察されていない[否定的な言葉を言った]
- E1b=1 1、2日観察された[質問を繰り返した]
- E1c=0 過去3日間観察されていない[同じことを繰り返し言った]
- E1d=0 過去3日間観察されていない[自分や他者に対する継続した怒り]
- E1e=0 過去3日間観察されていない[自己否定]
- E1f=0 過去3日間観察されていない[現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した]
- E1g=0 過去3日間観察されていない[恐ろしいことが起きようとしている、と繰り返し言った]
- E1h=1 1、2日観察された[健康上の不満を繰り返した]
- E1i=1 1、2日観察された[たびたび不安、心配ごとを訴えた]
- E1j=0 過去3日間観察されていない[午前中不機嫌であった]
- E1k=0 過去3日間観察されていない[不眠症または睡眠パターンが変化した]
- E1l=0 過去3日間観察されていない[悲しみ、苦悩、心配した表情]
- E1m=0 過去3日間観察されていない[何回も泣いたり涙もろい]
- E1n=0 過去3日間観察されていない[身体的な動きを繰り返した]
- E1o=0 過去3日間観察されていない[興味をもっていた活動をしなくなった]

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年4月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

E1p=1	1、2日観察された[社会的交流の減少]
E2=1	兆候はあったが、容易に変えることができた
E3=1	改善[過去90日間における気分の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

問題行動あるいは問題行動の悪化[E4, E5]

E4aA=0	このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:徘徊]
E4aB=0	この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:徘徊]
E4bA=0	このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:暴言]
E4bB=-1	アセスメント未入力項目です！
E4cA=0	このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:暴行]
E4cB=0	この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:暴行]
E4dA=0	このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:社会的に不適當な、または混乱される行動]
E4dB=0	この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:社会的に不適當な、または混乱させる行動]
E4eA=0	このような行動はなかった[(A)過去3日間の問題行動の頻度:ケアに対する抵抗]
E4eB=0	この行動はなかったか、あっても常に容易に変えることができた[(B)過去3日間の問題行動の可変性:ケアに対する抵抗]
E5=1	改善[過去90日間における問題行動の変化(前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて)]

不安障害[I1f]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年4月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

うつ病[I1gg]

そううつ病[I1hh]

その他の精神疾患, 精神症状[I1ii,J1e,j1i]

併発する医学的な問題

便秘[H2b]

下痢[H2c]

便の詰まり[H2d]

糖尿病[I1a]

甲状腺機能低下症[I1c]

うつ血性心不全[I1f]

その他の心血管疾患[I1k]

喘息[I1jj]

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年4月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

肺気腫, 慢性閉塞性肺疾患[I1kk]

がん[I1rr]

尿路感染症[I2j]

痛み[J2]

J2a=1 痛みはあるが毎日ではない [頻度]

J2b=1 軽い痛み[程度]

一般状態の低下
末期[J5c]

低体重[K2a, b]

K2a 身長 (cm)

150.00Cm

K2b 体重 (kg)

42.00Kg

体重減少[K3a]

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

前回のアセスメントからの状態悪化[Q2]

Q2=1 改善:援助が減る、ケアによる制限レベルが少なくなる

身体機能の障害
ADL障害[G1]

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

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年4月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

G1b=1	準備のみ[ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)]
G1c=2	観察[自分の部屋の中をどのように歩くか]
G1d=2	観察[自分の棟の廊下をどのように歩くか]
G1e=2	観察[どのように自室から廊下に移乗するか(車いすなら、車いすに移乗したあと)]
G1f=1	準備のみ[別の病棟(ユニット)へどのように移動するのか]
G1gA=1	準備のみ[(A) 上半身:どのように上半身の衣類(普段着や下着)を着たり、脱いだりするか]
G1gB=0	自立[(B) 下半身:どのように下半身の衣類(普段着や下着)を履いたり、脱いだりするか]
G1h=-1	アセスメント未入力項目です！
G1iA=1	準備のみ[(A)トイレの使用:どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか]
G1iB=1	準備のみ[(B)トイレへの移乗:どのようにトイレ(ポータブルトイレ)に移乗するか]
G1j=1	準備のみ[どのように個人衛生を保つか(髪をとかす、歯をみがく、ひげをそる、化粧をする、洗顔する、手や陰部を洗う、ただし、入浴、シャワーを除く)]

動作分割[G7]	
----------	--

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

ADLの悪化[G9]	
------------	--

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

尿コントロールの悪化[H4]	
----------------	--

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

問題領域検討表

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年4月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

感覚障害

聴覚の問題[C1]

C1=1 静かな場所でない時はわずかながら障害がある

はっきりしない話し方[C5]

C5=1 はっきりしない話し方:不明瞭で、もごもごした言葉

ほとんどあるいは全く理解できない[C6]

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

視力[D1]

D1=1 障害:大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない

痛みや圧迫に対して皮膚が鈍感[M4e]

薬剤

抗精神病薬[O4a]

O4a 抗精神病薬
0 日

抗不安薬[O4b]

O4b 抗不安薬
0 日

抗うつ病[O4c]

O4c
0 日

利尿薬[O4e]

O4e
0 日

関わり方の要因

興味をもっていた活動をしなくなった[E1o]

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

小グループでの活動への参加[F1f,N3b.記録から]

問題領域検討表

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年4月5日
氏名	* 国 良 *	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

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

体幹, 四肢の抑制, 起き上がれないようになっているいす[P4c,d,e]

P4c=0 使用しなかった[体幹部の抑制]

P4d=0 使用しなかった[四肢の抑制]

P4e=0 使用しなかった[起き上がれないようになっているいす]

※領域2 認知障害/痴呆のみ、サンプルとして印刷しています。

ケアプラン策定評価レポート

作成日： 令和2年10月5日
作成者：

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

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

【 領域検討用紙 】

氏 名 *国 良*
アセスメント日 令和2年10月05日

作成日 令和2年10月05日
作成者 *玉 あや*

[illegible]

アセスメント結果表

作成日： R02年04月08日

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

I. 基本情報

1. 氏名

カニ ヨシ

* 国 良 *

2. 性別

1. 男2. 女

3. 生年月日

S14年07月29日

4. 現住所

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1

5. 入院日・入所日

R02年04月01日

6. 入院・入所前の状況

1. 自宅またはアパート

2. 療養型以外の病院・有床診療所

3. 療養型の病院・有床診療所（介護療養型医療施設）

4. 老人保健施設（介護老人保健施設）

5. 特別養護老人ホーム（介護福祉施設）

6. 精神病院

7. ケア付き住宅・有料老人ホーム・グループホーム

8. 1～7以外

7. 世帯類型

1. 一人暮らし

2. 高齢者夫婦のみ

3. その他

8. 過去5年間の90日以上継続した入院・入所歴

a. 当該施設への入院・入所歴

b. 療養型以外の病院・有床診療所

c. 療養型の病院・有床診療所（介護療養型医療施設）

d. 老人保健施設（介護老人保健施設）

e. 特別養護老人ホーム（介護福祉施設）

f. 精神病院

g. 上記に該当なし

9. 職業歴

主なものを2つまで具体的に記入

10. 教育歴

最終学歴

1. 未就学4. 旧制中学・新制高校卒

2. 小学校卒5. 旧制高校・短大卒

3. 高等小学校・新制中学卒6. 大学卒

2

1

1

a●

b

c

d

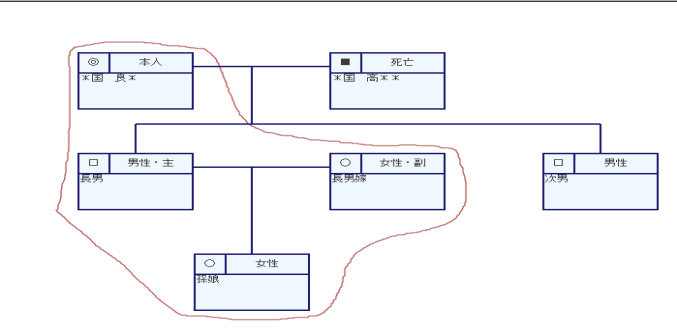
e

f

g

3

1 1. 家族図



女性=○ 男性=□
本人=◎ 回
死亡=● ■ 同居=□で囲む

1 2. IとIIの記入日

R02年04月02日

II. 入院・入所前の生活

1. 入院・入所前の生活

1日の日課

a. 夜遅くまで起きていた（例：夜9時以降）

b. 日中、規則的に昼寝をしていた（1時間以上）

c. 1週間に1日以上は外出していた

d. 趣味・読書、きめられた日々の日課で忙しくしていた

e. ほとんどの時間を1人、あるいはテレビを見て過ごしていた

f. 屋内は自立して移動していた（補助具の使用を含む）

g. 少なくとも1日1回は喫煙していた

h. 上記に該当なし

a

b●

c●

d●

e●

f●

g

h

食事の習慣

i. 特別な食生活

j. ほぼ毎日、間食していた

k. 少なくとも1週間に1度は飲酒していた

l. 上記に該当なし

i

j●

k

l

日常生活の行動様式

m. ほとんど1日中、寝間着のままだった

n. ほとんど毎晩、トイレに起きていた

o. 便の排泄が不規則であった

p. 入浴は、シャワーを好んだ

q. 晩に入浴することを好んだ

r. 上記に該当なし

m

n

o●

p●

q

r

関わり合い方

s. 親族や親しい友人と毎日接触があった

t. よくお寺や神社に参拝、あるいは教会の礼拝に行っていた

u. 信仰をよりどころにしていた

v. 毎日動物を相手にしていた、一緒にいた

w. グループ活動をしていた

x. 上記に該当なし

s

t

u●

v

w

x

y. 患者・入所者、家族はいずれの情報も提供できない

y

アセスメント結果表A

作成日：R02年04月08日

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

A. 患者・入所者の基本的情報

2. 部屋番号（名）

今回 202

前回

前々回

3. アセスメント基準日

今回 R02年04月01日

前回

前々回

4. 配偶者の有無

- 未婚
- 既婚
- 死別
- 離婚
- その他

今回 前回 前々回

3

5. 施設におけるID番号

今回

前回

前々回

6. 保険の種類

該当するものすべてにチェック

- 医療保険
- 介護保険
- 生活保護

今回 前回 前々回

a

b

c

7. 自己負担額

1ヶ月の自己負担額を千円未満は四捨五入して記入

新入院・新入所の場合は、予測額を記入。

1ヶ月以内の入院・入所の場合は1ヶ月に換算

- 毎月の保険内自己負担額（ ）千円
- 毎月の保険外自己負担額（ ）千円

今回 前回 前々回

a 20 千円 千円 千円

b 70 千円 千円 千円

8. アセスメントの理由

- 新入院・新入所
- 転院・転所
- 定時
- 状態の著変

今回 前回 前々回

3

9. 意思決定権

- 本人
- 家族
- 法定代理人・後見人
- 上記に該当なし

a

b

c

d

10. 終末期に対する希望

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

a

b

c

d

e

f

g

h

11. 面会

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

2

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

B. 認知

1. 昏睡状態

植物状態が続いている、あるいは痛みを識別できるような意識がない

0. 昏睡状態ではない

1. 昏睡状態である（1. の場合Gの項目にとぶ）

2. 記憶

a. 短期記憶： 5分前のことが思い出せる、あるいはそのように見える

0. はい

1. いいえ

b. 長期記憶： 昔のことを思い出すことができる、あるいはそのように見える

0. はい

1. いいえ

3. 記憶を想起する能力

過去3日間通常思い出せた項目をすべてチェックする

a. 今の季節

b. 自分の部屋の場所

c. スタッフの名前／顔

d. 施設ににいるということ

e. 上記のものはすべて思い出せない

4. 日常の意思決定を行うための認知能力

毎日の日課における意思決定

0. 自立： 首尾一貫して理にかなった判断ができる

1. 限定的な自立： 新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある

2. 軽度の障害： 特別な状況において、判断力が弱く、合図や見守りが必要である

3. 中等度の障害： 常に判断力が弱く、合図や見守りが必要である

4. 重度の障害： 判断できないか、まれにしか判断できない

今回 前回 前々回

0

0

0

a

●

b

●

c

●

d

●

e

0

今回 前回 前々回

5. せん妄の兆候、混乱した思考・意識

過去7日間の行動を記入

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

0. このようなことはなかった

1. 最近始まったのではない

2. この7日間は通常の状態と異なる

（たとえば、新たに始まったり、悪化した）

a. 注意がそらされやすい（たとえば、集中力がない、話がそれる）

b. 周囲の環境に対する認識が変化する（たとえば、その場にはいない人に話をしたり唇を動かす、自分をどこか別の場所にいると思いこむ、昼夜の混乱）

c. 支離滅裂な会話が時々ある（たとえば、話していることが一貫しない、無意味である、見当違い、話題がとぶ、思考が散漫）

d. 落ち着きがない（たとえば、皮膚や服、ナプキンなどをいじったり、ひっぱる、居場所をよく変える、身体を動かし続ける、叫び続ける）

e. 無気力（たとえば、動作が鈍い、宙を見ている、なかなか奮起しない、身体の動きが少ない）

f. 認知能力が1日の中で変動する（たとえば、時々良かったり、悪かったり、行動があったり、なかったりする）

a

1

b

1

c

0

d

0

e

0

f

1

6. 認知状態の変化

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

0. 変化なし

1. 改善

2. 悪化

0

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

C. コミュニケーション・聴覚

1. 聴覚

もし使用していれば、聴覚補助具等用いて

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

2. コミュニケーションの補助具／方法

過去3日間に使われたすべてにチェック

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

3. 表現方法

患者・入所者が自分の意思を知らせるために使ったすべてにチェック

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

4. 自分を理解させることができる

どんな方法で表現してもよい

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

5. 言葉の明瞭性

過去3日間の話し方

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

6. 他者を理解できる

どんな方法で話した内容を理解してもよい

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

今回 前回 前々回

1 ☐ ☐a ☒ ☐ ☐
b ☒ ☐ ☐
c ☐ ☐ ☐
d ☐ ☐ ☐a ☒ ☐ ☐
b ☐ ☐ ☐
c ☐ ☐ ☐
d ☐ ☐ ☐
e ☐ ☐ ☐
f ☐ ☐ ☐
g ☐ ☐ ☐1 ☐ ☐1 ☐ ☐1 ☐ ☐

今回 前回 前々回

1 ☐ ☐1 ☐ ☐a ☒ ☐ ☐
b ☐ ☐ ☐
c ☐ ☐ ☐0 ☐ ☐

7. 聴覚・コミュニケーションの変化

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

- 変化なし
- 改善
- 悪化

D. 視覚

1. 視力

適切な明るさのもとでの視力、もし使用をしていれば、眼鏡等を用いて

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

2. 視覚・視野障害

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

3. 視覚補助具

眼鏡、コンタクトレンズ、拡大鏡など

- 使用していない
- 使用している

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

E. 気分と行動

今回 前回 前々回

今回 前回 前々回

1. うつ状態、不安、悲しみの気分の兆候

過去3日間に観察された兆候（理由のいかんを問わない）

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

苦悩の言語的表現

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

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

2. 気分の持続性

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

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

1

3. 気分の変化

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

0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

1

4. 問題行動

(A) 過去3日間の問題行動の頻度

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

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

(B) 過去3日間の問題行動の可変性

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

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

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

5. 問題行動の変化

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

0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

1

睡眠周期の問題

- j. 午前中不機嫌であった
k. 不眠症または睡眠パターンが変化した

j	0		
k	0		

悲しみ、無関心、不安の表れ

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

l	0		
m	0		
n	0		

興味の喪失

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

o	0		
p	1		

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

F. 心理面と対人関係

今回 前回 前々回

1. 自発性・参加意識

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

a	☐	☐	☐
b	☒	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☐	☐	☐

2. 対人関係の不安定

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

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☐	☐	☐
h	☒	☐	☐

3. 過去の役割

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

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☒	☐	☐

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

G. 身体機能と機能問題

1. ADLの自立度

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

今回 前回 前々回

a. ベッド上の可動性
横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する

2

b. 移乗
ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか（浴槽や便座への移乗は除く）

1

c. 室内歩行
自分の部屋の中をどのように歩くか

2

d. 廊下の歩行
自分の棟の廊下をどのように歩くか

2

e. 病棟（ユニット）の中での移動
どのように自室から廊下に移乗するか（車いすなら、車いすに移乗したあと）

2

f. 病棟（ユニット）の外への移動
別の病棟（ユニット）へどのように移動するのか（たとえば、娛樂室、処置室）
施設が平屋の場合、同じ階の離れたところへの移動（車いすなら、車いすに移乗したあと）

1

g. 更衣
(A) 上半身：どのように上半身の衣類（普段着や下着）を着たり、脱いだりするか。装具・矯正具やファスナーセーターなどを含む
(B) 下半身：どのように下半身の衣類（普段着や下着）を履いたり、脱いだりするか。装具・矯正具やベルト、ズボン、スカート、靴やファスナーを含む

(A) 1 (B) 0

h. 食事
どのように食べたり、飲んだりするか。（上手、下手に関係なく）経管や経静脈栄養も含む

i. トイレの使用
(A) トイレの使用：どのようにトイレ（ポータブルトイレ、便器、尿器を含む）を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣類を整える（移乗は除く）
(B) トイレへの移乗：どのようにトイレ（ポータブルトイレ）に移乗するか

(A) 1 (B) 1

j. 個人衛生
どのように個人衛生を保つか（髪をとく、歯をみがく、ひげをそる、化粧をする、洗顔する、手や陰部を洗う、ただし、入浴、シャワーを除く）

1

2. 入浴

入浴の自立度についてG 1のコードを用いて評価する
 (A) 入浴：どのように入浴やシャワーや清拭するか（背中を洗うことと洗髪と移乗は含まない）。身体それぞれの部分（腕、太股、膝下、胸部、腹部、陰部）をどう洗うかは含まれる。最も依存的な状態を記入する（移乗は除く）
 (B) 浴槽への移乗：どのように浴槽（シャワー室）に入出りするか

(A) 1 (B) 1

3. バランス検査

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

(a) 1 (b) 1

- a. 立位バランス
b. 座位バランス：姿勢、体幹のコントロール

4. 可動域の制限

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

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

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

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

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

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

5. 移動の方法

過去3日間に使用したものをすべてをチェック

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

a ☒
b ☒
c ☐
d ☐
e ☐

6. 移乗の方法

過去3日間に使用したものをすべてをチェック

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

a ☐
b ☐
c ☐
d ☐
e ☐
f ☒

今回 前回 前々回

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

G. 身体機能と機能問題

7. 動作分割

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

0. いいえ 1. はい

8. リハビリテーションによる潜在能力

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

9. ADLの変化

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

0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

今回 前回 前々回

0

a
b
c
d
e

1

H. 失禁

1. 失禁

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

b. 便失禁

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

2. 排便のパターン

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

3. 用具やプログラム

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

4. 尿のコントロールの変化

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

0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

今回 前回 前々回

(a) 0

(b) 0

a
b
c
d
e

a
b
c
d
e
f
g
h
i
j

0

アセスメント結果表 I

作成日：R02年04月08日

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

I. 疾患

1. 疾患

内分泌／代謝／栄養

- a. 糖尿病
- b. 甲状腺機能亢進症
- c. 甲状腺機能低下症

心臓／循環器

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

筋骨格

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

神経

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

精神

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

呼吸器

- jj. 喘息
- kk. 肺気腫／慢性閉塞性肺疾患（COPD）

感覚器

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

その他

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

今回 前回 前々回

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h	●		
i			
j			
k			
l			
m			
n			
o			
p			
q			
r	●		
s			
t			
u			
v			
w			
x			
y			
z			
aa			
bb			
cc			
dd			
ee			

2. 感染症

いずれも該当しなければ、「上記に該当なし」をチェック

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

今回 前回 前々回

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h			
i			
j			
k			
l			
m	●		

3. その他の疾患または詳細な疾患名とICD-10コード

今回

前回

前々回

アセスメント結果表 J

作成日：R02年04月08日

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

J. 健康状態

1. 問題状況

水分状態の指標

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

その他

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

2. 痛み

a. 頻度（痛みの訴えや痛みがあることを示した）

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

b. 程度

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

今回 前回 前々回

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h			
i			
j			
k			
l			
m			
n			
o			
p	●		

(a) 1

(b) 1

3. 痛みの場所

過去3日間の痛みのあった箇所をすべてチェック

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

今回 前回 前々回

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g	●		
h			
i			
j			

4. 転倒

該当するものをすべてチェック

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

a			
b			
c			
d			
e	●		

5. 状態の安定性

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

a			
b			
c			
d	●		

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

K. 口腔衛生、栄養状態

1. 口腔の状態

a. 咀嚼問題

0. いいえ 1. はい

今回 前回 前々回

(a) 0

b. 嚥下問題

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

(b) 1

c. 口腔が痛む

0. いいえ 1. はい

(c) 0

2. 身長と体重

a. 身長（cm）

b. 体重（kg）

過去30日間の直近の値を記入

施設の標準的な測定状況（たとえば、午前中の排泄後、食前、靴を履かない、寝間着）での値とする

今回
(a) 150.0 cm

前回 前々回
cm cm

(b) 42.0 kg

kg kg

3. 体重の変化

a. 体重減少：過去30日間に5%以上の減少、または過去180日間で10%以上の減少

0. いいえ 1. はい

今回 前回 前々回

(a) 0

b. 体重増加：過去30日間に5%以上の増加、または過去180日間で10%以上の増加

0. いいえ 1. はい

(b) 0

4. 栄養問題

- a. 多くの食べ物の味について文句を言う
b. 空腹を常に訴える
c. 食事の25%以上を残すことが多い
d. 上記に該当なし

a
b
c
d ●

5. 栄養摂取の方法

過去3日間に使用されたすべてにチェック

- a. 経静脈栄養
b. 経管栄養
c. ミキサー食（粥、刻み食を含む）
d. シリンジをつかった経口摂取
e. 治療食
f. 食間の特別捕食
g. プレートガード、固定された食器など
h. 減量、または体重増加のプログラムの実施中
i. 上記に該当なし

今回 前回 前々回

a
b
c
d
e
f
g
h
i ●

6. 経静脈・経管栄養による摂取

（K5 aまたはK5 bにチェックがなければとばす）

a. 過去3日間の経静脈・経管栄養による摂取カロリーの割合

0. なし 3. 51%～75%
1. 1%～25% 4. 76%～100%
2. 26%～50%

(a)

b. 過去3日間の経静脈・経管栄養により摂取した水分量（1日平均）

0. なし 3. 1,001～1,500cc/日
1. 1～500cc/日 4. 1,501～2,000cc/日
2. 501～1,000cc/日 5. 2,001cc/日以上

(b)

L. 口腔、歯の状態

1. 口腔状態および病氣予防

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

a
b ●
c
d
e
f
g

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

M. 皮膚の状態

1. 褥瘡・潰瘍

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

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

2. 褥瘡・潰瘍の種類

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

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

3. 褥瘡・潰瘍の既往

過去90日間に治療し、または治療した潰瘍がある
0. いいえ 1. はい

4. 皮膚のその他の問題

過去3日間における皮膚の問題をチェック

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

今回 前回 前々回

a	0		
b	0		
c	0		

a	0		
b	0		

0		
---	--	--

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h	●		

5. 皮膚のケア

過去3日間における皮膚のケアをチェック

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

今回 前回 前々回

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h			
i			
j	●		

6. 足の問題とケア

過去3日間に行われたものすべてにチェック

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

a			
b			
c			
d			
e			
f			
g	●		

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

N. 活動のパターン

1. 覚醒時間

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

- a. 午前
b. 午後
c. 夕方
d. 上記に該当なし

入所者が昏睡状態の場合、○へとぶ

2. 活動への平均参加時間

治療やA D Lのケアを受けていない覚醒時間の中で、活動に参加している時間

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

3. 好きな活動場所

好きな場所すべてにチェック

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

4. 一般的に好む活動

現在施設として用意しているかどうかにかかわらず、好む活動のすべてをチェック

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

5. 活動の希望

患者・入所者は、活動の内容や関わりかたを変えたいと思っている

0. このままでよい 2. 大きく変えたい
1. 少し変えたい

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

今回 前回 前々回

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☒	☐	☐

1	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

a	☒	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐

a	☐	☐	☐
b	☐	☐	☐
c	☐	☐	☐
d	☐	☐	☐
e	☐	☐	☐
f	☐	☐	☐
g	☐	☐	☐
h	☒	☐	☐
i	☐	☐	☐
j	☐	☐	☐
k	☐	☐	☐
l	☐	☐	☐
m	☐	☐	☐

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

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

O. 与薬（過去7日間）

1. 薬剤の種類

過去7日間に使用した異なる薬剤の数（なければ「0」）

2. 新しい処方

患者・入所者は過去90日間に新しい処方を受けている

0. いいえ 1. はい

3. 注射

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

4. 薬剤の使用日数

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

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

今回 前回 前々回

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

1	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

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

P. 特別なケアと治療（過去7日間）

1. 特別なケア・治療

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

	今回	前回	前々回
a			
b			
c			
d			
e			
f			
g			
h			
i			
j			
k			
l			
m			
n			
o			
p			
q			
r			
s	●		

- b. リハビリテーション
休日を除いた過去7日間に1日15分以上実施した日数と、その実施時間の合計を記入、1日15分に満たなければ0を記入【入院・入所後の実施に限る】
- (A) 15分以上行われた日数
(B) 7日間の実施時間の合計分
- a. 言語療法：言語聴覚士（ST）のサービス
 - b. 作業療法：作業療法士（OT）のサービス
 - c. 理学療法：理学療法士（PT）のサービス
 - d. 呼吸療法
 - e. 精神療法

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

2. 気分、行動、認知機能の低下への介入

過去7日間に行われたすべてにチェック（どこで行われてもよい）

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

	今回	前回	前々回
--	----	----	-----

a			
b			
c			
d	●		
e			
f			

3. ケアスタッフによるリハビリテーション

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

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

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

生活訓練

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

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

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

P. 特別なケアと治療（過去7日間）

4. 身体抑制

過去7日間の使用状況

0. 使用しなかった
1. 毎日使用しなかった
2. 毎日使用した

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

5. 入院

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

6. 救急外来

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

7. 医師の診察

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

8. 医師の治療方針の変更

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

9. 異常な検査結果

過去90日間（または入院・入所日から）異常な検査結果があった

0. いいえ 1. はい

[今回](#) [前回](#) [前々回](#)

a	1		
b	0		
c	0		
d	0		
e	0		

0		
---	--	--

0		
---	--	--

1

0

0		
---	--	--

Q. 退所の可能性、全体の状況

1. 退院・退所の可能性

- a. 患者・入所者は家に帰りたと言ったり、ほのめかす
0. いいえ 1. はい

- b. 退院・退所に積極的な介護者がいる
0. いいえ 1. はい

- c. 短期の入院・入所予定である：90日以内の退院・退所が予定されている（死亡退院・退所は含まない）
0. いいえ
1. 30日以内
2. 31～90日
3. 退院・退所ははっきりしていない

2. ケアニーズの変化

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

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

3. 社会的支援の存在

退院・退所後の状態について、下記のコードより1つ選ぶ。

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

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

[今回](#) [前回](#) [前々回](#)

- (a)

1

--

--

- (b)

1

--

--

- (c)

1

--

--

- 1

- | | | | |
|---|---|--|--|
| a | 1 | | |
| b | 0 | | |
| c | 0 | | |
| d | 0 | | |
| e | 0 | | |

アセスメント結果表R

作成日： R02年04月08日

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

R. アセスメントへの参加

1. アセスメントへの参加者

a. 患者・入所者

0. いいえ1. はい

(a)1

b. 家族

0. いいえ1. はい2. 家族はいない

(b)1

c. その他の親しい人

0. いいえ1. はい2. いらない

(c)0

2. アセスメントに加わった人の署名（フリガナ）

今回

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

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

2. アセスメントに加わった人の署名（フリガナ）

前回

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

他のアセスメントに加わった者の署名	職 名	記入したセクション	記 入 完 了 日
d			
e			
f			
g			
h			

前々回

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

他のアセスメントに加わった者の署名	職 名	記入したセクション	記 入 完 了 日
d			
e			
f			
g			
h			

アセスメント結果表 T

作成日： R02年04月08日

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

T. 薬物治療調査票

A. 経口薬

A-1. 定時・臨時薬

A-2. 頓用薬

B. 注射・点滴（デポ剤も含む）

B-1. 定時・臨時薬

B-2. 頓用薬

C. その他（外用薬、坐薬、吸入薬など）

C-1. 定時・臨時薬

C-2. 頓用薬

今回

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

A-2	薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／7日

B-1	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1日量	経路

B-2	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1回量	回数／7日	経路

C-1	薬剤名（商品名）	回数／1日	経路

C-2	薬剤名（商品名）	回数／7日	経路

前回

A-1	薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／1日

A-2	薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／7日

B-1	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1日量	経路

B-2	薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1回量	回数／7日	経路

C-1	薬剤名（商品名）	回数／1日	経路

C-2	薬剤名（商品名）	回数／7日	経路

アセスメント結果表 T

作成日： R02年04月08日

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

前々回

A－1

薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／1日

A－2

薬剤名（商品名）	剤形	1日量	回数／7日

B－1

薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1日量	経路

B－2

薬剤名（商品名）	1アンプル・1本の量	1回量	回数／7日	経路

C－1

薬剤名（商品名）	回数／1日	経路

C－2

薬剤名（商品名）	回数／7日	経路

[illegible]

			1	2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	22	23	23	24	25	26	27	28	29	30	
		H6b=1				○																														
	身体機能の潜在能力	H7a, b, c=レ	⊗	☆																																
		H7d=レ																															②			
I.	尿失禁	I1a=3～5				④																										○			○	
	尿失禁用器材	I2a, b=レ																																	○	
	便失禁	I3=2～5																																	○	
		I3=3～5																					○									○				
J.	疾 患	J1e=1, 2														⊗							○													
		J1g, h, i, k=1, 2				④																														
		J1g, l=2																	○																	
		J1l=1, 2																										⊗				⊗				
		J1aa=1, 2																										⊗				⊗				
		J1x=1, 2																		⊗																
K.	予 防	K1a, b, c, d(dは女性のみ)チェックなし																																		
	現 症	K2a=レ, K3b=レ																										⊗		⊗					⊗	
		K2c=レ																											⊗							
	現 症	K3a, e=レ																											⊗							
		K3c=レ																											⊗							
		K3f, g=レ																															○			
	痛 み	K4a=1～3																				⊗														
	転倒頻度	K5≥1																		○													○			
	転倒の危険	K6a=1																															○			
		K6a=1かつK6b=0																		○																
	生活習慣	K7a, b=1									○																									
		K7c=1					○																													
	健康状態	K8b, c, d=レ	⊗																																	
		K8e=レ																															○			
	その他の状況	K9a, c, d, e=レ													⊗																					
L.	体 重	L1a, b=1																		○																
	食事摂取	L2b, c=1																		○																
	嚥下問題	L3=1～4																				○														
M.	口腔状態	M1a, b, c=レ																			○															
		M1b=レ																				○														
N.	皮膚の問題	N1=1																						○					○							
	褥瘡・潰瘍、褥瘡既往	N2a=1～4, N4=1																					○													
	皮膚のその他の問題	N3b, e=レ																						○												
O.	居住環境	O1a～f=レ																																	⊗	
P.	治療・ケア、薬剤の順守	P1a～p, t～z=2, 3, Q4=2																							⊗											
	特別な治療・ケア	P1s=1, 2, 3																															○			
	達成されたケア目標の有無	P4, P5=1																																②		
	ケアニーズの変化	P5=2, H3=1		○			④																													
Q.	薬剤の種類	Q1≥1かつQ3=1																										⊗								
		Q1≥5																											☆							
	向精神薬の服用	Q2a, b, c=1																															☆			
			1	2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	22	23	23	24	25	26	27	28	29	30	

問題領域検討表

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

領域1

ADL/リハビリテーションの可能性

2つ以上のADL項目で他者からの援助を受けている

H2a=5 ベッド上の可動性:最大の援助

H2b=2 移乗:観察

H2d=8 屋外の移動:本動作は3日間の間に1回もなかった

H2e=2 上半身の更衣:観察

H2f=4 下半身の更衣:広範な援助

H2g=5 食事:最大の援助

H2h=3 トイレの使用:部分的な援助

H2i=6 個人衛生:全面依存

他者をほぼ理解できる

C3=1 通常は理解できる:伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいはまったく言い直すことはない

思考やADLを不安定にするような症状、慢性の問題再燃、あるいは新たな急性症状がある

K8c 急性症状が発生したり再発性や慢性の問題が再燃した

利用者や介護者、評価者は、利用者が改善すると考えている

H7b 介護者またはケアスタッフは、利用者の身体機能の自立度が向上すると信じている(ADL、IADL、移動など)

H7c 現在の疾患や症状から回復する見込みがある。または健康状態の向上が期待される

領域2

手段的日常生活能力

他者をほぼ理解できる

C3=1 通常は理解できる:伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいはまったく言い直すことはない

利用者や介護者、評価者は利用者が改善すると考えている

H7b 介護者またはケアスタッフは、利用者の身体機能の自立度が向上すると信じている(ADL、IADL、移動など)

H7c 現在の疾患や症状から回復する見込みがある。または健康状態の向上が期待される

食事の用意に援助を受けているが、行おうとした場合に”非常に困難”ではない

H1aア=3,H1aイ=0

領域3

健康増進

問題領域検討表

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

日常の意志決定能力がほぼ保たれている

B2=1

外出回数が少ない

H6a=2 健康活動:過去30日間の通常の1週間で、週に1回

領域5 コミュニケーション

理解力の問題

C3=1 通常は理解できる:伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいはまったく言い直すことはない

領域9 行動

暴言

E3b=1 暴言(行動はあったが、容易に変えることができた)

暴行

E3c=1 暴行(行動はあったが、容易に変えることができた)

ケアに対する抵抗

E3e=2 ケアに対する抵抗(行動があり、変えることは困難であった)

領域10 うつと不安

自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ

E1b=1 過去3日間に1～2日観察された(自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ)

繰り返し体の不調を訴える

E1d=1 過去3日間に1～2日観察された(健康上の不満を繰り返す)

悲しみ、苦悩、心配した表情

E1f=1 過去3日間に1～2日観察された(悲しみ、苦悩、心配した表情)

領域11 高齢者の虐待

説明がつかないけが、骨折、火傷がある

K9c 説明がつかないけが、骨折、火傷がある

放置、暴力、虐待を受けている

K9d 放置、暴力、虐待を受けている

問題領域検討表

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

身体抑制を受けている

K9e 身体抑制を受けている(四肢の抑制、ベッド柵の使用、いすに固定)

領域13 心肺の管理

不整脈

J1e=1 不整脈:在宅ケアスタッフによる処置や観察の必要がない

領域16 栄養

がん

J1x=1 がん(過去5年間、皮膚がんは含まない):在宅ケアスタッフによる処置や観察の必要がない

領域18 痛みの管理

痛みの訴えや様子があった

K4a=1 毎日ではない

領域19 褥創

ベッド上の可動に援助を必要とした

H2a=5 ベッド上の可動性:最大の援助

領域21 順守(コンプライアンス)

特別な治療・療法が1つ以上守られなかった

P1a=2 酸素療法:予定されていたが、一部守られなかった

P1e=2 輸血:予定されていたが、一部守られなかった

P1h=2 点滴-中心静脈:予定されていたが、一部守られなかった

P1j=2 注射による与薬:予定されていたが、一部守られなかった

P1m=3 気管切開口のケア:予定されていたが、指示とおりには完全には守られなかった

P1n=2 運動療法:予定されていたが、一部守られなかった

P1u=2 ショートステイ:予定されていたが、一部守られなかった

P1w=3 観察・測定(毎日ではない):予定されていたが、指示とおりには完全には守られなかった

P1x=2 緊急通報用の器材(ペンダント等):予定されていたが、一部守られなかった

P1z=2 特別治療食:予定されていたが、一部守られなかった

問題領域検討表

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

領域23

薬剤管理

1種類以上の薬剤を服用[Q1=1以上]しているが、すべての薬剤について把握している医師がいない[Q3=1]

Q1≥1,Q3=1 薬剤を使用しているが、現在使用しているすべての薬について、すべてを把握 2種類
している医師は1人もいない

領域25

保健予防サービス

インフルエンザワクチンを受けていない

K1b=False インフルエンザワクチン

(女性の場合)乳房の触診またはマモグラフィーを行っていない

K1d=False (女性のみ)乳房の触診かマモグラフィー

領域28

環境評価

浴室やトイレの環境

O1c 浴室及びトイレの環境(滑りやすい浴槽、必要であるにもかかわらず手すりがない、水もれ、トイレが外にある)

領域29

排便の管理

下痢

K2a 下痢

ケアプラン策定評価レポート

利用者番号	1000	アセスメント日	令和2年4月27日
氏名	*国 良*	性別	女性
		生年月日	昭和14年7月29日

問 題 領 域	選定 結果	ケアプランの決定		根拠・情報の所在 など
		策 定	策 定 しない	
1. ADL/リハビリの可能性	●	○		ADL低下の傾向があり維持リハ継続の必要がある。
2. 手段的日常生活能力(自立)	●		○	現状では生活習慣も安定しており家族見守りとする。
〃 (支援)				
3. 健康増進	●	○		閉じこもりを防止する必要がある。
4. 施設入所のリスク				
5. コミュニケーション障害	●		○	特に大きな問題はない。
6. 視覚				
7. アルコール依存と危険な飲酒				
8. 認知				
9. 行動	●		○	特に大きな問題はない。
10. うつと不安				
11. 高齢者の虐待	●		○	家族による虐待があるとは思えない。 通常の親子の関係と判断される。
12. 社会的機能				
13. 心肺の管理	●		○	特に大きな問題はない。
14. 脱水				
15. 転倒				
16. 栄養	●	○		偏りと塩分摂取の観点から週に何度か宅配を 検討してもらう。
17. 口腔衛生				
18. 痛みの管理	●		○	特に大きな問題はない。
19. 褥瘡	●		○	特に大きな問題はない。
20. 皮膚と足の状態				
21. 順守(コンプライアンス)	●			
22. もろい支援体制(主なし)				
〃 (主あり)				
23. 薬剤管理(管理)	●			
〃 (副作用)				
24. 緩和ケア				
25. 保健予防サービス	●			
26. 向精神薬				
27. 在宅サービスの削減				
28. 環境評価	●			
29. 排便の管理	●			
30. 尿失禁と留置カテーテル				

【 領域検討用紙 】

氏 名 *国 良*
アセスメント日 令和2年10月27日

作成日 令和2年10月27日
作成者 *玉 あや*

[illegible]

在宅復帰および在宅支援の検討

包括的自立支援プログラム

1. 介護力

要介護者等の氏名： * 国 良 *

主介護者	☒ あり	☐ なし	副介護者	☐ あり	☒ なし
介護意欲	☐ 積極的	☒ 消極的	介護期間	(2 年 3 月)	
主介護者の健康状態	☒ よい	☐ 悪い	主介護者との家族関係	☒ よい	☐ 悪い
主介護者の就労	☐ なし	☒ あり	主介護者の育児	☐ なし	☒ あり
介護可能時間	(2 時間 / 日)		身体的負担感	☐ なし	☒ あり
精神的負担感	☐ なし	☒ あり	経済的負担感	☐ なし	☒ あり
面会の頻度	(2 回 / (週) ・ 月 ・ 年)		外出 + 外泊の頻度	(1 回 / (週) ・ 月 ・ 年)	

特記事項：

2. 生活環境

福祉用具の利用	☐ あり	☒ なし	福祉用具の充足度	☐ 充足	☒ 不足
住宅改修の必要性	☐ 不要	☒ 必要			
住宅環境	☒ 持ち家	☐ 借家		☒ 一戸建て	☐ 集合住宅
	☒ 自室あり	☐ 自室なし		☒ 1 階	☐ 2 階以上

特記事項：

3. 利用できる社会資源

	居住地域に ある	利用する 意志あり		居住地域に ある	利用する 意志あり
訪問介護（ホームヘルプサービス）	☒	☒	福祉用具貸与	☐	☐
訪問入浴介護	☒	☒	特定（介護予防）福祉用具販売	☐	☐
訪問看護	☒	☐	住宅改修	☒	☐
訪問リハビリテーション	☒	☐	夜間対応型訪問介護	☐	☐
居宅療養管理指導	☒	☐	認知症対応型通所介護	☐	☐
通所介護（デイサービス）	☐	☐	小規模多機能型居宅介護	☐	☐
通所リハビリテーション（デイケア）	☐	☐	認知症対応型共同生活介護	☐	☐
短期入所生活介護（特養等）	☐	☐	地域密着型特定施設入居者生活介護	☐	☐
短期入所療養介護（老健・診療所）	☐	☐	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	☐	☐
特定施設入居者生活介護	☐	☐	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	☐	☐
複合型サービス	☐	☐	その他	☐	☐

介護老人福祉施設	☐	☐
介護老人保健施設	☐	☐
介護療養型医療施設	☐	☐
その他	☐	☐

特記事項：

4. 社会活動への参加

趣味	☒ あり	☐ なし	老人クラブの参加	☐ あり	☒ なし
散歩	☒ あり	☐ なし	買物	☐ あり	☒ なし
付き合い（近所、友人）	☐ あり	☒ なし	その他の活動	☐ あり	☒ なし

特記事項：

5. 緊急時の対応

主治医	☒ あり	☐ なし	入院受け入れ先	☒ あり	☐ なし
家族間の連絡網	☒ あり	☐ なし			

特記事項：

6. 家族への指導

介護方法の指導	☐ 受けた	☒ 受けていない
社会資源の利用方法	☐ 知っている	☒ 知らない
社会資源の利用費用	☐ 知っている	☒ 知らない

特記事項：

ケアチェック表

包括的自立支援プログラム

R2年4月3日

1, 食事、水分摂取等に関するケア

● 介護老人保健施設

介護老人保健施設 ●苑

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケ ア の 内 容		現 状		予定	ケア提供の場所／使用用具等		
		提供	家族				
調 理	調理(食事を作る)				食事の場所	食堂・ホール	○
準 備 ・ 後 始 末	食事の準備・配膳等	●		●		居室(ベッド以外)	
	食事の後始末、下膳	●		●		ベッドの上	
	おやつ準備	●		●		布団の上	
	おやつの後始末、下膳	●		●		その他： ()	
	飲み物の準備	●		●			
食事等の	食事中の見守り	●			食事の区分	一般食	
	食事介助(切る、すりつぶす等)	●				糖尿食 (1300)kcal	○
	食事摂食介助	●				高血圧食 (500)g	○
	食事摂取・水分量のチェック	●		●		抗潰瘍食	
	おやつ中の見守り	●				その他：	
	おやつ介助(切る、すりつぶす等)	●		●			
摂取介助	おやつ摂食介助	●			主食	普通食	
	飲み物摂取介助	●				粥食	
						その他：	
経口流動食	経口流動食の準備				副食	普通食	○
	経口流動食の実施					刻み食	
	経口流動食の後始末					ミキサー食	
						その他：	
経管栄養	経管栄養(経鼻、胃瘻)の準備				食事用具	食食用エプロン	
	経管栄養の実施					滑り止めマット・シート	
	経管栄養の後始末					カップ・コップ・湯のみ	
	チューブの交換					吸い飲み・薬のみ	
	チューブの観察					自助具：	
輸 液 ・ 輸 血	点滴・IVH・輸血の準備					その他： 先割れスプーン	
	点滴・IVH・輸血の実施					水指し	
	点滴・IVH・輸血の後始末					特殊箸	
	点滴・IVH・輸血中の観察や調整等						
	輸液・輸血中の固定等						

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
① 本人の訴えや希望			③高血圧・糖尿病がある。 → 治療食を継続する。
② 家族の訴えや希望			
③ 医療面での指示・管理等	○		
④ 代替ケアの可能性			
⑤ 移乗・移動面での問題等			
⑥ 炊事面での問題等			
⑦ 摂取動作面での問題等			
⑧ 咀嚼機能面での問題等			
⑨ 嚥下機能面での問題等			
⑩ 摂取量面での問題等			
⑪ 体重の変化(増減)			
⑫ 食事等の好み(好き嫌い)			
⑬ その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケ ア の 内 容		現 状		予 定	ケア提供の場所／使用用具等			
		提供	家族					
準備・後始末	排尿介助の必要物品準備	●		●	排泄場所	トイレ		
	排便介助の必要物品準備	●		●		ポータブルトイレ	○	
	尿収器の後始末	●		●		ベッド・布団		
	さしこみ便器の後始末	●		●		その他:		
	排尿後のポータブルトイレの後始末	●		●		ポータブルトイレ	○	
	排便後のポータブルトイレの後始末	●		●		差し込み便器		
	尿器・便器・ポータブルトイレの消毒	●		●		採尿器・し瓶		
移乗・移動	トイレ・ポータブルトイレへの誘導	●			排泄用具	自動採尿器		
	車椅子から便座へ移乗					装着尿器		
	便座から車椅子へ移乗					布おむつ		
	ベッドからポータブルトイレへ移乗	●				紙おむつ		
	ポータブルトイレからベッドへ移乗	●				尿とりパッド	○	
排尿	排尿時の見守り	●		●		失禁用パンツ		
	排尿動作援助(衣服の着脱は除く)	●				尿感知器(おむつ)		
	排尿後の後始末	●		●		ストーマ装具		
	膀胱手圧排尿、叩打法					自助具:		
	導尿、留置カテーテル交換					その他: パンツ型おむつ	○	
	膀胱洗浄							
	留置カテーテル交換・尿量等のチェック			●				
	排尿頻度・量・間隔のチェック	●		●				
排便	排便時の見守り	●		●				
	排便動作援助(衣服の着脱は除く)	●						
	排便の後始末	●		●				
	摘便	●						
	浣腸	●						
	人工肛門のケア	●						
おむつ交換	おむつ交換の必要物品準備							
	おむつ交換の使用物品後始末							
	おむつ点検・確認							
	おむつ除去・装着							
要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等								
問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目					
① 本人の訴えや希望	○	○	①②⑤⑥⑧ ポータブルトイレの使用については、失禁および転倒の予防の為に介助しているが、自分で使用できる様になりたい。本人・家族も希望している。 →ポータブルトイレの移乗と排泄が自分で出来る様に声かけし見守る。					
② 家族の訴えや希望	○	○						
③ 医療面での指示・管理等								
④ 代替ケアの可能性								
⑤ 移乗・移動面での問題等	○	○						
⑥ 排泄動作面での問題等	○	○						
⑦ 尿意・便意面での問題等								
⑧ 失禁面での問題等	○	○						
⑨ 排尿量や回数面での問題等								
⑩ 排便量や回数面での問題等								
⑪ その他の問題等								

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケ ア の 内 容		現 状		予 定	ケア提供の場所／使用用具等	
		提供	家族			
準 備 後始末	浴室準備	●		●	浴槽の種類 入浴用具 洗髪 場所	一般浴槽 ○
	浴室清掃・後始末	●		●		臥床式特殊浴槽
移 乗	浴槽・リフトへの誘導					座位式特殊浴槽
	車椅子から浴槽内リフトへ移乗					簡易浴槽
	車椅子から浴槽ストレッチャーへ移乗					移動入浴車浴槽
	ストレッチャーから浴槽内リフトへ移乗					その他：
	ストレッチャーから特殊浴槽へ移乗					シャワーのみ
	浴槽内リフトからストレッチャーへ移乗					入浴しない
	浴槽内リフトから車椅子へ移乗					シャンプーハット ○
	特殊浴槽からストレッチャーへ移乗					浴槽用チェアー ○
	浴槽ストレッチャーから車椅子へ移乗					シャワーチェアー
	抱える、抱き上げる、背負う	●		●		滑り止めマット
移 動	浴槽外から浴槽内へ移乗					バスボード
	浴槽内から浴槽外へ移乗					入浴担架
	浴槽内への移動の介助					入浴用懸吊式リフト
	リフトの操作					入浴用台座式リフト
	浴室内の見守り	●		●		自助具：
						その他：
洗 髪	洗髪の必要物品準備					
	洗髪の使用物品後始末					
	洗髪一部介助					
	洗髪全介助	●		●		
洗 身	洗身一部介助					
	洗身全介助	●		●		
清 拭 ・ 部 分 浴	身体清潔の必要物品準備				洗髪 場所	浴室(入浴時) ○
	身体清潔の使用物品後始末					洗面所
	部分清拭					ベッドの上
	全身清拭					布団の上
	手指浴、足浴					その他：
	陰部洗浄					
	乾布清拭					
要 介 護 者 等 の 健 康 上 や 生 活 上 の 問 題 点 及 び 解 決 す べ き 課 題 等						
問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目			
① 本人の訴えや希望						
② 家族の訴えや希望						
③ 医療面での指示・管理等						
④ 代替ケアの可能性						
⑤ 移乗・移動面での問題等						
⑥ 洗身動作面での問題等						
⑦ 洗髪動作面での問題等						
⑧ 入浴回数面での問題等						
⑨ 身体の清潔面での問題等						
⑩ その他の問題等						

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケ ア の 内 容		現 状		予 定	ケア提供の場所／使用用具等		
		提供	家族				
洗 面	洗面所までの誘導	●		●	洗面の場所	洗面所	○
	洗面動作の指示					ホール	
	洗面一部介助					居室	
	洗面全介助					ベッド・布団	
口腔清潔	口腔清潔の必要物品準備				洗面用具	その他：	
	口腔清潔の使用物品後始末					洗面器	
	口腔清潔（歯みがき等）					蒸しタオル	
	うがいの介助					自助具：	
	入れ歯の手入れ					その他：	
	口唇の乾燥を防ぐ						
整 容	結髪、整髪				口腔清潔用具		
	散髪						
	爪切り	●		●		歯ブラシ	○
	髭剃り					綿棒・ガーゼ等	
	耳掃除					義歯洗浄剤	○
更 衣	衣服・靴下・靴の準備	●		●		自助具：	
	更衣動作の見守り、指示					その他： うがい用コップ	○
	更衣動作の一部介助	●		●			
	更衣動作の全介助						
	衣服を整える						

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
① 本人の訴えや希望			⑤洗面所までの誘導は介助が必要。 ⑩⑬ →整容・更衣については、自立に向かっており、声かけ、見守り出来る様になっている。
② 家族の訴えや希望			
③ 医療面での指示・管理等			
④ 代替ケアの可能性			
⑤ 移乗・移動面での問題等	○		
⑥ 洗面動作面での問題等			
⑦ 口腔清潔面での問題等			
⑧ 入れ歯の手入れ面での問題等			
⑨ 整髪動作面での問題等			
⑩ 爪切り動作面での問題等	○		
⑪ 髭剃り動作面での問題等			
⑫ 耳掃除動作面での問題等			
⑬ 更衣動作面での問題等	○		
⑭ その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケアの内容		現 状		予定	ケア提供の場所／使用用具等	
		提供	家族			
体位変換	体位変換一部介助				リハビリの場所	リハビリ室
	体位変換全介助					作業室・活動室
	ビースパット・円座・足底板等の使用					ホール
起 居	身体を起こす、支える					居室(ベッド以外)
	端座位から臥床させる、寝かせる					ベッド
	ギャッチベッドの操作					布団
	ベッドからの昇降介助					その他：
移 乗	車椅子の準備・後始末	●		●	寝具の種類	布団
	ベッド、車椅子間の移乗	●		●		固定式ベッド
	ベッド、ストレッチャー間の移乗					手動式ベッド
	車椅子、床・マット間の移乗					ギャッチベッド ○
	車椅子、椅子間等の移乗					その他のベッド：
移 動	歩行の見守り				除 圧 ・ 体位変換用具	エアーマット
	歩行の介助					無圧式ウレタンマット
	車椅子での移動の見守り					ビーズマット
	車椅子での移動の介助	●		●		円座
	ストレッチャーによる移動					ムートン
	抱える、抱き上げる、背負っての移動介助					体位変換器
リハビ リテー ション	身体機能の訓練（関節可動域訓練等）					その他：
	基本動作訓練（座位、立位、歩行等）					
	日常生活動作訓練（食事・排泄動作等）					
	物理療法（温熱療法、電気療法等）					
	作業療法					移乗板
	言語療法					移動バー
						杖：
						補装具：
						歩行器：
						シルバーカー
						リフター：
						普通型車椅子 ○
						介助型車椅子
						片麻痺用車椅子
						リクライニング型車椅子
						電動車椅子
						電動三輪車
						その他：

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
① 本人の訴えや希望	○	○	①②③ 自宅では次女が帰宅するまで日中は1人となる為、ポータブルトイレが使えないと在宅復帰が難しい。
② 家族の訴えや希望	○	○	
③ 医療面での指示・管理等			④⑦ 下肢の筋力低下と右ひざの関節可動域の制限があるが、現在、移乗動作は安定してきている。しかし、1人では転倒の危険性があり、見守りとリハビリが必要。移乗、つかまり歩行が不安定。
④ 代替ケアの可能性	○	○	
⑤ 体位変換動作面での問題等			→・ベッドと車椅子の移乗動作の見守り。 ・リハビリテーション実施
⑥ 起居動作面での問題等			
⑦ 移乗・移動面での問題等	○	○	⑨ 日中介護力が不足の為、社会資源の利用と住環境の評価を検討。
⑧ 手指・上肢動作面での問題等			
⑨ 生活(住)環境面での問題等	○	○	→ 在宅復帰に向けての準備を行う。
⑩ 在宅生活継続・復帰面での問題等	○	○	
⑪ その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケ ア の 内 容		現 状		予 定	ケア提供の場所／使用用具等		
		提供	家族				
薬剤管理	薬の照合・区分・準備	●		●	受 診 場 所	自宅(往診等)	
	薬を渡す、服薬介助	●		●		診察室(外来通院)	○
薬剤使用	坐薬(緩下剤、解熱剤等)の挿入				受 診 場 所	診察室(入院・入所先)	
	褥瘡等の処置、軟膏塗布、薬浴等					居室(入院・入所中)	○
	眼・耳・鼻の外用药の使用等					その他:	
	温・冷あみ法、湿布を貼る等					ノルバスク(5mg)1×朝	○
	自己注射(インシュリン等)の指導等						
	注射の準備・実施・後始末						
処 置 等	吸引の準備・実施・後始末				現 在 処 方 中 の 薬 剤		
	吸入の準備・実施・後始末						
	タッピング、体位排痰法等の実施						
	透析関連のケア						
	ベッド上での牽引						
	酸素吸入の準備・実施・後始末						
	気管内挿管の準備・実施・後始末						
	気管切開口のケア、カニューレの交換						
	人工呼吸器使用中の観察						
	持続吸引、他のカテーテルの管理等						
	在宅酸素・吸引器等の在宅医療器具点検						
測 定 等	巡視(夜間)、容態観察	●		●	現 在 処 方 中 の 薬 剤		
	バイタルサインのチェック	●		●			
	身長・体重・腹囲等の測定	●		●			
受 診 ・ 検 査	通院・入院・受診の援助と付き添い	●		●	現 在 処 方 中 の 薬 剤		
	処置中の固定等						
	検査用物品の準備・後始末						
	検体採取の準備・実施・後始末						
	隔離等に伴うケア						
要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等							
問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目				
① 本人の訴えや希望	○		①② 新しい義歯を本人も希望している。現在、製作中。 ③⑤ 高血圧・糖尿病がある。 →内服薬と食事療法によりコントロールされており、今後も継続。 ⑩右ひざ関節痛・変形性腰椎症の痛みは軽減している。 →疼痛の訴えがあれば、医師の指示を受ける。				
② 家族の訴えや希望	○						
③ 医療面での指示・管理等	○						
④ 代替ケアの可能性							
⑤ 治療中の疾病	○						
⑥ 処方されている薬剤							
⑦ 薬剤の管理や服薬面での問題等							
⑧ 受診介助面での問題等							
⑨ バイタルサイン面での問題等							
⑩ 疼痛等の自覚症状	○						
⑪ 麻痺・拘縮							
⑫ 創傷・褥瘡等の皮膚疾患							
⑬ 浮腫							
⑭ 終末期の検討の必要性							
⑮ その他の問題等							
医 学 的 管 理 の 内 容 と 留 意 事 項	症状は安定しており、転倒に注意し、ケアをすすめて下さい。						

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケ ア の 内 容		現 状		予 定	ケア提供の場所／使用用具等		
		提供	家族				
相 談 ・ 助 言	本を読む、手紙の代読・代筆				コ ミ ュ ニ ケ ー シ ヨ ン 等 用 具	補聴器	
	日常会話、声かけ	●		●		眼鏡	
	ナースコールの受対応	●		●		拡大鏡(ルーペ)	○
	助言、指導、励まし、カウンセリング	●		●		文字ボード	
	家族への連絡・応対・調整・情報収集	●		●		難聴者用電話	
書類作成	申請書類の記入・提出			●		緊急通報装置(電話)	
問題行動 への対応	徘徊への対応、探索					自助具:	
	不潔行為への対応					その他:	
	暴力行為・暴言への対応						
	その他の問題行動への対応						
余暇活動	散歩の付き添い	●		●			
	クラブ・レク活動中の援助	●		●			
環境整備	寝具整頓、ベッドメイキング等	●		●			
	寝具・リネン交換	●		●			
	布団を干す						
	居室内の掃除、ゴミ捨て	●		●			
	私物:花の手入れ、動物の世話						
	衣服・日用品の整理整頓	●	○	●			
	衣服の修理、繕い	●	○	●			
	補助器具(私物)の管理	●		●			
	洗濯物を集める、運ぶ	●		●			
	洗濯する、干す、たたむ	●		●			
買 物	買い物の付き添い		○	●			
	買物、依頼の物品購入		○	●			
金銭管理	現金管理、支払い等の代行		○	●			
移 送	送迎車の運転						
要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等							
問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目				
① 本人の訴えや希望			⑧⑨ (長谷川式12点)中程度の痴呆あり。 他者との交流が少ない。 →レクリエーション活動を通じて、他者と交流を促すようスタッフが付き添う。				
② 家族の訴えや希望							
③ 医療面での指示・管理等							
④ 代替ケアの可能性							
⑤ 移乗・移動面での問題等							
⑥ 視力・聴力面での問題等							
⑦ 会話能力面での問題等							
⑧ 記憶・認知・理解面での問題等	○						
⑨ 性格・生活習慣面での問題等	○						
⑩ 精神症状・問題行動面での問題等							
⑪ 生活(住)環境面での問題等							
⑫ 介護者・家族面での問題等							
⑬ 掃除・洗濯面での問題等							
⑭ 買物面での問題等							
⑮ 金銭管理面での問題等							
⑯ 移送サービス面での問題等							
⑰ その他の問題等							

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

ケアプラン策定評価レポート

利用者番号	1000			アセスメント日	令和2年4月3日
氏名	*国 良*	性別	女性	生年月日	昭和14年7月29日

問 題 領 域	選定結果	ケアプランの決定		根拠・情報の所在 など
		策 定	策 定しない	
1. 食事、水分摂取等	●	○		
2. 排泄	●		○	
3. 入浴、清拭	●	○		
4. 洗面、口腔清潔、整容、更衣	●	○		
5. 基本動作介助、リハビリテーション	●		○	
6. 医療、健康	●	○		
7. 心理・社会面	●		○	

【 領域検討用紙 】

氏 名 *国 良*
アセスメント日 令和2年04月03日

作成日 令和2年04月03日

作成者 *玉 あや*

[illegible]

令和2 年 4 月 1 日相談受付 (訪問・電話・来所・その他)

() 初回相談受付者 * 玉 あや *

本人氏名	* 国 良 *	男 ・ (女)	年齢	M T S	14 年 7 月 29 日生れ (80 歳)
住 所	〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1		TEL	099-XXX-XXXX	
			携帯	090-XXXX-XXXX	
緊急連絡先	氏名 * 国 * 郎	(男) ・ 女	年齢 (歳)	本人との続柄 (長男)	
	〒 891-0115 住所 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地		TEL	099-26X-XXXX	
			携帯	090-1XXX-2XXX	
相談者	氏名 * 国 花 *	男 ・ (女)	年齢 (歳)	本人との続柄 (長男の妻)	
	〒 891-0115 住所 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地		TEL	099-26X-XXXX	
			携帯	090-1XXX-2XXX	
相談経路 (紹介者)					
居宅サービス計画 作成依頼の届出	届出年月日 令和2年3月10日				

■ 相談内容 (主訴/本人・家族の希望・困っていることや不安、思い)

(本人) 3年前に脳梗塞で入院されたが、その後は積極的な治療をしてもらえないことへの不安と、右上下の麻痺に加え徐々に足腰が弱ってきていることへの不安が非常に大きくなっている。しかし、今のまま家にばかりいることは良くないと思っており、できれば外に出る機会を作ったり、あるいは家の中だけでも自由に動けるようになりたいと考えている。

(家族および介護者) このまま下肢筋力が低下して歩けなくなってしまうのではという不安が大きく、どこかでリハビリを受けてほしいと考えている。

■ これまでの生活の経過 (主な生活史)

現在のお住まいに30年程生活されており、家業の農家を手伝いながらお子様を育てられた。専業主婦件農家での生活をされいまま、亡くなられたご主人と結婚されるまでは、近くの会社で事務をされており実家も農家であった。県外での生活などの経験はなくずっと地元での生活であった。特に旅行されることもなかった様である。

介護保険	利用者負担割合	■ 1割 □ 2割 □ 3割	後期高齢者医療 保険(75歳以上)	一部負担金 □ 1割負担 □ 3割負担
高額介護 サービス費該当	利用者負担 (□ 第5段階 □ 第4段階 □ 第3段階 □ 第2段階 ■ 第1段階)			
要介護認定	済 → 非該当・要支援 1・2 要介護 1・②・3・4・5	認定日	令和2 年 3 月 28 日	
	未(見込み) → 非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
身障手帳	□有 ■無	等級	種 級	交付日 年 月
療育手帳	□有 □無	程度		交付日 年 月
精神障害者 保健福祉手帳	□有 □無	等級	級	交付日 年 月
障害福祉サービス 受給者証の有無	□有 □無	自立支援医療 受給者証の有無	□有 □無	障害支援区分→ ()
日常生活自立度	障害高齢者 (自立)・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	判定者	()	判定日
	認知症 (自立)・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		()	

アセスメント実施日 (初回) 平成31 年 4 月 4 日 (更新) 令和2 年 4 月 27 日

2 家族状況とインフォーマルな支援の状況

家族構成と介護状況

家族構成図		家族の介護の状況・課題				
女性=○, 男性=□ 分かれれば横に年齢を記載 本人=◎, 回 死亡=●, ■ 同居= [] で囲む		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で東京の会社に勤務されています。ご本人は遠方におられるということもありかねたから次男さん方を気にかけておられます。長男さんは熱心に介護をしていますが、ご本人はうるさく言われることもあり少し苦手な様子でもあります。長男のお嫁さんも優しい方で頼りにされていますし、関係は良好です。何かご本人に説明が必要な場合は、お嫁さんに相談すると良いと推測しました。				
氏名(主たる介護者には※)	続柄	同別居	就労の状況	健康状態等	特記事項(自治体、ボランティア等社会的活動)	
*国 *郎 主	◎・女	長男	同・別	会社員	特に問題なし	
国 二	◎・女	次男	同・別	会社員		
	男・女	同・別				
	男・女	同・別				
	男・女	同・別				

インフォーマルな支援活用状況(親戚、近隣、友人、同僚、ボランティア、民生委員、自治会等の地域の団体等)

支援提供者	活用している支援内容	受けたい支援/必要と思われる支援	特記事項

3 サービス利用状況

(年 月 日時点)

在宅利用 (認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6ヵ月の品目数を記載)					
■ 訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	12	回	□ (介護予防)福祉用具貸与	品目
□ (介護予防)訪問入浴介護	月		回	□ 特定(介護予防)福祉用具販売	品目
□ (介護予防)訪問看護	月		回	□ 住宅改修	あり・なし
□ (介護予防)訪問リハビリテーション	月		回	□ 夜間対応型訪問介護	月 日
□ (介護予防)居宅療養管理指導	月		回	□ (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日
■ 通所介護(デイサービス)	月	8	回	□ (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日
□ (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月		回	□ (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日
□ (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月		日	□ 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
□ (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月		日	□ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
□ (介護予防)特定施設入居者生活介護	月		日	□ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
□ 複合型サービス	月		日	□ 生活支援員の訪問(日常生活自立支援事業)	月 回
□ 市町村特別給付 []				□ ふれあいいきいきサロン	月 回

☒ 配食サービス ☐ 洗濯サービス ☐ 移送サービス ☐ 友愛訪問 ☐ 老人福祉センター ☐ 老人憩いの家 ☐ ガイドヘルパー ☐ 身障／補装具・日常生活用具（ ）	月 10 回 月 回 月 回 月 回 月 回 月 回 月 回	☐ () 月 回 ☐ () 月 回 ☐ () 月 回 ☐ () 月 回
直近の入所・入院 ☐ 介護老人福祉施設 ☒ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) ☐ 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)	☐ 医療機関(医療保険適用療養病床) ☐ 医療機関(療養病床以外) ☐ その他の施設	施設・機関名 介護老人保健施設 ●苑 所在地 〒 899-01 鹿児島県鹿児島市鴨池新町XXXX番地 Tel 099-XXX-XXXX
制度利用状況 年金 ☐ 老齢関係 → () ☐ 障害関係 → () ☐ 遺族・寡婦 → () ☐ 恩給 ☐ 特別障害者手当 ☐ 生活保護 ☐ 生活福祉資金貸付 ☐ 高齢者住宅整備資金貸付 ☐ 日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業) ☐ 成年後見制度 ⇒ ☐ 成年後見 ☐ 保佐 ☐ 補助 成年後見人等 ()	健康保険 ☒ 国保 ☐ 協会けんぽ(旧・政管健保) ☐ 組合健保 ☐ 日雇い ☐ 国公共済 ☐ 地方共済 ☐ 私立学校共済 ☐ 船員 ☐ 後期高齢者医療 ☐ 労災保険 → () その他 ☐ () ☐ () ☐ () ☐ () ☐ () ☐ ()	

4 住居等の状況

☒ 1戸建て ☐ 集合住宅 賃貸・ <u>所有</u> ・社宅等・公営住宅・その他()		家屋(居室を含む)見取図 ※段差には▲を記入	
居室等の状況	ア. ☐ 専用居室あり ☒ 専用居室なし イ. ☒ 1階 ☐ 2階 ☐ その他() 階→エレベーター ☐ 有 ☐ 無 ウ. ☐ 布団 ☒ ベッド→ ☒ 固定式 ☐ ギャッチ ☐ 電動 ☐ その他 () エ. 陽あたり ☒ 良 ☐ 普通 ☐ 悪 オ. 暖房 ☒ あり ☐ なし カ. 冷房 ☒ あり ☐ なし		
	トイレ ア. ☐ 和式 ☒ 洋式 ☐ その他() イ. 手すり ☐ あり ☒ なし ウ. トイレまでの段差 ☒ あり ☐ なし	移動手段 室外 福祉機器 ☒ 使用している ☐ 使用していない ↓使用している場合 ☐ 車いす ☐ 電動車いす ☒ 杖 ☐ 歩行器 ☐ その他()	
	浴室 ア. ☒ 自宅にあり ☐ 自宅になし イ. 手すり ☒ あり ☐ なし ウ. 浴室までの段差 ☒ あり ☐ なし	室内 福祉機器 ☒ 使用している ☐ 使用していない ↓使用している場合 ☐ 車いす ☐ 電動車いす ☒ 杖 ☐ 歩行器 ☐ その他()	
諸設備 調理器具 ☒ ガス ☐ IH 暖房器具 ☐ ガス ☐ 電気 ☒ 灯油 ☐ その他 ()			
【周辺環境・立地環境・その他住居に関する特記事項】 農地の多い静かな環境である。			

5 本人の健康状態・受診等の状況

既往歴・現症 (必要に応じ「主治医意見書」を転記)		障害等の部位			
※要介護状態に関係がある既往歴および現症 パーキンソン病: 約4年前に歩行不良により受診。診断を受ける。 (進行性、姿勢反射の障害) Drの所見 ・関節可動域は正常、しかし中高度の固縮を認める ・すくみや高度の歩行障害を認め要介助		△障害部位 ×欠損部位 ●褥瘡部位			
身長	156 cm	体重	45 kg		
歯の状況	☐ 歯あり ☒ 歯なし ☒ 総入れ歯 ☐ 局部義歯 ⇒6-②生活機能(食事・排泄等)				
【特記事項】					
主治医からの指導・助言事項。視力障害、聴力障害、麻痺、関節の動き、褥瘡、その他皮膚疾患(以上要介護認定項目)、外傷、内部障害、言語障害、動悸・息切れ、便秘、尿失禁、便失禁、摂食嚥下障害、口腔(炎症・痛み・出血・口臭・虫歯・不良義歯等)に留意のこと。					
現在の受診状況					
病名		脳梗塞	高血圧		
薬の有無		☒ 有 ☐ 無	☒ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
受診状況	発症時期 ※主治医意見書を参考に記入	2015年頃	2000年頃		
	受診頻度	☒ 定期(週・月 回) ☐ 不定期	☐ 定期(週・月 回) ☐ 不定期	☐ 定期(週・月 回) ☐ 不定期	☐ 定期(週・月 回) ☐ 不定期
	受診状況	☒ 通院 ☐ 往診	☐ 通院 ☐ 往診	☐ 通院 ☐ 往診	☐ 通院 ☐ 往診
受診病院	医療機関	●●●●病院	●●●●病院		
	診療科	内科	内科		
	主治医	※村 陽※	※村 陽※		
	連絡先	TEL 099-XXX-XXXX	TEL 099-XXX-XXXX	TEL	TEL
受診方法 留意点等					
往診可能な医療機関		☒ 無 ☐ 有 () TEL			
緊急入院できる医療機関		☐ 無 ☒ 有 (●●●●病院) TEL 099-XXX-XXXX			
相談、処方を受けている薬局 (かかりつけ薬局)		☐ 無 ☒ 有 (●●●●薬局) TEL 099-XXX-XXXX			
【特記、生活上配慮すべき課題など】					

6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

・6-①基本(身体機能・起居)動作

要 介 護 認 定 項 目	1-1 麻痺等(複数可)	1	2	③	4	5	6
	1-2 拘縮(複数可)	①	2	3	4	5	
	1-3 寝返り	1	②	3			
	1-4 起き上がり	1	②	3			
	1-5 座位保持	①	2	3	4		
	1-6 両足での立位保持	1	②	3			
	1-7 歩行	1	②	3			
	1-8 立ち上がり	1	②	3			
	1-9 片足での立位保持	1	2	③			
	1-10 洗身	①	2	3	4		
	1-11 つめ切り	1	2	③			
	1-12 視力	1	②	3	4	5	
	1-13 聴力	1	②	3	4	5	
	1-14 関節の動き(複数可)	1	2	3	4	⑤	6 7

体位変換・起居

6-①1-1、 1-2関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1) 体位変換介助				
2) 起居介助				

リハビリの必要性

■ あり→P9

□ なし

6-①基本(身体機能・起居)動作(1-10、1-12、1-13は別記)

【特記、解決すべき課題など】

何かにつかまるなどをすれば日常生活は可能であるが、転倒の危険や外出等を控えることによる筋力の低下によりA D L低下が懸念されるのでできるだけ社会活動への参加を促し、またリハビリの継続に実施する。

入浴

6-①1-10 関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1) 準備・後始末	△			㊦
2) 移乗移動介助	△			
3) 洗身介助				
4) 洗髪介助	○			
5) 清拭・部分浴				
6) 褥瘡・皮膚疾患 の対応				

2) 移乗移動介助

現 状	計 画
■ 見守りのみ	□ 見守り必要
□ 介助あり	□ 介助必要

3) 洗身介助

現 状	計 画
■ 見守りのみ	□ 見守り必要
□ 介助あり	□ 介助必要

【特記、解決すべき課題など】

<コミュニケーションの状況・方法(6-①1-12、1-13関係)>

ア.視聴覚

□ 眼鏡使用 □ コンタクト使用 □ 補聴器使用

イ.電話

□ あり □ なし

ウ.言語障害

□ あり () ■ なし

エ.コミュニケーション支援機器の使用

□ あり () ■ なし

【特記、解決すべき課題など】

・6-②生活機能(食事・排泄等)

食事

要介護認定項目	2-1 移乗	1	②	3	4
	2-2 移動	1	②	3	4
	2-3 えん下	1	②	3	
	2-4 食事摂取	①	2	3	4
	2-5 排尿	①	2	3	4
	2-6 排便	①	2	3	4
	2-7 口腔清潔	①	2	3	
	2-8 洗顔	①	2	3	
	2-9 整髪	①	2	3	
	2-10 上衣の着脱	1	②	3	4
	2-11 スポン等の着脱	1	②	3	4
	2-12 外出頻度	1	②	3	
	2-13 飲水摂取	1	②	3	4

<その他食事の現状(6-②2-4関係)>

ア. 食事場所

☒ 食堂
☐ 居室ベッド上

☐ 布団上
☐ その他居室内

☐ その他()

イ. 食堂までの段差

☒ あり
☐ なし

ウ. 咀嚼の状況

☒ 問題なし
☐ 問題あり

☐ 噛みにくい
☐ 時々噛みにくい
☐ とても噛みにくい

エ. 食事の内容

☒ 一般食
☐ 糖尿食

☐ 高血圧食
☐ 抗潰瘍食

☐ その他()

<その他排泄の状況(6-②2-5、2-6関係)>

ア. 尿意

☒ ある
☐ ときどきある
☐ ない

イ. 便意

☒ ある
☐ ときどきある
☐ ない

6-②2-1～2-4関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1) 移乗介助	△			レ
2) 移動介助	△			レ
3) 摂取介助				

【特記、解決すべき課題など】

主食

現状

☒ 普通食
☐ 粥食
☐ 経口栄養
☐ 経管栄養
☐ その他

計画

☒ 普通食
☐ 粥食
☐ 経口栄養
☐ 経管栄養
☐ その他

副食

現状

☒ 普通食
☐ 刻み食
☐ ミキサー食
☐ その他

計画

☒ 普通食
☐ 刻み食
☐ ミキサー食
☐ その他

摂取介助

☐ 見守りのみ
☐ 介助あり

☒ 見守り必要
☐ 介助必要

排泄等

6-②2-5～2-11関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1) 準備・後始末	△			レ
2) 移乗移動介助	△			レ
3) 排尿介助				
4) 排便介助				
5) 口腔清潔介助				
6) 洗面介助				
7) 整容介助				
8) 更衣介助	△			レ

【特記、解決すべき課題など】

排尿介助(2-5)

現状

☒ 見守りのみ
☐ 介助あり

計画

☒ 見守り必要
☐ 介助必要

排便介助(2-6)

現状

☒ トイレ
☐ ポータブルトイレ
☐ 尿収器
☐ 導尿
☐ おむつ

計画

☒ トイレ
☐ ポータブルトイレ
☐ 尿収器
☐ 導尿
☐ おむつ

外出

6-②2-12関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1) 移送・外出介助	△			🕒

【特記、解決すべき課題など】

-6-

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

・6-③認知機能

要介護認定項目	3-1 意思の伝達	1	②	3	4
	3-2 毎日の日課を理解する	①	2		
	3-3 生年月日や年齢を答える	1	②		
	3-4 面接調査の直前記憶	①	2		
	3-5 自分の名前を答える	①	2		
	3-6 今の季節を理解する	1	②		
	3-7 自分のいる場所を答える	①	2		
	3-8 徘徊	1	②	3	
	3-9 外出すると戻れない(迷子)	①	2	3	
	3-10 介護者の発言への反応	①	2	3	

家族等からの情報と観察	
-------------	--

・6-④精神・行動障害

要介護認定項目	4-1 被害妄想(物を盗られたなど)	①	2	3
	4-2 作話をする	1	②	3
	4-3 感情が不安定になる	①	2	3
	4-4 昼夜の逆転	①	2	3
	4-5 しつこく同じ話をする	1	②	3
	4-6 大声を出す	①	2	3
	4-7 介護に抵抗する	1	②	3
	4-8 落ち着きがない(「家に帰る」等)	①	2	3
	4-9 外に出たがり目が離せない	1	②	3
	4-10 ものを集める、無断でもってくる	①	2	3
	4-11 物を壊す、衣類を破く	①	2	3
	4-12 ひどい物忘れ	1	②	3
	4-13 独り言や独り笑い	1	②	3
	4-14 自分勝手な行動	1	②	3
	4-15 話がまとまらない、会話にならない	1	②	3
	4-16 幻視・幻聴	1	②	3
	4-17 暴言・暴力	①	2	3
	4-18 目的なく動き回る	1	②	3
	4-19 火の始末・管理	1	②	3
	4-20 不潔行為	1	②	3
	4-21 異食行動	1	②	3

	(家族)	(サービス)
援助の現状	見守り	見守り

援助の希望本人	特になし
---------	------

援助の希望(家族)	リハビリの実施と通所サービスを希望
-----------	-------------------

援助の計画	通所リハビリテーションなどのサービスを検討する。
-------	--------------------------

【特記、解決すべき課題など】

・6-⑤社会生活(への適応)力

要 介 護 認 定 項 目	5-1 薬の内服	①	2	3	
	5-2 金銭の管理	1	②	3	
	5-3 日常の意思決定	①	2	3	4
	5-4 集団への不適応	1	②	3	
	5-5 買い物	1	②	3	4
	5-6 簡単な調理	①	2	3	4
	5-7 電話の利用	①	2	3	
	5-8 日中の活動(生活)状況等	1	②	3	
	5-9 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化	①	2		

→ 6-⑥医療・健康関係へ

6-⑤5-2、 5-5～5-6関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1)金銭管理	△		○	レ
2)買い物	△		○	レ
3)調理				
4)準備・後始末				

6-⑤5-7～ 5-8関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1)定期的な 相談・助言				
2)各種書類 作成代行				
3)余暇活動 支援	△		○	レ
4)移送・外出 介助				
5)代読・代筆				
6)話し相手				
7)安否確認				
8)緊急連絡手 段の確保				
9)家族連絡 の確保				
10)社会活動 への支援				

＜社会活動の状況(6-⑤5-8、5-9関係)＞

ア 家族等近親者との交流

■ あり () □ なし

イ 地域近隣との交流

■ あり () □ なし

ウ 友人知人との交流

■ あり () □ なし

緊急連絡・
見守りの方法

【特記、解決すべき課題など】

・6-⑥医療・健康関係

※計画をする際には主治医の意見を求める必要あり

要介護認定項目	処置内容	援助の現状	希望	要援助 →計画	現状 ↓	計画 ↓	具体的内容	
								家族実施
処置内容	1.点滴の管理						バイタルサインのチェック	
	2.中心静脈栄養						定期的な病状観察	
	3.透析						内服薬	
	4.ストーマ(人工肛門)の処置						坐薬(緩下剤、解熱剤等)	
	5.酸素療法						眼・耳・鼻等の外用薬の使用等	
	6.レスピレーター(人工呼吸器)						温・冷あん法、湿布貼付等	
	7.気管切開の処置						注射	
	8.疼痛の看護						吸引	
	9.経管栄養						吸入	
	特別な対応	10.モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)						自己注射(インスリン療法)
		11.じよくそうの処置						経管栄養法
		12.カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)						中心静脈栄養法
【特記、生活上配慮すべき課題など】							酸素療法	
							人工呼吸療法	
							気管カニューレ管理	
							自己導尿	
							自己腹膜灌流	
							膀胱留置カテーテル管理	
							人工肛門・人工膀胱管理	
							疼痛管理	
							褥瘡管理	

介護に関する医師の意見(「主治医意見書」を転記)

(1) 移動			
屋外歩行	☐ 自立	☒ 介助があればしている	☐ していない
車いすの使用	☒ 用いていない	☐ 主に自分で操作している	☐ 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	☐ 用いていない	☒ 屋外で使用	☒ 屋内で使用
(2) 栄養・食生活			
食事行為	☒ 自立ないし何とか自分で食べられる	☐ 全面介助	
現在の栄養状態	☒ 良好	☐ 不良	
→ 栄養・食生活上の留意点(塩分の採り過ぎに注意が必要である。)			
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針			
☐ 尿失禁	☐ 転倒・骨折	☐ 移動能力の低下	☐ 褥瘡
☐ 低栄養	☐ 摂食・嚥下機能低下	☐ 脱水	☐ 易感染性
☐ その他()			
→ 対処方針()			
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
☒ 期待できる	☐ 期待できない	☐ 不明	
(5) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)			
☒ 訪問診療	☐ 訪問看護	☐ 看護職員による相談・支援	☐ 訪問歯科診療
☐ 訪問薬剤管理指導	☐ 訪問リハビリテーション	☐ 短期入所療養介護	☐ 訪問歯科衛生指導
☐ 訪問栄養食事指導	☐ 通所リハビリテーション	☐ その他の医療系サービス()	
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項			
・血圧	☐ 特になし	☒ あり (食事の管理)	
・摂食	☒ 特になし	☐ あり ()	
・嚥下	☒ 特になし	☐ あり ()	
・移動	☒ 特になし	☐ あり ()	
・運動	☒ 特になし	☐ あり ()	
・その他()			
(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入してください。)			
☒ 無	☐ 有 ()	☐ 不明	

家族の負担も考慮しながら見守り観察を実施し、通所リハビリへの参加をととして他人との交流や維持リハの実施により筋力の低下を防止する方向が望ましいと考える。

災害時の対応の必要性について

必要性の有無 ☒ 有 ☐ 無

⇒有の場合

災害時の連絡先 (家族以外／民生委員等)	(氏名) * 国 * 郎 (本人との関係) 長男 TEL. 099-26X-XXXX FAX. メール
備考	

権利擁護に関する対応の必要性について

必要性の有無 ☐ 有 ☒ 無

⇒有の場合

備考	
----	--

■ 1日のスケジュール

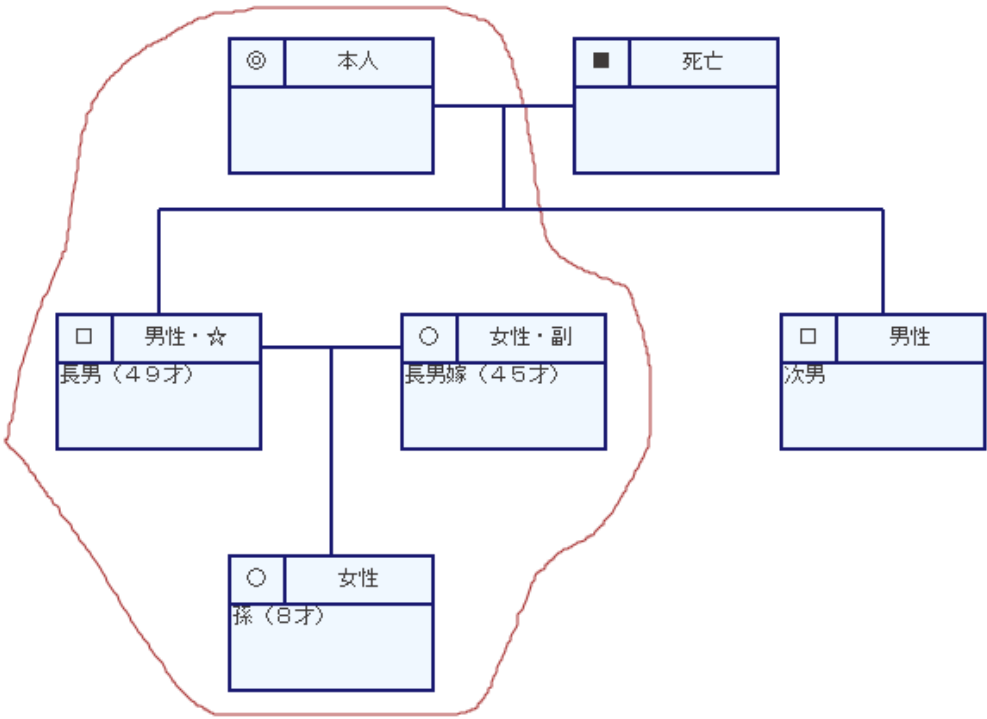
	本人の生活リズム	①本人が自分でしていること ②したいと思っていること(好み)	援助の現状		要援助と判断される場合にレ計画した場合に○(確認)
			家族実施	サービス実施	
(深夜)	4				
	5				
	6				
(早朝)	7	目覚ましなしで起床			
	8				
	9	前日の夕飯など簡単な食事の準備			
(午前)	10				
	11				
	12				
	13	時々食事を自分でも作る	食事を届ける		
(午後)	14			宅食も併用	レ
	15				
	16				
	17		一部介助		レ
	18				
(夜間)	19				
	20				
	21				
	22				
	23				
(深夜)	24				
	1	トイレまで自分で行く			
	2				
	3				
	4				

◎ : 排便 △ : 食事 □ : 起床
○ : 排尿 ☆ : 入浴 ■ : 就寝

家族構成図

フリガナ 本人氏名	*クニ ヨシ* * 国 良 *	男 ・ (女)	昭和14年7月29日 生 (80) 歳
--------------	--------------------	---------	-----------------------

女性＝○, 男性＝□ 分かれば横に年齢を記載
本人＝◎, 回
死亡＝●, ■ 同居＝ で囲む



家族の介護の状況・問題点					
長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。 次男さんは独身で東京の会社に勤務されています。 ご本人は遠方におられると言うこともあり予めから次男さん方を気にかけておられます。 長男さんは熱心に介護をして下さいますが、ご本人はうるさく言われることもあり少し苦手な 様子でもあります。長男のお嫁さんも優しい方で頼りにされていますし、関係は良好です。 何かご本人に説明が必要な場合は、お嫁さんに相談すると良いと推測しました。					
氏名(主たる介護者には※)	続柄	同別居	職の有無	健康状態等	特記事項
* 国 * 郎 主	長男	(同) ・ 別	会社員	特に問題なし	
* 国 二 * 無	次男	同 ・ (別)	会社員		
男 ・ 女		同 ・ 別			
男 ・ 女		同 ・ 別			
男 ・ 女		同 ・ 別			

【 領域検討用紙 】

氏 名 *国 良*
アセスメント日 令和2年04月04日

作成日 令和2年04月27日
作成者 *玉 あや*

[illegible]

サービス計画書

居宅サービス計画の同意書兼受領書

私は、添付の居宅サービス計画の原案について、説明者からその内容の説明を受けるとともに、この内容に同意しましたので、居宅サービス計画を受領します。

令和2年4月1日

説明者	住 所	〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地
	事業所名	小規模多機能 い●●
	氏 名	* 玉 あや * 印

利用者	住 所	〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XX-XXX
	氏 名	* 田 良 * 印
家族又は代理人	住 所	〒
	氏 名	印

添付書類

令和2年4月1日

作成 居宅サービス計画書(1)
居宅サービス計画書(2)
週間サービス計画表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日

令和2年5月1日

1000

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 * 国 良 * 殿 生年月日 昭和14年7月29日 住所 〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1

居宅サービス計画作成者氏名 * 玉 あや *

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 〒 899-0121 鹿児島県鹿児島市XXX町XXXX番地 小規模多機能 い●●

居宅サービス計画作成(変更)日 令和2年5月1日 初回居宅サービス計画作成日 平成26年4月1日

認定日 認定の有効期間 令和2年1月1日 ~ 令和2年12月31日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向
本人・ ・ だいぶ慣れてきました。行くことが楽しみです。
もっと、いろいろな人と話をしたいと思っています。
家族・ ・ 通所介護を使用するようになり、母が明るく変わったように感じます。
これからも、出来ない家事などは援助します。出来る部分はリハビリだと思って、自分で行ってほしい。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 特になし

総合的な援助の方針
・ 福祉用具を使用し、安心して近所を散歩することができるようリハビリなどを続けていきましょう。
・ 一人で寝返りや起き上がりなどの動作が出来るよう環境を整え、訓練などを実施していきましょう。
・ 定期的に受診を行い、体調管理を行い安心して生活を送れるようにしましょう。
・ 他者との交流がスムーズに行え、気分転換が出来楽しみが増えるよう援助いたします。
・ 定期的に入浴が実施でき、身体の清潔が保てるよう支援いたします。
【緊急連絡先】 ●国 ●●子様(長女) 40-XXXX 090-XXXX-XXXX
病院 42-XXXX 小規模多機能 41-XXXX
福祉用具 090-XXXX-XXXX

生活援助中心型の算定理由 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 ③ その他()

居宅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(代理人)氏名

印

居宅サービス計画書（２）

作成年月日 令和02年4月1日

利用者名 * 館 花 * 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
(夫) これからも一緒に暮らしたい	在宅生活を継続できる	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	○	小規模多機能型居宅介護	小規模多機能 梓	2回/週	R2/4/1 ～ R2/6/30
			病状の安定の維持	R2/4/1 ～ R2/6/30	訪問診療を利用する事で、病院受診時の本人の負担を軽減できる		訪問診療	南日本クリニック	隔週 第1.3.5 水曜日	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）	○	小規模多機能型居宅介護	小規模多機能 梓	6回/週	R2/4/1 ～ R2/6/30
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。	○	小規模多機能型居宅介護	小規模多機能 梓	適宜	R2/4/1 ～ R2/6/30
					離床時は、見守りや軽介助を行います。		家族介護	家族	適宜	R2/4/1 ～ R2/6/30
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	○	小規模多機能型居宅介護	小規模多機能 梓	2回/週	R2/4/1 ～ R2/6/30

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

利用者名 *館 花*

殿

週間サービス計画表

作成年月日 令和2年4月1日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00		小規模多機能 1 3 (泊まり)	小規模多機能 1 3 (泊まり)	小規模多機能 1 3 (泊まり)	小規模多機能 1 3 (泊まり)			
早朝	6:00								起床
									朝食
午	8:00								
前	10:00	小規模多機能 1 3 (通所)	小規模多機能 1 3 (通所)	小規模多機能 1 3 (通所)	小規模多機能 1 3 (通所)	小規模多機能 1 3 (通所)			散歩
	12:00								
午	14:00								昼食
後	16:00								昼寝
夜	18:00	小規模多機能 1 3 (泊まり)	小規模多機能 1 3 (泊まり)	小規模多機能 1 3 (泊まり)	小規模多機能 1 3 (泊まり)				TV鑑賞
間	20:00								夕食
	22:00								就寝
深夜	24:00								
夜	2:00								

週単位以外 のサービス	車いす貸与

日課計画表

作成年月日 令和2年4月1日

利用者名 * 国 良 * 殿

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例
深夜	4:00						食事介護 朝食 昼食 夕食 入浴介助（ 曜日） 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位変換
早朝	6:00						
午前	8:00	朝食	家族（長男嫁）			起床（自立） 洗顔、食事の準備、食事	
	10:00	清掃、食事支援・見守り		バイタル測定 リハビリ （昼食）	担当 A	火・金曜日 通所 掃除、食事の後片付け 昼食準備（長男嫁支援）	
午後	12:00	昼食		昼寝		昼食 昼寝	
	14:00			レクリエーション		昼寝	
	16:00	入浴介助	家族（長男嫁）			散歩、庭や菜園の手入れ 入浴	
	18:00	夕食	家族（長男嫁）			食事の準備 夕食	
夜間	20:00					就眠	
	22:00	就寝					
深夜	24:00						
	2:00						
随時実施するサービス							
その他のサービス							

モニタリングシート

[* 館 花 * 様]

作成日 [令和2年6月30日] 作成者 [埼玉 あやめ]

計画の実施状況				計画の達成度と評価		今後の方針・目標	備考
短期目標	サービス内容	確認日	確認方法	利用者及び家族の意向・満足度	評価		
介護者の負担が軽減できる	・夕食、朝食の提供 ・泊り利用	6月30日	本人、家族、事業所より確認	長女夫婦：私たちが実家に対応しますので、毎週土曜日の夕方に帰宅して、日曜日は自宅でゆっくりしてもらい、月曜日の午前中に迎えに来て下さい。	実家では長女夫婦が対応して、転倒予防に努めています。	常に転倒リスクがある事を、家族と事業所間で認識して、転倒予防に努める。	
病状の安定の維持	訪問診療を利用する事で、病院受診時の本人の負担を軽減できる	6月30日	本人、家族、事業所より確認	本人及び家族ともに満足していた	計画通りのサービス内容が実施されています。	現在のサービス内容を今後も継続する。	
	看護師による健康管理（血圧、脈、体温測定、服薬）	6月30日	本人、家族、事業所より確認	本人及び家族ともに満足していた	計画通りのサービス内容が実施されています。	現在のサービス内容を今後も継続する。	
安全な移動で転倒を防止できる	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。	6月30日	本人、家族、事業所より確認	本人及び家族ともに満足していた	計画通りのサービス内容が実施されています。	福祉用具貸与を継続する。	
	離床時は、見守りや軽介助を行います。	6月30日	本人、家族、事業所より確認	本人及び家族ともに満足していた	計画通りのサービス内容が実施されています。	現在のサービス内容を今後も継続する。	
適切な介助で、洗身ができる	・お風呂場への誘導 ・着脱介助 ・洗身、整容介助	6月30日	本人、家族、事業所より確認	本人及び家族ともに満足していた	計画通りのサービス内容が実施されています。	現在のサービス内容を今後も継続する。	

モニタリングのまとめ

計画通りのサービス内容が実施されており、現在のサービス内容を今後も継続する。以前（入院中）環境に慣れ始めた頃に、ひとり歩きをして転倒しているので、見守りを強化する。

次回モニタリング予定年月日 令和2年9月30日

モニタリング評価表

[* 国 良 *

様]

作成日 [令和2年04月30日]

作成者 [埼玉 あやめ]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	事業所名	評価
転倒し骨折した経緯があります。室内を自由に安全に移動が出来る。また、近所を散歩できるようにしたい。	歩行器を使用し、近所を散歩することができる	R02/4/1 ～ R02/12/31	歩行器での歩行が安全に行え、室内を自由に移動することができる	R02/4/1 ～ R02/12/31	歩行器貸与(屋内用・屋外用)／本人の状態にあった用具の選定・検討／不具合時の調整修理など	福祉用具 みずき	歩行の練習を大変よく頑張っている。
					レクリエーションへの参加／歩行時の見守り・付き添い	小規模多機能 い●●	通所のレクが楽しいらしく、積極的に参加している。利用者間の会話も楽しんでいらっしゃる。
					室内での歩行状態の確認／移動時の見守り・付き添い介助・転倒に注意する／ベッド周辺や移動動線の整理	小規模多機能 い●●	転倒への不安はあるようだが、自分で歩けなくなる事への不安が大きく、極力自分で歩くように努力されている。
	継続して家事を行え、自分で出来る家事が増える	R02/4/1 ～ R02/12/31	手伝いを受けながら、自宅の環境が整う	R02/4/1 ～ R02/12/31	移動導線の整理整頓／居間やトイレを確認し、汚染時は清掃する	小規模多機能 い●●	家事を自分で出来る喜びが大きく、楽しみながらされている様子。
					室内・トイレ・台所・玄関などの掃除／食後の片付けなど		
					ベッド周りなどの片付け。出来る部分の片付けを実施する／茶碗の片付けをする		
起き上がりなどの動作に時間がかかります。安心して寝返りや起き上がりが出来るようになりたいです	一人で、寝返りや起き上がり・立位などの動作が出来る	R02/4/1 ～ R02/12/31	体に無理なく、起き上がりや立位などの動作が出来る	R02/4/1 ～ R02/12/31	特殊寝台、寝台付属の貸与(介助バーの使用)／定期点検、不具合時の調整	福祉用具 みずき	夜起きたとき、起き上がりが大変楽になったとの事。
					動作時の見守り・一部介助(必要時)／体調を見ながら、介助を行う		

興味・関心チェックシート

氏名：＊国 良＊ 殿 年齢：80 歳 性別（男・女）

記入日：令和2年4月30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()			

居宅支援経過記録

利用者氏名 * 国 良 * 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 *玉 あや*

[illegible]

(氏名)

令和2年04月 サービスカレンダー

印刷日：令和2年04月09日

小規模多機能事業所 い●●

月 京

様

担当ケアマネ名：*玉 あや*

TEL：

日	月	火	水	木	金	土
			1 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	2 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	3 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	4
5	6 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	7 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	8 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	9 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	10 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	11
12	13 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	14 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	15 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	16 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	17 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	18
19	20 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	21 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	22 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	23 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	24 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	25
26	27 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	28 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	29 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]	30 小規模多機能 い●● 09:00-16:00 小規 [通所] 16:00-09:00 小規 [宿泊]		
					※は1日6行を超える予定があります	

サービス担当者会議の要点

作成年月日 令和02年04月30日

利用者名 *国 良* 殿

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 *玉 あや*

開催日 令和02年04月30日

開催場所 相談室

開催時間 09:00～10:00

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
	小規模多機能 い●●（介護支援専門員）	*田 修*	小規模多機能 い●●（介護スタッフ）	*山 タ*	小規模多機能 い●●（介護スタッフ）	*口 祐*
	小規模多機能 い●●（介護スタッフ）	*田山 京*				
検討した項目	体調管理について 排泄について 移動状況について					
検討内容	1. 体調管理について 血圧について、確認する。自宅でも血圧の測定は毎日行っている。手首で測る機種のため、通常より高めに数値が計測されるとの事。最近では、130前後である。心疾患についても、検査を実施し問題ないとの診断を受けている。 現在は、胸部の痛みなどもなく経過は良好である。今後も継続して、痛みの確認や血圧の計測については行っていく必要がある。 2. 排泄について 自宅にて、退院後はポータブルトイレを使用していた。最近では、調子が良いとの事で、自宅トイレを使用するため、家族にて移動介助し援助している。ポータブルトイレについては、両肘の手摺やベッドの介助バーがあることから、一人でズボンの上げ下げも行っている。しかし、自宅トイレでは握る場所が少なく、使用したい場所に無いことから立位時のバランスも不安定となり本人の恐怖心もあるため、設置されている手摺より手を離すことが出来ず介助が必要である。今回、ポールポジショニングバーを活用し、移動の安定とズボンの上げ下げが出来るだけ、本人の力で実施できるよう設置を検討する。 3. 移動状況について 退院後、車椅子を主に移動手段として使用している。心疾患にて、車椅子での移動も介助用で対応してきたが、本人の体調も安定しており、体調の良い日には自分で移動出来るように自走用を検討してはどうかと提案する。					
結論	○病院受診など用事等で利用できない場合など、曜日変更等必要に応じて調整する。入浴に関しては、本人の希望にて自宅にて実施していく。個別リハビリの実施。起居動作・立位座位の安定・寝返りの訓練を実施。引き続き歩行訓練を行っていく。集団活動を通して、他者との交流を図る。手芸など本人の状態を見て、無理のない程度に実施する。 ○訪問サービス・・・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。 ○福祉用具貸与・・・特殊寝台・寝台付属（介助バー）、手すりの利用。寝台を使用することで、起居動作など一人で行えるよう援助。歩行器の使用。自宅内での移動が一人で行えるよう使用する。歩行状態や本人の状態に応じて、機種など検討調整する。定期点検・不具合時の修理など。踵や臀部の痛みなど軽減できるよう、また褥瘡などの形成を防ぐ為、状態に合わせてマットの変更など検討調整を行っていく。					
残された課題 （次回の開催時期）						

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	R02/04/01	お世話になります。 *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。 現在利用されている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。 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。 ご多忙とは存じますが、宜しくお願い致します。			
訪問介護 み●●	R2/04/01	お世話になります。 *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。 現在利用されている訪問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。 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。 ご多忙とは存じますが、宜しくお願い致します。			

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

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No.1000

利用者名*国良*様

認定年月日

認定の有効期間令和2年1月1日～令和2年12月31日

初回・紹介・継続・認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名*玉あや*様

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日令和2年4月27日（初回作成日令和2年4月27日）

担当地域包括支援センター：小規模多機能い●●

目標とする生活

1日

転倒無く過ごす。

1年

健康を維持し、歩行を安定させて催し物に積極的に参加できる様になる。

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	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について	本人：身体の重さを感じるが特に生活に困っていない。もう少し軽快になれないだろうかとは思っている。	■有□無筋力に低下	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。 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。	福祉センターなどで実施される健康体操の参加をお勧めする。	本人：可能な範囲で参加したい。	身体が以前より軽快になったことを実感する。	参加状況の見守りと成果を共感する。	福祉センター体操クラブ（高齢者体操教室）	左同	その他生活支援サービス（見守り/定額）		
日常生活（家庭生活）について	本人：家事がある程度できる。重たい物を持つたりする必要がある場合に長男が来るのを待つしかない。	■有□無	転倒せず、下肢筋力の維持向上を図る必要がある。できる家事を行い、自信をつけて生活意欲を高めていく。	食事の準備や後片付けを見守りながら、1日に散歩も心掛ける。	家族：衛生面でも気になり、つい手をだしあり鑑賞してします。	日常のことは自立する。	日常的に見守り活動を低下させない。	家族はできるだけ見守りと日常的な負荷の高いことは支援をする。				
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	催し物があるときは家族と参加したい。	□有■無										
健康管理について	本人：食事には気を使っているが、時々面倒になる。	■有□無 高血圧		塩分を控えたレシピなど減塩食事を意識していただく。	家族：うまく誘導する方法があると良い。あまり言うて怒り出す。	血圧など健康状態の維持する。	血圧の安定などは成果を共有する。	毎朝の血圧測定と服薬管理を続けていく				

健康状態について
□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点
転倒予防や身体能力の維持、向上の観点から運動療法も重要である。

【本来行うべき支援ができない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針
ボランティア活動などについては、外出することに慣れたり、良い機会があったときに支援に結びつけていくことにする。

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント
ご本人の興味があることや、特技を活かしながら活動範囲を拡大し、閉じこもり予防を行っていく。また、下肢筋力の向上や口腔機能・栄養状態の改善によって地域の活動への参加を目指す。

基本チェックリストの（該当した項目数）/（質問項目数）を記入して下さい。 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	5/5	1/2	3/3	1/2	3/3	0/5

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

普及啓発事業などは興味のある催しの時にはきっかけを逃さないよう参加できるようにしていきます。

計画に関する同意

年 月 日 氏名 印

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業） サービス評価表

利用者名	* 国 良 *	殿	評価日	令和2年5月30日
			計画作成者氏名	* 玉 あや *

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
身体が以前より軽快になったことを実感する。	R2/5/1 ～ R2/5/30	本人：以前よりも活動的になった。 家族：明るくなった。	○			本人も意欲的であり継続する。
日常のことは自立する。	R2/5/1 ～ R2/5/30	本人：あまり支障は感じない。 家族：直ぐ来て欲しいの電話が減った。	○			見守りのサービスを少し減らしても大丈夫と思われる。
血圧など健康状態の維持する。	R2/5/1 ～ R2/5/30	本人：主治医に褒められた。	○			継続して見守る。
総合的な方針			地域包括支援センター意見			
家族、事業所、本人と目標を共有することで意欲が沸いて おられる。現状の良好な状況を維持したい。			更に自立に向けてご本人、家族との相談の場を増やしたいと思います。		☒ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了 ☐	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了

保険者番号		4	6	2	0	1	0	保険者名	鹿児島市	居宅介護支援事業者事業所名 担当者名	小規模多機能 い●● 電話番号： 099-XXX-XXXX 埼●●●め(46777777)	作成年月日	令和 2年3月21日	利用者確認
被保険者番号	4	6	0	0	0	0	0	フリガナ 被保険者氏名	*オダテ ハナ* * 館 花 * 様	保険者確認印		届出年月日	年 月 日	
生年月日	明・大・昭 14年1月28日	性別	男・女	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分 変更日	1 2 ③ 4 5 1 2 3 4 5	区分支給 限度基準額	27,048 単位/月	限度額適用 期間	令和2年1月 令和3年12月	から まで	前月までの短期入 所利用日数	0 日		

提供時間帯	サービス内容	サービス 事業者 事業所名	日付 曜日	月間サービス計画及び実績の記録																														合計 回数
				1 水	2 木	3 金	4 土	5 日	6 月	7 火	8 水	9 木	10 金	11 土	12 日	13 月	14 火	15 水	16 木	17 金	18 土	19 日	20 月	21 火	22 水	23 木	24 金	25 土	26 日	27 月	28 火	29 水	30 木	
09:00 ～ 17:59	小規模多機能 1 3 (通所)	小規模多機能 い●●	予定	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	22
			実績															1	1	1	1	1												
	小多機能型サービス 提供体制加算Ⅰ 2	小規模多機能 い●●	予定	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	22
			実績																															
	小規模多機能型 処遇改善加算Ⅲ	小規模多機能 い●●	予定	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	22
			実績																															
18:00 ～ 08:59	小規模多機能 1 3 (宿泊)	小規模多機能 い●●	予定	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	18	
			実績																															
	小多機能型サービス 提供体制加算Ⅰ 2	小規模多機能 い●●	予定	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	18	
			実績																															
	小規模多機能型 処遇改善加算Ⅲ	小規模多機能 い●●	予定	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	18	
			実績																															
	車いす貸与 aaaa	福祉用具 み●●	予定																														1	
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定額利用者負担 単価金額	公費・減免 給付額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数														
小規模多機能 い ●●	4699999888	小規模多機能 1 3	731131	22,157			1	22,157		22,157		22,157	10.00	221,570	90	199,413			22,157	0
福祉用具 み●●	4699999994	車いす貸与	171001	1,000			1	1,000		1,000		1,000	10.00	10,000	90	9,000			1,000	0
小規模多機能 い ●●●	4699999888	小多機能型サービス 提供体制加算Ⅰ 2	736101	500			1	(500)		(500)		(500)	10.00	5,000	90	4,500			500	0
小規模多機能 い ●●	4699999888	小規模多機能型処遇 改善加算Ⅲ	736104	929			1	(929)		(929)		(929)	10.00	9,290	90	8,361			929	0
		区分支給限度 基準額(単位)		27,048		合計		23,157		23,157		23,157		245,860		221,274			24,586	0

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
0	0	0

利用票別表について説明を受け、内容に同意しました。 氏名

印

利用者番号：

令和2年4月 分

サービス提供票

保険者番号		4	6	2	0	1	0	保険者名	鹿児島市	居宅介護支援事業者事業所名 担当者名	小規模多機能 い●● 電話番号： 099-XXX-XXXX 埼● ●●め(4677777)	作成年月日	令和 2年3月21日					
被保険者番号	4	6	0	0	0	0	0	1	2	8	フリガナ 被保険者氏名	*オダテ ハナ* * 館 花 * 様	保険者確認印		届出年月日	年 月 日		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 14年1月28日							性別	男 ・ 女	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分 変更日	1 2 ③ 4 5 1 2 3 4 5	区分支給 限度基準額	27,048 単位/月	限度額適用 期間	令和2年1月 令和3年12月	から まで	前月までの短期入 所利用日 数	0 日

提供時間帯	サービス内容	サービス 事業者 事業所名	日付 曜日	月間サービス計画及び実績の記録																														合計 回数
				1 水	2 木	3 金	4 土	5 日	6 月	7 火	8 水	9 木	10 金	11 土	12 日	13 月	14 火	15 水	16 木	17 金	18 土	19 日	20 月	21 火	22 水	23 木	24 金	25 土	26 日	27 月	28 火	29 水	30 木	
09:00 ~ 17:59	小規模多機能 1 3 (通所)	小規模多機能 い●●	予定	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	22
			実績																															
	小多機能型サービス 提供体制加算Ⅰ 2	小規模多機能 い●●	予定	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	22
			実績																															
	小規模多機能型 処遇改善加算Ⅲ	小規模多機能 い●●	予定	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	22
			実績																															
18:00 ~ 08:59	小規模多機能 1 3 (宿泊)	小規模多機能 い●●	予定	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	18	
			実績																															
	小多機能型サービス 提供体制加算Ⅰ 2	小規模多機能 い●●	予定	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	18	
			実績																															
	小規模多機能型 処遇改善加算Ⅲ	小規模多機能 い●●	予定	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	18	
			実績																															
	車いす貸与 aaaa	福祉用具 み●●	予定																														1	
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															

事業所番号：4699999888 事業所名：小規模多機能事業所 い●● 様

[illegible]

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
0	0	0

事業所番号：4699999888 事業所名：小規模多機能事業所 い●●様

令和02年04月

給付管理票明細一覧

印刷日：令和02年05月09日

利用者番号：	1020	* 田 良 *			
担当：	* 阪 太 *	要介護 2	サービス単位：	15,232	基準内単位： 15,232
小規模多機能	い●●		小規模多機能介護	15,232	15,232
利用者番号：		* 館 花 *			
担当：	* 玉 あや *	要介護 3	サービス単位：	23,157	基準内単位： 23,157
小規模多機能	い●●		小規模多機能介護	22,157	22,157
福祉用具	み●●		福祉用具貸与	1,000	1,000
利用者番号：		* 月 京 *			
担当：	* 玉 あや *	要介護 4	サービス単位：	24,454	基準内単位： 24,454
小規模多機能	い●●		小規模多機能介護	24,454	24,454
利用者番号：		* 月 二 *			
担当：	* 道 裕 *	要介護 1	サービス単位：	10,364	基準内単位： 10,364
小規模多機能	い●●		小規模多機能介護	10,364	10,364
利用者番号：	1036	* 石 二 *			
担当：		要介護 4	サービス単位：	24,454	基準内単位： 24,454
小規模多機能	い●●		小規模多機能介護	24,454	24,454
利用者番号：	1021	* 原 三 *			
担当：		要支援 1	サービス単位：	3,418	基準内単位： 3,418
小規模多機能	い●●		予防小規模多機能介護	3,418	3,418

[* 館 花 *

様]

サービス計画書

小規模多機能事業所 い●●

作成日 [令和2年04月01日

] 作成者 [

* 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	在宅生活を継続できる	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	
	在宅生活を継続できる	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]

小規模多機能事業所 い●●
* 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	在宅生活を継続できる	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		
	在宅生活を継続できる	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]

小規模多機能事業所 い●●
作成者 [* 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	在宅生活を継続できる	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。
	在宅生活を継続できる	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

小規模多機能事業所 い●●

作成日 [令和02年04月01日] 作成者 [* 玉 あや *]

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント	期間	具体的なサービス内容	評価
運動・移動について 脊柱管狭窄症と両膝関節炎の痛みがあり、治療中。円背ありコルセットを装着している。（通院はタクシーを利用。室内はつかまり歩き。室外はシルバーカーを使用。座位の時間が長く臀部のカンジダが完治しない。過去に住宅改造・改修したが、最近足の持ち上がりが悪く玄関の框が上がれないため手すりレンタル中。浴槽内から立ち上がりが困難で浴槽台使用。身障手帳3級保持。）	（本人）浴槽内に椅子を入れてやっ と立ち上がれるようになった。 玄関のてすり（ベストポジションバー）を借りて登れるようになった。	■有 □無 腰・膝の変形による痛みと歩行する機会が少なくなり、下肢筋力低下が進行している。足を鍛えたり、歩行の機会を増やして歩行が安定し、歩行距離が伸びる事が必要である。	1. 腰痛、膝痛が原因で歩く距離が短くなり、活動性が低下している。体調管理をしながら体力にあった活動を続け、筋力の維持・向上を図る事ができる。	1（目標） 手すりなどで安全性を確保して歩行する機会を増やす。 （具体策） ①リハビリにより下肢筋力を強化する ②自宅でも下肢筋力向上の運動や近所を散歩する。 ③栄養価の高い食べ物を摂り、体重も今の50kgを維持する。 ④浴槽内には、浴槽台を購入、転倒の危険があるところに手すりをレンタル	（本人） 暑い時期や寒い時期は、出来なかったが、気候が良くなればまた家の前の道路を歩いて足を鍛えたいと思っている。最近は、タクシーや友人の車に頼っていて殆んど歩かない。コープまでは、仏壇の花を買いに行きたい。	1. 雨天以外の日は、家の前の道路を5分散歩する。	毎日少しずつでも運動や散歩をすることが筋力低下にならないことを説明し負担のない範囲で続ける。	R2/4/1 ～ R2/6/30	（1）定期的な身体機能のチェック（血圧測定や体重測定など） （2）毎月1回体重測定を実施、関係機関に報告する。 （3）歩行機能向上訓練や自宅のできる下肢筋力向上のための体操の実施 （4）臀部の観察、座位の時の工夫や体位変換の声掛けを行う。 （5）食事摂取状況の把握	
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。	

[* 原 三 *

様]

予防サービス計画書

小規模多機能事業所 い●●

作成日 [令和02年04月01日] 作成者 [* 玉 あや *

アセスメント領域 と現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての 意向 本人・家族	目標	目標についての 支援のポイント	期間	具体的なサービス内容	評価
きたものを使う。近くの娘は、身体が弱く掃除まではしてもらえない。腰痛の為、足のつめきりはデイケアで介助。				回して体重管理に努める。 ④通所サービスや近隣の方との交流促進により不安を解消する。						
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	友達と交流するのが楽しみです。最近耳が特に遠いので、置くタイプの補聴器を購入して人の声が聞こえるのでよかった	■有 □無 他者との交流もできているが、物忘れの自覚もあり積極的に外出や他者との交流をして脳に刺激を与えることで物忘れの進行予防になるので今後も近隣の方との交流や通所サービスでの交流促進する。								
社会的で話好きである。友人も多く、週3回午後より手芸をして楽しんでいる。難聴あるが、対面での会話はできる。物忘れで水の出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

小規模多機能事業所 い●●

作成日 [令和02年04月01日

] 作成者 [* 玉 あや *

]

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

予防サービス評価表

小規模多機能事業所 い●●●

作成日 [令和02年04月01日] 作成者 [* 玉 あや *

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

個別援助計画書

作成日： 令和2年4月1日

利用者氏名： * 国 良 *

個別援助計画

作成年月日	令和2年4月1日		前回作成日	令和2年3月1日	
要介護認定日	令和2年3月25日		要支援状態区分	要介護 2	
主たる介護者	* 国 * 郎	続柄	次男	同意年月日	令和2年4月1日
電話番号		連絡先			

居宅介護支援事業所情報

事業所番号	4699999999	事業所名	小規模多機能事業所 い●●		
所在地	鹿児島県出水市米ノ津町 X X X X 番地			電話番号	099-XXXX-XXXX
担当者	●知 ●菊				

【援助目標/期間】

援助目標	期間	見直日	備考
居間・寝室・トイレ・風呂場・台所・玄関・ベッドメイキング・天気の良い日の布団干し・大き目の洗濯干しの作業を一緒に行い、転倒しないように注意する、緊急時の対応を行う	R2/4/1 ~ R2/6/30		過去に転倒事例あり。
一緒に食事の準備を行う	R2/4/1 ~ R2/6/30		

本人及び家族の意向・希望

本人及び家族へのお願い

援助内容

訪問プラン

No	月	火	水	木	金	土	日	提供時間帯
1	○		○	○	○			10:00～10:59

No	提供曜日	提供時間	提供種類	担当者①	* 阪 太 *	担当者②
1	月,水,木,金	10:00～10:59		担当者③		担当者④
ケア項目				ケア内容		所要時間
サービス準備・記録等				掃除		10分
排泄介助				オムツ交換		5分
食事介助				水分補給		5分
清拭				一部清拭		5分
身体整容				髪の手入れ		5分
外出介助				車椅子介助		29分
留意事項						

評価

目標達成度

評価日 令和2年5月1日

雨が多く、布団干しが出来なかった。

満足度内容

評価日

食事の手伝いを、積極的に取り組んでもらった。

見直し内容

評価日

転倒しそうな内容について、注意する。

説明日： 令和2年5月1日

説明者： * 阪 太 *

職種： ホームヘルパー

個別援助計画書

作成日： 令和2年4月1日

利用者氏名： * 国 良 *

個別援助計画

作成年月日	令和2年4月1日		前回作成日	令和2年1月10日	
要介護認定日	令和2年3月25日		要支援状態区分	要介護 2	
主たる介護者	* 国 * 郎	続柄	長男	同意年月日	令和2年4月1日
電話番号	099-XXX-XXXX	連絡先	自宅		

居宅介護支援事業所情報

事業所番号	4699999997	事業所名	小規模多機能事業所 い●●		
所在地	鹿児島県出水市米ノ津町 X X X X 番地			電話番号	099-XXX-XXXX
担当者	愛● ● 菊				

【援助目標/期間】

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

本人及び家族の意向・希望

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

本人及び家族へのお願い

援助内容

デイリープラン

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

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

評価

目標達成度

評価日 令和2年4月30日

入浴介助の負担軽減として、一部利用者の協力を得られるようになった。

満足度内容

評価日 令和2年4月30日

自宅での入浴介助の支援方法の説明により、負担軽減を図る事が出来た。

見直し内容

評価日

入浴時の取っ手について、設置場所の見直しを図る。

(ご利用者氏名)

令和2年04月 サービス予定カレンダー

印刷日：令和2年04月09日

* 月 二 *

様

小規模多機能 い●●

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

※は印刷できない他の予定があります

課題整理総括表

利用者名 * 国 良 * 殿

作成日 令和2年4月30日

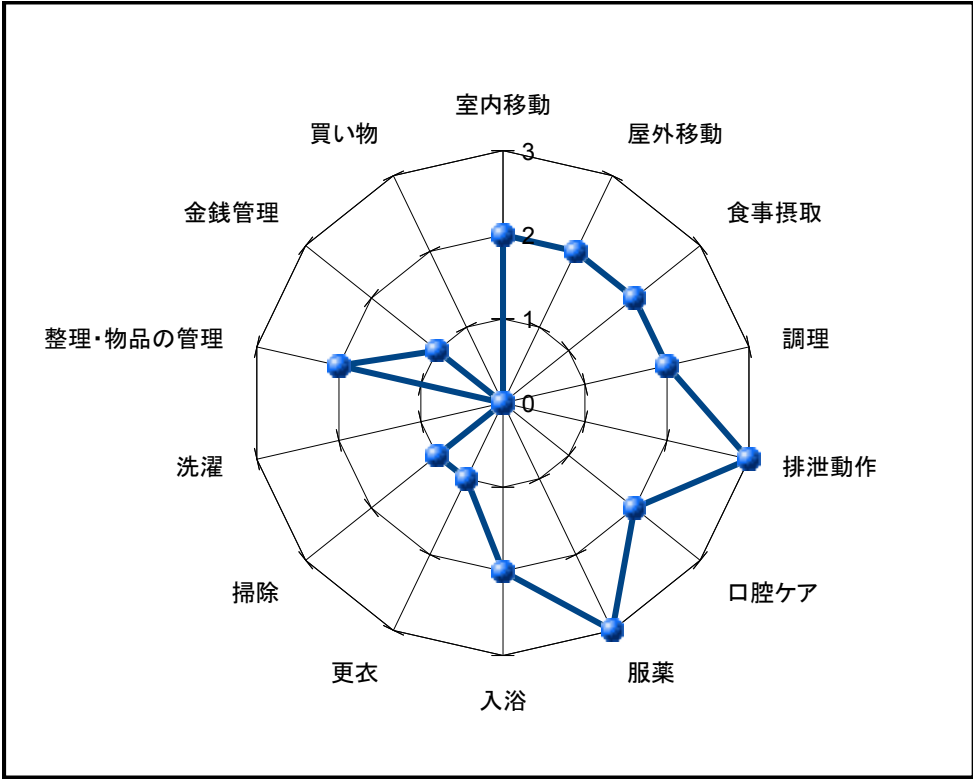
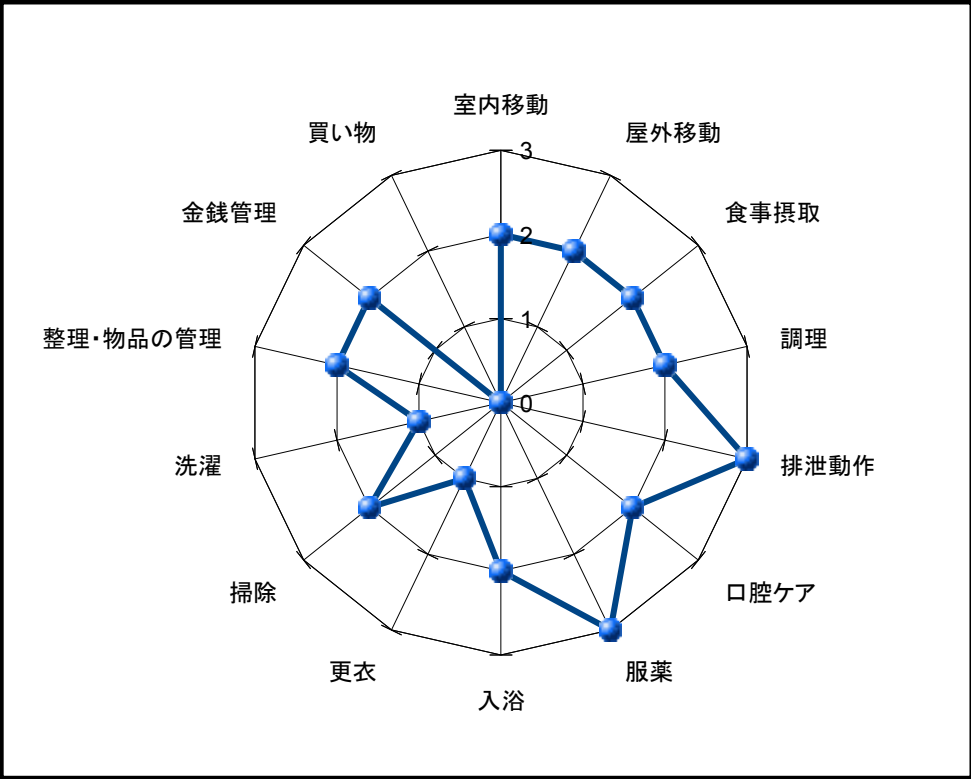
自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		① 右上下肢麻痺				② 筋力低下				③				利用者及び家族の 生活に対する意向		本人：今の生活を維持して穏やかに過ごせ たら良い。あまり子供の負担になりたくな い。															
		④				⑤				⑥																					
状況の事実 ※1		現在 ※2				要因 ※3		改善/維持の可能性 ※4		備考(状況・支援内容等)						見通し ※5		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】		※6											
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化		筋力の衰えと麻痺により外出が億劫 となり、食事も適当に済ます傾向が あるがサービスと家族の見守りによ り何とか維持されている。						本人もリハビリなど楽しみ にされていることもあり現 状の生活は維持できると思 われるが、筋力の低下には 気を配る必要がある。		筋力の維持											
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化																					
食事	食事内容	支障なし		支障あり				改善	維持	悪化																					
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	利き腕麻痺		改善	維持	悪化																					
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助	利き腕麻痺		改善	維持	悪化																					
排泄	排尿・排便	支障なし		支障あり				改善	維持	悪化																					
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化																					
口腔	口腔衛生	支障なし		支障あり				改善	維持	悪化																					
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化																					
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化																					
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化																					
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化																					
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化																					
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化																					
整理・物品の管理		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化																					
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化																					
買物		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持	悪化																					
コミュニケーション能力		支障なし		支障あり				改善	維持	悪化																					
認知		支障なし		支障あり				改善	維持	悪化																					
社会との関わり		支障なし		支障あり				改善	維持	悪化																					
褥瘡・皮膚の問題		支障なし		支障あり				改善	維持	悪化																					
行動・心理症状(BPSD)		支障なし		支障あり				改善	維持	悪化																					
介護力(家族関係含む)		支障なし		支障あり				改善	維持	悪化																					
居住環境		支障なし		支障あり				改善	維持	悪化																					
								改善	維持	悪化																					

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

<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	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

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

利用票作成情報一覧

提供年月： 令和2年4月 分

印刷日： 令和2年4月1日
事業所： 小規模多機能 い●●●

			保険情報							利用票提供票			
No.	利用者番号	利用者氏名	介護度	被保険者 番号	保険者 番号	認定期間	届出年月日	認定申請 状態	負担 割合証	利用者 確認	計画 単位	残単位	担当者名
1	1020	* 田 良 *	要介護 2	4623161616	462010	R02/02/29～R04/02/28	H26/03/01	認定済		承認	15,232	4,473	* 阪 太 *
2		* 館 花 *	要介護 3	4600000128	462010	R02/01/01～R03/12/31	H25/01/01	認定済		承認	23,157	3,891	* 道 裕 *
3		* 月 京 *	要介護 4	4600000330	462010	R02/01/01～R03/12/31	H25/01/01	認定済		承認	24,454	6,484	* 玉 あや *
4		* 月 二 *	要介護 1	4600000327	462010	R02/01/01～R03/12/31	H24/11/01	認定済		承認	10,364	6,401	* 道 裕 *
5	1036	* 石 二 *	要介護 4	0000025566	462010	R02/02/01～R03/01/31	R02/03/25	認定済		承認	24,454	6,484	* 阪 太 *
6	1021	* 原 三 *	要支援 1	0155352551	462010	R01/11/01～R02/10/31	H27/06/01	認定済		承認	3,418	1,614	* 阪 太 *

ケアプラン作成状況

担当者：＊知 小＊

印刷日：令和2年5月15日

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

業務帳票

■掲示板

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

891-0115

* 田 良 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 田 慶 * 様

発行日 令和2年5月12日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

小規模多機能 い●●

管理者：* 松 吉 *

TEL : 099-XXX-XXXX

領收書

請求書番号 72 居宅介護支援事業所

小規模多機能 い●●

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
17,337	17,337					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 17,337	②	③ 26,400	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

領収金額	43,737 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:0円)
医療費控除対象金額	0 円

前月までの未収額	0 円
合計請求額	43,737 円

保 險 分

[illegible]

※備考

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

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

* 田 慶 * 様

利用者番号 1020

* 田 良 * 様

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

入金日 令和2年5月12日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

小規模多機能 い●●

管理者：* 松 吉 *

Tel：099-XXX-XXXX

領収書（控）

請求書番号 72 居宅介護支援事業所

小規模多機能 い●●

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
17,337	17,337					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 17,337	②	③ 26,400	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

領収金額	43,737 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:0円)
医療費控除対象金額	0 円

保 険 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
小規模多機能 1 2	15,232	1	朝食代	300	8		2,400
小多機能型サービス提供体制加算 I 2	500	1	昼食代	500	16		8,000
小規模多機能型処遇改善加算 I	1,605	1	夕食代	500	8		4,000
			宿泊代	1,500	8		12,000

※備考

■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1020

* 田 慶 * 様 氏 名

* 田 良 * 様

請求金額 43,737 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	17,337	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	17,337	保険分金額合計	
保険外金額②		保険分利用者負担④	
減免金額③			
その他費用合計	26,400	医療費控除 対象金額	0 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
小規模多機能 1 2	15,232	1		
小多機能型サービス提供体制加算 I 2	500	1		
小規模多機能型処遇改善加算 I	1,605	1		
朝食代	300	8		2,400
昼食代	500	16		8,000
夕食代	500	8		4,000
宿泊代	1,500	8		12,000

* ・ ・ 内税(10%) 外 ・ ・ 外税(10%) ★ ・ ・ 内税(8%) 軽 ・ ・ 外税(8%)	
前月までの未収額	0
合計請求額	43,737

発行日 令和2年5月12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 72

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

居宅介護支援事業所
小規模多機能 い●●●

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

請求書 (控)

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

利用者番号1020

* 田 慶 * 様 氏 名

* 田 良 * 様

請求金額 43,737 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	17,337	医療保険請求額 (④)	
保険内金額①	17,337	保険分金額合計	
保険外金額②		保険分利用者負担④	
減免金額③			
その他費用合計	26,400	医療費控除 対象金額	0 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
小規模多機能 1 2	15,232	1		
小多機能型サービス提供体制加算 I 2	500	1		
小規模多機能型処遇改善加算 I	1,605	1		
朝食代	300	8		2,400
昼食代	500	16		8,000
夕食代	500	8		4,000
宿泊代	1,500	8		12,000

* ・ ・ 内税(10%) 外 ・ ・ 外税(10%) ★ ・ ・ 内税(8%) 軽 ・ ・ 外税(8%)	
前月までの未収額	0
合計請求額	43,737

発行日 令和2年5月12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 72

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

居宅介護支援事業所
小規模多機能 い●●●

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

■様式B A4

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

利用者番号1020

*田 慶*様

氏 名

*田 良*様

領収金額43,737円(内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	17,337
保険内金額①	17,337
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	26,400
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0円
---------------	----

入金日令和2年5月12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72

サービス提供日1 ②③④ 5 ⑥⑦ 8 ⑨⑩
⑪12⑬⑭15⑮⑯⑰19⑲
⑳㉑22㉒㉓㉔㉕26㉖㉗㉘29㉙

居宅介護支援事業所
小規模多機能 い●●

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
小規模多機能1 2	15,232	1		
小多機能型サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1		
小規模多機能型処遇改善加算Ⅰ	1,605	1		
朝食代	300	8		2,400
昼食代	500	16		8,000
夕食代	500	8		4,000
宿泊代	1,500	8		12,000

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

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

※備考

領収印

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

利用者番号1020

*田 慶*様

氏 名

*田 良*様

領収金額43,737円(内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	17,337
保険内金額①	17,337
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	26,400
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0円
---------------	----

入金日令和2年5月12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72

サービス提供日1 ②③④ 5 ⑥⑦ 8 ⑨⑩
⑪12⑬⑭15⑮⑯⑰19⑲
⑳㉑22㉒㉓㉔㉕26㉖㉗㉘29㉙

居宅介護支援事業所
小規模多機能 い●●

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
小規模多機能1 2	15,232	1		
小多機能型サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1		
小規模多機能型処遇改善加算Ⅰ	1,605	1		
朝食代	300	8		2,400
昼食代	500	16		8,000
夕食代	500	8		4,000
宿泊代	1,500	8		12,000

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

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

※備考

891-0115

* 田 良 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 × × × 番地

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 田 慶 * 様

入金日 令和2年5月12日

請求書 (控)

請求書番号 72

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 × × × 番地

小規模多機能 い●●●
管理者 : * 松 吉 * TEL : 099-XXX-XXXX

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

居宅介護支援事業所
小規模多機能 い●●●

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
17,337	17,337					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 17,337	②	③ 26,400	④		
	医療保険分	医療負担分				
		⑤				

請求金額	43,737 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:0円)
医療費控除対象金額	0 円

保 険 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
小規模多機能 1 2	15,232	1	朝食代	300	8		2,400
小多機能型サービス提供体制加算 I 2	500	1	昼食代	500	16		8,000
小規模多機能型処遇改善加算 I	1,605	1	夕食代	500	8		4,000
			宿泊代	1,500	8		12,000

※備考

■様式D A5

利用者番号 1020

請求書

* 田 良 *

様

請求日 令和2年5月12日

ご利用期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

請求金額	特定点数※1
43,737	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	※備考

特定点数※1欄には
特別療養加算と特定
治療点数の合計が表
示されます。

請求書番号 72

医療費控除 対象金額	減免金額

令和2年4月 ご利用日

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

サービス内訳	単位	回数
小規模多機能 1 2	15,232	1
小多機能型サービス提供体制加算 I 2	500	1
小規模多機能型処遇改善加算 I	1,605	1

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
朝食代	300	8		2,400
昼食代	500	16		8,000
夕食代	500	8		4,000
宿泊代	1,500	8		12,000

*・・内税(10%) 外・・外税(10%)	★・・内税(8%) 軽・・外税(8%)
前月までの未収額	0
合計請求額	43,737

居宅介護支援事業所

小規模多機能 い●●●

■様式D A5

利用者番号 1020

領収書

* 田 良 *

様

請求日 令和2年5月12日

ご利用期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

領収金額	特定点数※1
43,737	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	※備考

特定点数※1欄には
特別療養加算と特定
治療点数の合計が表
示されます。

請求書番号 72

医療費控除 対象金額	減免金額

令和2年4月 ご利用日

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

サービス内訳	単位	回数
小規模多機能 1 2	15,232	1
小多機能型サービス提供体制加算 I 2	500	1
小規模多機能型処遇改善加算 I	1,605	1

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
朝食代	300	8		2,400
昼食代	500	16		8,000
夕食代	500	8		4,000
宿泊代	1,500	8		12,000

*・・内税(10%) 外・・外税(10%)	★・・内税(8%) 軽・・外税(8%)
前月までの未収額	0
合計請求額	43,737

利用者番号 1020
 ＊田 良＊ 様
 入金日 令和2年5月12日

請求書番号 72

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

請求金額	特定点数※1
43,737	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	※備考

特定点数※1欄には
特別療養加算と特定
治療点数の合計が表
示されます。

医療費控除 対象金額	減免金額

[illegible][illegible]

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

居宅介護支援事業所

小規模多機能 い●●

■様式D A5

利用者番号 1020

領収書（控）

* 田 良 * 様

入金日 令和2年5月12日

ご利用期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

領収金額	特定点数※1
43,737	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	※備考

特定点数※1欄には
特別療養加算と特定
治療点数の合計が表
示されます。

請求書番号 72

医療費控除 対象金額	減免金額

令和2年4月 ご利用日

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

サービス内訳	単位	回数
小規模多機能 1 2	15,232	1
小多機能型サービス提供体制加算 I 2	500	1
小規模多機能型処遇改善加算 I	1,605	1

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
朝食代	300	8		2,400
昼食代	500	16		8,000
夕食代	500	8		4,000
宿泊代	1,500	8		12,000

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

■様式 E A5

請求書

利用者番号 1020
* 田 良 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

請求日 令和2年5月12日

* 田 慶 * 様

請 求 金 額	
43,737	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	
①の合計	
前月までの未収額	0
合計請求額	43,737

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	17,337	
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	26,400	
		食費居住費

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

[請求明細]		
小規模多機能介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	17,337
小規模多機能 1 2	1 ×	15,232
小多機能型サービス提供体制加算 I 2	1 ×	500
小規模多機能型処遇改善加算 I	1 ×	1,605
その他費用 小規模多機能介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	26,400
朝食代	8 ×	300
昼食代	16 ×	500
夕食代	8 ×	500
宿泊代	8 ×	1,500

[請求明細]	

居宅介護支援事業所
小規模多機能 い●●

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

■様式 E A5

領収書

利用者番号 1020
* 田 良 * 様
請求日 令和2年5月12日

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
* 田 慶 * 様

領収印	
-----	--

請求金額	
43,737	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	
①の合計	
前月までの未収額	0
合計請求額	43,737

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	17,337	
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	26,400	
		食費居住費

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

[請求明細]			[請求明細]		
小規模多機能介護[ご利用期間:1日~30日]			計: 17,337		
小規模多機能 1 2			1	×	15,232
小多機能型サービス提供体制加算 I 2			1	×	500
小規模多機能型処遇改善加算 I			1	×	1,605
その他費用 小規模多機能介護[ご利用期間:1日~30日]			計: 26,400		
朝食代			8	×	300
昼食代			16	×	500
夕食代			8	×	500
宿泊代			8	×	1,500

■様式 E A5

請求書（控）

利用者番号 1020
* 田 良 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

入金日 令和2年5月12日

* 田 慶 * 様

請 求 金 額
43,737
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領 収 金 額
43,737

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	17,337	
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	26,400	
		食費居住費

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

[請求明細]			[請求明細]		
小規模多機能介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	17,337			
小規模多機能 1 2	1 ×	15,232			
小多機能型サービス提供体制加算 I 2	1 ×	500			
小規模多機能型処遇改善加算 I	1 ×	1,605			
その他費用 小規模多機能介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	26,400			
朝食代	8 ×	300			
昼食代	16 ×	500			
夕食代	8 ×	500			
宿泊代	8 ×	1,500			

居宅介護支援事業所
小規模多機能 い●●

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

■様式 E A5

領収書（控）

利用者番号 1020
* 田 良 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 × × × 番地

入金日 令和2年5月12日

* 田 慶 * 様

請 求 金 額
43,737
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領 収 金 額
43,737

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	17,337	
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	26,400	
		食費居住費

領収印	
-----	--

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

[請求明細]			[請求明細]		
小規模多機能介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	17,337			
小規模多機能 1 2	1 ×	15,232			
小多機能型サービス提供体制加算 I 2	1 ×	500			
小規模多機能型処遇改善加算 I	1 ×	1,605			
その他費用 小規模多機能介護[ご利用期間:1日~30日]	計:	26,400			
朝食代	8 ×	300			
昼食代	16 ×	500			
夕食代	8 ×	500			
宿泊代	8 ×	1,500			

居宅介護支援事業所
小規模多機能 い●●

・・・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 1020

氏 名 * 田 慶 * 様

請求金額 43,737 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	17,337
保険内金額①	17,337
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	26,400
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0 円
---------------	-----

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
小規模多機能 1 2	15,232	1		
小多機能型サービス提供体制加算 I 2	500	1		
小規模多機能型処遇改善加算 I	1,605	1		
朝食代	300	8		2,400
昼食代	500	16		8,000
夕食代	500	8		4,000
宿泊代	1,500	8		12,000

※備考

前月までの未収額	0
合計請求額	43,737

発行日 令和2年5月12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 72

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

居宅介護支援事業所
小規模多機能 い●●

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

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

様式 F A5

領収書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用者番号 1020

* 田 慶 * 様 氏 名 * 田 良 * 様

領収金額 43,737 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	17,337
保険内金額①	17,337
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	26,400
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0 円
---------------	-----

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
小規模多機能 1 2	15,232	1		
小多機能型サービス提供体制加算 I 2	500	1		
小規模多機能型処遇改善加算 I	1,605	1		
朝食代	300	8		2,400
昼食代	500	16		8,000
夕食代	500	8		4,000
宿泊代	1,500	8		12,000

※備考

前月までの未収額	0
合計請求額	43,737

発行日 令和2年5月12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 72

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

居宅介護支援事業所
小規模多機能 い●●

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

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

様式 F A5

請求書（控）

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用者番号 1020

氏 名 * 田 慶 * 様

請求金額 43,737 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	17,337
保険内金額①	17,337
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	26,400
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0 円
---------------	-----

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
小規模多機能 1 2	15,232	1		
小多機能型サービス提供体制加算 I 2	500	1		
小規模多機能型処遇改善加算 I	1,605	1		
朝食代	300	8		2,400
昼食代	500	16		8,000
夕食代	500	8		4,000
宿泊代	1,500	8		12,000

※備考

入金日 令和2年5月12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 72

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

居宅介護支援事業所
小規模多機能 い●●

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

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

様式 F A5

領収書（控）

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用者番号 1020

氏 名 * 田 慶 * 様

領収金額 43,737 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	17,337
保険内金額①	17,337
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	
保険分金額合計	
保険分利用者負担④	

その他費用合計	26,400
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	0 円
---------------	-----

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
小規模多機能 1 2	15,232	1		
小多機能型サービス提供体制加算 I 2	500	1		
小規模多機能型処遇改善加算 I	1,605	1		
朝食代	300	8		2,400
昼食代	500	16		8,000
夕食代	500	8		4,000
宿泊代	1,500	8		12,000

※備考

入金日 令和2年5月12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 72

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

居宅介護支援事業所
小規模多機能 い●●

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

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

納入通知書
(納付書)
領収書

番号		納入者	* 田 良 *	様
令和2年度収入				
金 額		43,737 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
納 入 場 所		小規模多機能 い●●		
小規模多機能介護 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月15日		
上記の金額を納入してください XXXX会XXX XXXX会XXX所長 XXX XXXX				
上記の金額を領収しました				領収印

納 入 書

番号		納入者	* 田 良 *	納
令和2年度収入				
金 額		43,737 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
納付金の内容 小規模多機能介護 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月15日		
上記の金額を納入してください (株)XXX銀行XXX支店 御中				
預金口座 XXX銀行 XX支店 普通預金 No. XXX 口座名義人 XXXX 法人 理事長				収納印

収 入 済 通 知 書

番号		納入者	* 田 良 *	納
令和2年度収入				
金 額		43,737 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
収入金の内容 (納付金) 小規模多機能介護 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月15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

小規模多機能 い●●

令和2年4月1日(水)		天 気		晴れ		作成者		* 玉 あや *	
勤務者 4 人									
* 阪 太 * (ケアマネ)、* 京 一 * (介護支援専門員)、* 玉 あや * (介護支援専門員)、* 取 史 * (介護支援専門員)									
行事									
担当者会議									
通所利用者	終日	男性	1 名	女性	0 名	合計	1 名	欠席	0 名
	午前	男性	0 名	女性	2 名	合計	2 名	欠席	0 名
	午後	男性	0 名	女性	2 名	合計	2 名	欠席	0 名
	合計	男性	1 名	女性	4 名	合計	5 名	欠席	0 名
	送迎	迎え	0 名	送り	0 名				
* 館 花 *、* 館 花 *、* 月 京 *、* 月 京 *、* 月 二 *									
訪問利用者	早朝	男性	0 名	女性	0 名	合計	0 名	未実施	0 名
	日中	男性	1 名	女性	3 名	合計	4 名	未実施	0 名
	夜間	男性	0 名	女性	1 名	合計	1 名	未実施	0 名
	深夜	男性	0 名	女性	0 名	合計	0 名	未実施	0 名
	合計	男性	1 名	女性	4 名	合計	5 名	未実施	0 名
* 館 花 *、* 館 花 *、* 月 京 *、* 月 京 *、* 月 二 *									
利用者番号	利用者氏名			訪問開始時間	訪問終了時間	訪問者氏名			
	* 館 花 *			09:00	17:59				
	* 館 花 *			18:00	08:59				
	* 月 京 *			09:00	16:00				
	* 月 京 *			16:00	09:00				
	* 月 二 *			10:00	12:00				
要注意・観察者									
* 館 花 * (水分摂取)、* 月 京 * (呼吸、最低血圧、水分摂取)、* 月 二 * (水分摂取)									
利用者	申し送り内容								
* 田 良 *	投薬変更								

特記事項									
要注意・観察者（夜勤）									
利用者		申し送り内容（夜勤）							
* 田 良 *		投薬変更							
特記事項（夜勤）									
その他									
項目		内容							
通所利用者介護度別									
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	左記以外	合計
男	0	0	1	0	0	0	0	0	1
女	0	0	0	0	2	2	0	0	4
計	0	0	1	0	2	2	0	0	5
欠	0	0	0	0	0	0	0	0	0
通所利用開始者					通所利用終了者				
利用者名		要介護度	備考		利用者名		要介護度	備考	
* 勢崎 京 *		要支援 2							
通所利用欠席早退者									
通所利用欠席者					通所利用早退者				
利用者名		要介護度	備考		利用者名		要介護度	備考	

訪問ケア項目ケア内容別男女別集計					
ケア項目	ケア内容	男	女	合計	
清潔保持介助	洗顔介助	1	4	5	
清潔保持介助	口腔清潔介助	1	2	3	
清潔保持介助	清拭介助	1	3	4	
清潔保持介助	整容介助	0	0	0	
更衣介助	更衣の準備等	1	2	3	
更衣介助	更衣の見守り	1	2	3	
更衣介助	更衣動作の介助	0	0	0	
入浴介助	入浴の準備、後始末	0	0	0	
入浴介助	入浴時の移乗、移動の介助	1	2	3	
入浴介助	洗身介助	1	2	3	
入浴介助	洗髪介助	0	0	0	
入浴介助	部分浴介助	0	0	0	
入浴介助	薬浴	0	0	0	
食事等介助	食事等の摂取介助	1	2	3	
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	0	0	
排泄	排泄の準備	1	2	3	
排泄	排尿介助	1	1	2	
排泄	排便介助	0	0	0	
排泄	おむつ交換	0	0	0	
基本動作介助	体位交換介助	1	2	3	
基本動作介助	起居介助	1	2	3	
基本動作介助	移乗介助	1	2	3	
基本動作介助	移動介助	1	2	3	
水分摂取介助	水分摂取等の準備	0	0	0	
水分摂取介助	水分摂取等の見守り	0	0	0	
水分摂取介助	水分摂取動作の介助	0	0	0	
リハビリの実施	リハビリの実施	0	0	0	
薬剤の使用	服薬等の準備等	0	0	0	
薬剤の使用	服薬等の見守り	0	0	0	
薬剤の使用	服薬等の介助	0	0	0	
バイタル測定	バイタルの見守り	1	2	3	
バイタル測定	バイタルの測定・観察	1	2	3	

		施設長	事務長	主任	担当

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

行事
担当者会議

館花、*館花*、*月京*、*月京*、*月二*

館 花、*館 花*、*月 京*、*月 京*、*月 二*

利用者	申し送り内容

* 田 良 *	投薬変更

特記事項	

		施設長	事務長	主任	担当

令和2年4月1日(水)	天 気	晴れ	作成者	* 京 一 *
-------------	-----	----	-----	---------

* 阪 太 * (ケアマネ)、* 京 一 * (介護支援専門員)、* 玉 あや * (介護支援専門員)、* 取 史 * (介護支援専門員)

担当者会議

通所利用者	終日	男性	1名	女性	0名	合計	1名	欠席	0名
	午前	男性	0名	女性	2名	合計	2名	欠席	0名
	午後	男性	0名	女性	2名	合計	2名	欠席	0名
	合計	男性	1名	女性	4名	合計	5名	欠席	0名
	送迎	迎え	0名	送り	0名				

館 花、*館 花*、*月 京*、*月 京*、*月 二*

訪問利用者	早朝	男性	0名	女性	0名	合計	0名	未実施	0名
	日中	男性	1名	女性	3名	合計	4名	未実施	0名
	夜間	男性	0名	女性	1名	合計	1名	未実施	0名
	深夜	男性	0名	女性	0名	合計	0名	未実施	0名
	合計	男性	1名	女性	4名	合計	5名	未実施	0名

館花、*館花*、*月京*、*月京*、*月二*

要注意・觀察者（夜勤）

利用者	申し送り内容（夜勤）
* 田 良 *	投薬開始

特記事項（夜勤）

相談記録(利用希望を含む)

利用者氏名 * 石 京 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

苦情記録

利用者氏名 * 国 良 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

ヒヤリ・ハット記録

利用者氏名 * 国 良 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

アクシデントレポート（事故報告書）

報告日 令和2年4月11日（木）

1 サービス事業者の概要

法人名	社会福祉法人 ●●会	報告者名	* 玉 あや* （職種 看護師 ）
事業所名	小規模多機能 い●●	管理者名	* 阜 梅*
事業所住所	鹿児島県鹿児島市池之上町 X X X X 番地		
電話番号	099-XXX-XXXX	FAX番号	

2 利用者の状況

氏名	* 石 京*	保険者名	北区	被保険者番号	0024939400
生年月日	昭和14年6月16日（ 80 歳）	性別	男 ・ 女	要介護度	要介護 4
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4				
利用者の生活状況	小規模多機能 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	その他、自宅		
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	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	連絡済み	ケース検討日	令和2年4月2日（木）
結果	対応策の徹底		

アクシデントレポート（事故報告書）

報告日 令和2年4月1日（木）

[illegible]

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

インシデントレポート

報告日 令和2年4月8日（水）

1 サービス事業者の概要

法人名	社会福祉法人 X X 会	報告者名	* 玉 あや* （職種 看護師 ）
事業所名	小規模多機能 い●●	管理者名	* 阜 梅 *
事業所住所	鹿児島県鹿児島市池之上町 X X X X 番地		
電話番号	099-XXX-XXXX	FAX番号	

2 利用者の状況

氏名	* 石 京 *	保険者名	北区	被保険者番号	0024939400
生年月日	昭和14年6月16日 （ 80 歳）	性別	男 ・ 女	要介護度	要介護 4
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 X X				
利用者の生活状況	小規模多機能 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	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	13:55	家族へ報告	
R2/4/7	13:58	事業所内の責任者へ報告	
R2/4/7	14:00	診察完了	骨に異常なし、痛みのみ
R2/4/7	14:05	家族へ報告	利用者宅で待つとの事
R2/4/7	14:10	事業所内の責任者へ報告	
R2/4/7	14:12	担当ケアマネに報告	対応策について、調整
R2/4/7	14:30	利用者宅到着	
発生要因・原因 と思われるもの	利用者、職員、何かに掴まないと立ち上がれなくなっている。利用者状態の把握ミス		

4 事故発生後の対応

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

インシデントレポート

報告日 令和2年4月15日（水）

[illegible]

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

■事業所ラベル

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町××××番地

介護老人保健施設 ●苑

御中

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

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

小規模多機能 い●●

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

処方箋

利用者番号: 1024

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

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

会議名	本人の訴え		司会者	* 玉 あや *
			記録者	* 知 小 *
作成日	令和03年04月03日			
開催日時	令和03年04月03日 13:00 ~ 14:30			
カンファレンス出席者	* 玉 あや * (介護支援専門員)、* 知 小 * (介護支援専門員)、* 国 良 * (本人)、* 隅 花 * (介護職員)、* 木 あざ * (看護師)、* 国 道 * (家族)、* 都 八 * (民生委員)			
利用者基本情報	氏名	* 国 良 * 様		
	介護度	要介護2		

【各職種からのコメント】

1	民生委員 最近元気がなく庭の手入れも昔みたいにできなくなって心配、奥さんの体調も心配。
2	家族 昔から庭の手入れが誇りの人、本人の気持ちが一番。まだ庭の手入れをしたい気持ちを生かしたい。
3	介護支援専門員 本人は通いで事業所に来た時にも庭木の手入れがしたいと言われる。事業所には庭木が少ないので自分で植えたいとのこと。 人の役に立つように自分の力を発揮したいとの訴え。

【特記事項】

--

【利用継続】 ☒ 可 ☐ 否 検討

このことについて、妻や友人の協力も得られることから直ぐにプランをつくり実行することになる。合わせて、最近妻の体調が悪い事が問題になる。今すぐにはないが、そろそろ緊急時の対応も準備が必要。

その他

- 利用者台帳 カスタマイズ運用例

診療録

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

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

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

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

《基本情報》

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

《緊急時情報》

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

《保険情報》

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

《自立度・現状・住環境・経済状況》

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

《生活状況》

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

《現病歴・既往歴情報》

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

《処方薬》

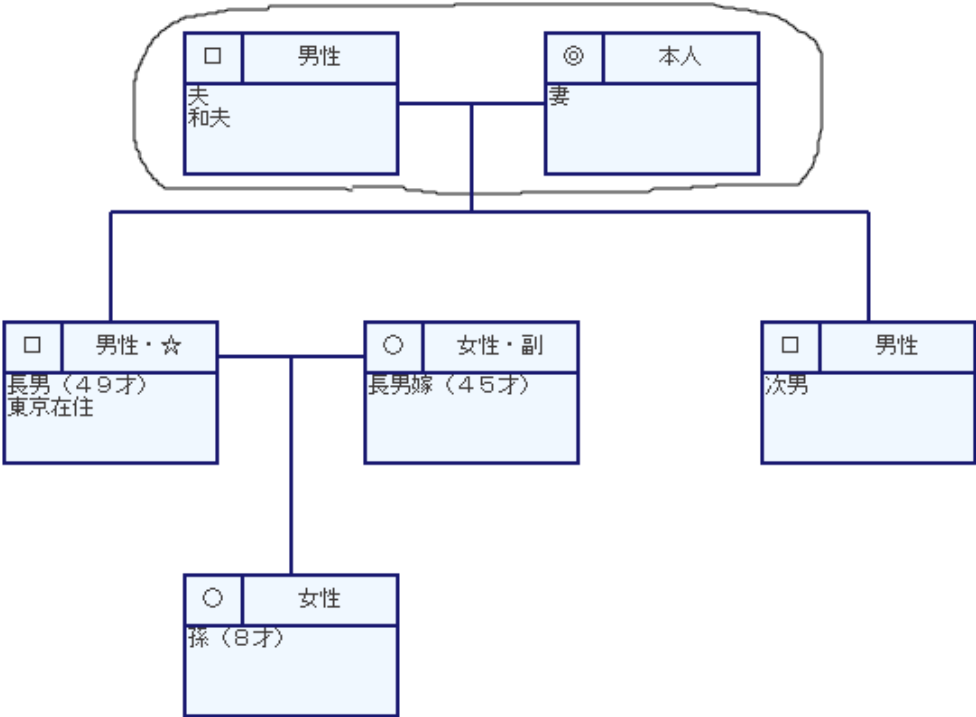
処方薬	薬剤名称	処方区分	剤形	用量	単位						用法
						朝	昼	夕	寝	随	
	アムロジン錠5mg	内服薬	錠剤	2	錠				○		就寝前

《ADL・IADL》

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

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

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



《家族情報》

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

《基本情報》

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

《緊急時情報》

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

《保険情報》

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

《自立度・現状・住環境・経済状況》

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

《利用サービス情報》

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

《家族情報》

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

《生活状況》

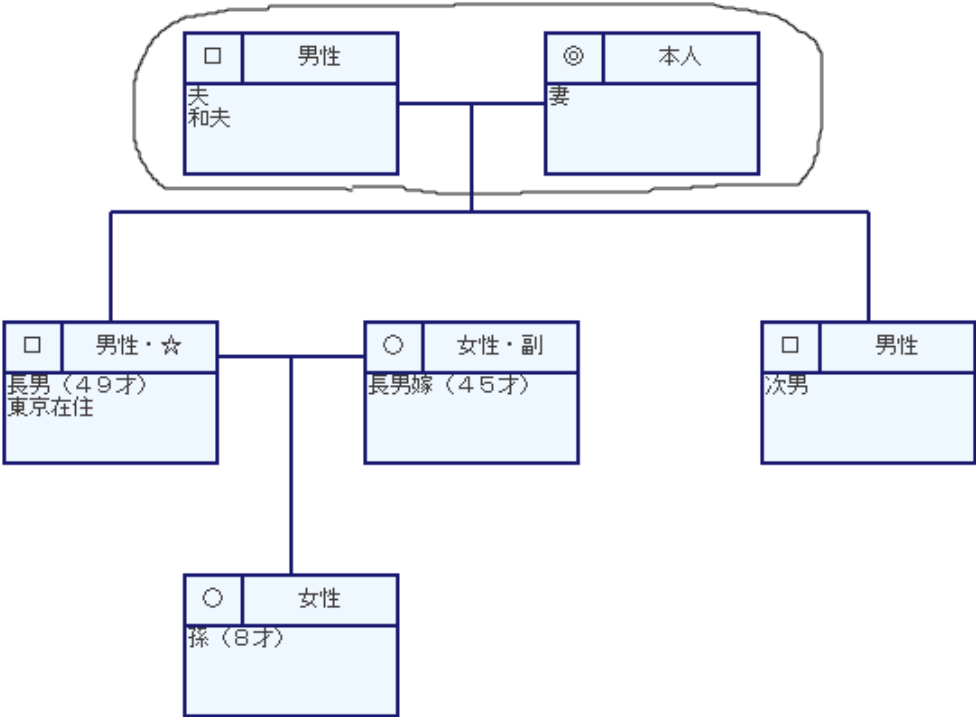
今までの生活	現在のお住まいに30年程生活されており、家業の農家を手伝いながらお子様を育てられた。専業主婦兼農家での生活をされいままで、亡くなられたご主人と結婚されるまでは、近くの会社で事務をされており実家も農家であった。県外での生活などの経験はなくずっと地元での生活であった。特に旅行されることもなかった様である。		
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	朝6時に起床。 菜園場で1時間ほど手入れ。 8時頃朝食。殆ど昨日の夕食の残り。 ディサービスがない日はお昼までTVを見る。 お昼は軽く食事。宅配サービスも利用。 昼食後は2時間程度お昼寝。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

《現病歴・既往歴情報》

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

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

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



《家族情報》

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

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

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

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

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

介護トータルシステム『寿』
小規模多機能サービス 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月