

介護トータルシステム『寿』

看護小規模多機能型居宅介護



帳票サンプル



(株) 南日本情報処理センター

ご注意

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

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

■利用者関係帳票■

利用者台帳
利用者一覧表
保険切れ一覧
利用開始・終了者一覧
住所ラベル
認定調査票
主治医意見書
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
未収金一覧表
事業所別未収金一覧表
処遇改善一覧表
その他費用一覧表
サービス費請求一覧表
医療保険レセプト一覧
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
月別医療費控除一覧
Barthel Index
栄養スクリーニング

■記録関係帳票■

訪問看護記録書Ⅰ
精神科訪問看護記録書Ⅰ
訪問看護記録書Ⅱ（標準様式）（フェイス判断様式）
精神科訪問看護記録書Ⅱ
温度板（直近8回分／2週間／1ヶ月）

■提出関係帳票■

訪問看護の情報提供書（様式1－様式4）
訪問看護報告書
精神科訪問看護報告書

■統計資料■

年齢別利用者数
利用終了者状況別流れ図表
訪問看護月間集計利用者一覧表
月間利用集計表

■レセプト統計関係■

介護給付費請求書(様式第一)
介護給付費請求書_保険者別(様式第一)
介護給付費明細書(様式第二)
サービス提供証明書(様式第二)
レセプト一覧
介護度別サービスコード別請求額一覧／サービスコード別請求額一覧
稼働額集計表
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
訪問看護療養費明細書（後期高齢者／社保／国保）
訪問看護療養費請求書（後期高齢者／社保／国保）
訪問看護療養費総括票（県内／県外）
訪問看護療養費別請求額一覧
医療保険分稼働額

■アセスメント■

簡易アセスメント
RAPS アセスメント結果表
RAPS 領域選定表
RAPS 問題領域検討表
RAPS ケアプラン策定評価票
RAPS 領域検討シート
CAPS アセスメント結果表
CAPS 領域選定表
CAPS 問題領域検討表

目次

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

■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
モニタリング評価表
モニタリングシート
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
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
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（利用者別／スタッフ別）
訪問看護計画書
精神科訪問看護計画書
訪問看護指示書
精神科訪問看護指示書
特別訪問看護指示書
精神科特別訪問看護指示書
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
褥瘡対策に関する看護計画書
褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書
排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

目次

■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
訪問時の取り決め
事業所住所ラベル
処方箋
カンファレンス議事録

■その他■

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

利用者関係帳票

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《基本情報》

フリガナ 本人氏名	*カシ キョウ*	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	昭和14年06月16日生(82)歳
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地X X	Tel	099-XXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法	
住所地		Tel	
	Fax	その他連絡方法	

《緊急時情報》

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》

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		

保険開始日	保険終了日	法制番号	保険者番号	記号	番号/受給者番号	本人/家族
R03/04/01	R05/03/31	後期高齢者医療	461212		45646546	
R02/04/01	R02/12/30	生活保護	XXXXXX		XXXXXX	
H29/08/01	H30/03/31	後期高齢者医療	XXXXXX		XXXXXXXX	

《自立度・現状・住環境・経済状況》

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

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《家族情報》

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

《生活状況》

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

《生活歴》

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

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《現病歴・既往歴情報》

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

《利用サービス情報》

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

《関係者情報》

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

《社会活動》

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

利用者台帳

《ADL・IADL》

	項目名	評価	備考
ADL	寝返り	一部介助	
	起き上がり	一部介助	
	座位保持	全介助	
	立ち上がり	全介助	
	立位保持	一部介助	
	歩行	一部介助	
	移動	自立	
	移動の手段	杖	
IADL	項目名	評価	備考
	調理	自立	
	掃除・洗濯	一部介助	
	買物	自立	
	金銭管理	自立	
	服薬管理	一部介助	
	電話利用	自立	
	交通手段利用	自立	

《福祉サービス等》 ※各サービスの最新日付を印刷。

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

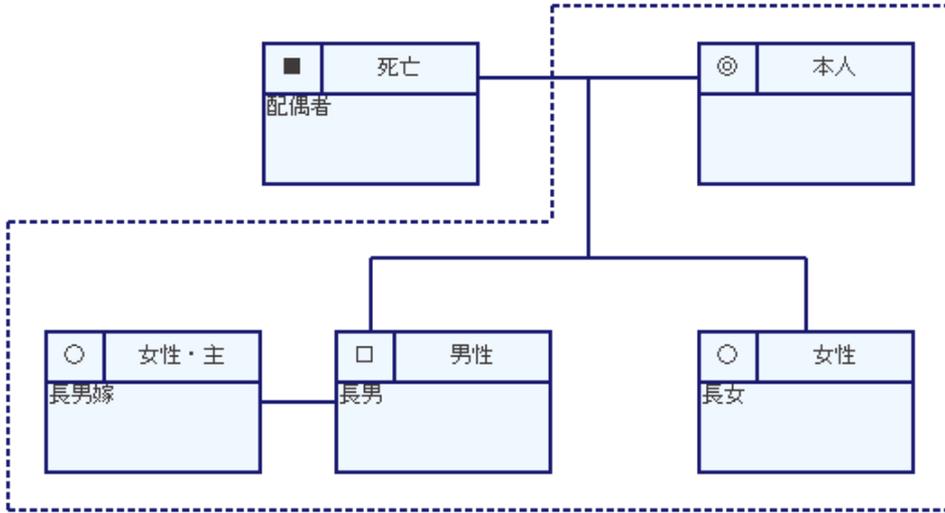
《主治医》

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

家族構成図

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

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



《家族情報》

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

利用者一覧表

印刷日 令和02年04月18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	*津 花*	*オツキ ハナ*	女	S14/5/28	要介護1	R2/4/1	R50/12/31	*島 竜*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地X号	099-xxx-xxxx	H25/3/1~	看護小規模多機能 ●風
2	*浜 二*	*ハマジロ*	男	S14/4/26	要介護3	R2/4/1	R50/12/31	*島 竜*	891-0113	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地X号	099-xxx-xxxx	H25/3/1~	看護小規模多機能 ●風
3	*田 良*	*イデ ヨシ*	女	S14/4/12	要介護4	R2/1/1	R2/12/31	*島 竜*	891-0112	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地X号	099-xxx-xxxx	H25/2/1~	看護小規模多機能 ●風
4	*垣 一*	*カキイチ*	男	S14/5/1	要介護3	H30/4/1	R50/12/31	*島 竜*	891-0111	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地X号	099-xxx-xxxx	H25/2/1~	看護小規模多機能 ●風
5	*館 一*	*タテイチ*	男	S14/1/25	要介護4	H30/4/1	R50/12/31	*島 竜*	891-0110	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地X号	099-xxx-xxxx	H25/1/10~	看護小規模多機能 ●風
6	*田 三*	*タテサブ *	男	S14/2/26	要介護5	R1/10/1	R50/12/31	*島 竜*	891-0109	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地X号	099-xxx-xxxx	H25/2/1~	看護小規模多機能 ●風
7	*道 花*	*ミチ ハナ*	女	S14/7/21	要介護2	R1/10/1	R50/12/31	*島 竜*	891-0108	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地X号	099-xxx-xxxx	H25/2/1~	看護小規模多機能 ●風

【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6月18日

●風複合型事業所 看護小規模

【前月末利用者数 5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	04/01	*津花*	要介護1	その他							
2	04/01	*道花*	要介護2	居宅							
3	04/01	*浜二*	要介護3	協力医療機関							

【当月末利用者数 8名】

【医療保険】

【前月末利用者数 2名】

開始者一覧						終了者一覧					
No.	開始日	利用者氏名	主保険	開始状況	前回終了年月	No.	終了日	利用者氏名	主保険	終了状況	開始年月
1	04/01	*田良*	後期高齢者医療								
2	04/01	*垣一*	後期高齢者医療								
3	04/01	*田三*	後期高齢者医療								
4	04/01	*津花*	後期高齢者医療								
5	04/01	*道花*	後期高齢者医療								

【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X号

* 田 良 * 様
(* 田 良 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 垣 一 * 様
(* 垣 一 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX-147

* 館 一 * 様
(* 館 一 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 田 三 * 様
(* 田 三 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 津 花 * 様
(* 津 花 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 川 守 * 様
(* 川 守 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 道 花 * 様
(* 道 花 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

* 浜 二 * 様
(* 浜 二 * 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	<input checked="" type="radio"/> 3. 右上肢	4. 左下肢	<input checked="" type="radio"/> 5. 右下肢	6. その他(四肢の欠損)
-------	--------	---	--------	---	---------------

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

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

1-3 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

1-4 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

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

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

1-7 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	<input checked="" type="radio"/> 2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	---	---------

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

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

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

1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. できる

2. できない

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

1. できる

2. できない

3-8 徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

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

1. ない

2. ときどきある

3. ある

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

1. ない

2. ときどきある

3. ある

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

1. ない

2. ときどきある

3. ある

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

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-4 昼夜の逆転について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-5 しつこく同じ話をすることについて、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。

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

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

1. ない	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input checked="" type="radio"/> 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本使った歩行である。

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つたりする。

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

●●病院 ●●先生 意見書

記入日

令和2年04月01日

申請者	(ふりがな) *かし きょう*	男 女	〒 891-0115
	石 京		鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24
	昭和14年06月16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XXXX番地 FAX 099-XXX-XXXX

(1)最終診察日	令和2年04月03日
(2)意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3)他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input checked="" type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()

1.傷病に関する意見

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

1. パーキンソン病	発症年月日 (平成22年 頃)
2. 高血圧	発症年月日 (令和1年10月 頃)
3. 狭心症	発症年月日 (令和1年11月 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]
 平成6年発症後次第にADL低下し、現在は屋内かろうじて伝い歩きレベルのADL。上肢に振戦あり、姿勢反射異常の為、前かがみ歩行で突進し、倒れやすい。嚥下の障害もありむせやすく、誤嚥性肺炎で8月25日から31日まで入院した。 シンメトレル60mg 3錠

2.特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3.心身の状態に関する意見

(1)日常生活の自立度等について

- ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
- ・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2)認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

- ・短期記憶 問題なし 問題あり
- ・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
- ・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的な要求に限られる 伝えられない

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

無 有

→ 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊

火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他()

(4)その他の精神・神経症状

無 有 [症状名: 振戦、すくみ足、突進 専門医受診の有無 有 () 無]

(5) 身体の状態

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

四肢欠損 (部位: _____)

麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)

右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 下肢 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮 (部位: 上肢 程度: 軽 中 重)

関節の痛み (部位: 上肢 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左

褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4.生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 自立 介助があればしている していない

車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助

現在の栄養状態 良好 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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

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

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

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

訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療

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

訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス (看護小規模多機能)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり (_____) ・移動 特になし あり (適時の介助)

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

・嚥下 特になし あり (むせあり、見守り必要) ・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ど意見を記載して下さい。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。)

家事能力は失われている。移動は見守りと適時の介助を要する。

主治医意見書

●●病院 ●●先生 意見書

記入日 令和2年04月01日

申請者 (ふりがな) *かし きょう* 男 千 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24 *石 京* 昭和14年06月16日 生 (80 歳) 連絡先 099-XXX-XXXX

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.パーキンソン病 発症年月日(平成22年 頃) 2.高血圧 発症年月日(令和1年10月 頃) 3.狭心症 発症年月日(令和1年11月 頃)

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) (該当する項目全てにチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む) ■無 □有 □幻視・幻聴 □妄想 □昼夜逆転 □暴言 □暴行 □介護への抵抗 □徘徊 □火の不始末 □不潔行為 □異食行動 □性的問題行動 □その他() (4)その他の精神・神経症状 □無 ■有 [症状名: 振戦、すくみ足、突進 専門医受診の有無 □有 () ■無]

(5)身体の状態 利き腕(■右 □左) 身長= 166 cm 体重= 55 kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少) □四肢欠損 (部位:) □麻痺 □右上肢(程度: □軽 □中 □重) □左上肢(程度: □軽 □中 □重) □右下肢(程度: □軽 □中 □重) □左下肢(程度: □軽 □中 □重) □その他(部位: 程度: □軽 □中 □重) ■筋力の低下 (部位: 下肢 程度: ■軽 □中 □重) ■関節の拘縮 (部位: 上肢 程度: ■軽 □中 □重) ■関節の痛み (部位: 上肢 程度: ■軽 □中 □重) ■失調・不随意運動 ・上肢 ■右 ■左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左 □褥瘡 (部位: 程度: □軽 □中 □重) □その他の皮膚疾患(部位: 程度: □軽 □中 □重)

4.生活機能とサービスに関する意見

(1)移動 屋外歩行 ■自立 □介助があればしている □していない 車いすの使用 ■用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) ■用いていない □屋外で使用 □屋内で使用 (2)栄養・食生活 食事行為 ■自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助 現在の栄養状態 ■良好 □不良 →栄養・食生活上の留意点 () (3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 ■尿失禁 ■転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊 □低栄養 ■摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他() →対処方針 () (4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し ■期待できる □期待できない □不明 (5)医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。) □訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導 □訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導 □通所リハビリテーション □その他の医療系サービス(看護小規模多機能) (6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項 ・血圧 ■特になし □あり () ・移動 □特になし ■あり (適時の介助) ・摂食 ■特になし □あり () ・運動 □特になし □あり () ・嚥下 □特になし ■あり (むせあり、見守り必要) ・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。) 家事能力は失われている。移動は見守りと適時の介助を要する。

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

利用者番号： 1025

令和2年4月

サービス提供実績票

居宅介護支援事業所名： 看護小規模多機能 ●風 様

Tel: Fax:

サービス提供事業所名： 看護小規模多機能 ●風

計画単位： 27,665

利用者名： *田 良* 様 生年月日： 昭和14年4月12日

介護度： 要介護4

実績単位： 27,665

提供時間帯	サービス内容	月間サービス計画及び実績の記録																														合計			
		日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	回数	概算単位	
		曜日	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木			
09:00 ~ 15:00	看護小規模14(通所)	予定		1					1		1					1		1					1		1				1		1			9	
		実績		1					1		1					1		1					1		1				1		1			9	
	看護小規模特別管理加算I	予定		1					1		1					1		1					1		1				1		1			9	
		実績		1					1		1					1		1					1		1				1		1			9	(500)
	看護小規模サービス提供体制加算I2	予定		1					1		1					1		1					1		1				1		1			9	
		実績		1					1		1					1		1					1		1				1		1			9	(500)
	看護小規模処遇改善加算I	予定		1					1		1					1		1					1		1				1		1			9	
		実績		1					1		1					1		1					1		1				1		1			9	(2,924)
13:00 ~ 14:00	看護小規模14(看護)	予定	1							1							1							1						1			5		
		実績	1							1							1							1						1			5	27,665	

概算単位が“()”で括られているものは、区分支給限度額管理対象外です。

サービス提供実績票別表

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

サービス内容	コード	単位数	回数	単位/金額	区分支給超過単位数	区分支給内単位数	単価	費用総額(保険分)	給付率	保険請求額	定額利用者負担単価金額	公費・軽減給付額	利用者負担(保険分)	利用者負担(公費/軽減分)
看護小規模14	771141		1	27,665			10.00		90					
看護小規模特別管理加算I	774000		1	(500)			10.00		90					
看護小規模サービス提供体制加算I2	776101		1	(500)			10.00		90					
看護小規模処遇改善加算I	776114		1	(2,924)			10.00		90					
計画単位		27,665	合計	27,665	0	27,665		315,890		284,301		0	31,589	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
看護小規模	27,665	27,665	3,924	31,589

提供実績票作成状況一覧

提供年月：令和2年4月 分

印刷日：令和2年5月1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	看護小規模多機能 ●風	1	*田 良*	要介護4	4633332112	462010	27,665	27,665	3,924	31,589	0
		2	*垣 一*	要介護3	4632382992	462010	24,392	24,392	1,521	25,913	0
		3	*館 一*	要介護4	4648493030	462010	27,665	27,665	1,655	29,320	0
		4	*田 三*	要介護5	4628290133	462010	31,293	31,293	1,804	33,097	0
		5	*津 花*	要介護1	0004245452	462010	12,401	12,401	1,029	13,430	0
		6	*道 花*	要介護2	4632392202	462010	17,352	17,352	1,232	18,584	0
		7	*浜 二*	要介護3	0004548788	462010	24,392	24,392	1,521	25,913	0

未収金一覧

請求金額合計	246,579
未収金額合計	246,579
入金金額合計	0

R2/06/19~R2/06/19

R2/06/19 時点

印刷日

R2/06/19

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
4	1025	* 田 良 *	看護小規模サービス	R2/06/19	R2/04/01	R2/04/30	57,729	57,729		区分 請求書送付 * 田 * 子 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
	1025	* 田 良 *				計	57,729	57,729		
5		* 垣 一 *	看護小規模サービス	R2/06/19	R2/04/01	R2/04/30	46,643	46,643		区分 請求書送付 * 垣 * 郎 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 垣 一 *				計	46,643	46,643		
6	1046	* 館 一 *	看護小規模サービス	R2/06/19	R2/04/01	R2/04/30	31,740	31,740		区分 請求書送付 大館 一郎 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
	1046	* 館 一 *				計	31,740	31,740		
7		* 田 三 *	看護小規模サービス	R2/06/19	R2/04/01	R2/04/30	65,067	65,067		区分 請求書送付 太田 三郎 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 田 三 *				計	65,067	65,067		
8		* 津 花 *	看護小規模サービス	R2/06/19	R2/04/01	R2/04/30	45,400	45,400		区分 請求書送付 * 津 花 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 津 花 *				計	45,400	45,400		

事業所別未収金一覧表（看護小規模多機能 ●風）

印刷日 2020年6月19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
1025	*田良*	女	¥47,429	¥0	¥0	¥0	¥0	¥10,300	¥0	¥57,729	¥0	¥57,729	¥0	¥0	¥57,729
	垣一	男	¥46,643	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥46,643	¥0	¥46,643	¥0	¥0	¥46,643
1046	*館一*	男	¥31,740	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥31,740	¥0	¥31,740	¥0	¥0	¥31,740
	田三	男	¥65,067	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥65,067	¥0	¥65,067	¥0	¥0	¥65,067
	津花	女	¥45,400	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥45,400	¥0	¥45,400	¥0	¥0	¥45,400
	川守	男	¥18,584	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥18,584	¥0	¥18,584	¥0	¥0	¥18,584
	道花	女	¥47,324	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥47,324	¥0	¥47,324	¥0	¥0	¥47,324
	浜二	男	¥25,913	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥25,913	¥0	¥25,913	¥0	¥0	¥25,913
	全体合計		¥328,100	¥0	¥0	¥0	¥0	¥10,300	¥0	¥338,400	¥0	¥338,400	¥0	¥0	¥338,400

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5月10日

処遇改善単位合計	6,933	特定処遇改善単位合計	0
保険内単位合計	6,933	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	
1025	*田 良*	看護小規模多機能型居宅介護	R2/06/19	R2/04/01	R2/04/30	2,924	2,924	0	0	0	0	看護小規模多機能 ●風
1025	*田 良*				計	2,924	2,924	0	0	0	0	*田 *子 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地
	垣 一	看護小規模多機能型居宅介護	R2/06/19	R2/04/01	R2/04/30	1,021	1,021	0	0	0	0	看護小規模多機能 ●風
	垣 一				計	1,021	1,021	0	0	0	0	*垣 *郎 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地
1046	*館 一*	看護小規模多機能型居宅介護	R2/06/19	R2/04/01	R2/04/30	1,155	1,155	0	0	0	0	看護小規模多機能 ●風
1046	*館 一*				計	1,155	1,155	0	0	0	0	大館 一郎 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地
	田 三	看護小規模多機能型居宅介護	R2/06/19	R2/04/01	R2/04/30	1,304	1,304	0	0	0	0	看護小規模多機能 ●風
	田 三				計	1,304	1,304	0	0	0	0	太田 三郎 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地
	津 花	看護小規模多機能型居宅介護	R2/06/19	R2/04/01	R2/04/30	529	529	0	0	0	0	看護小規模多機能 ●風
	津 花				計	529	529	0	0	0	0	*津 花* 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

実施日 R02/04/01~R02/04/30

サービス費請求一覧表 (看護小規模多機能 ●風 介護)

印刷日 R02/06/19

看護小規模多機能型居宅介護

	(基本)	訪問看護特別指示減算	若年性認知症受入加算	特別管理加算	サービス提供体制加算	介護(保険) 介護(自費)	保険内単位	合計金額	軽減額	請求金額
	中山間地域等提供加算	初期加算	栄養スクリーニング加算	ターミナルケア加算	処遇改善加算等					
	訪問看護体制減算	認知症加算Ⅰ	退院時共同指導加算	看護体制強化加算	その他 加算					
	訪問看護減算	認知症加算Ⅱ	緊急時訪問看護加算	総合マネジメント体制加算						
* 田 良 *	27,665	0	0	500	500	31,589				
	0	0	0	0	2,924	0				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0		31,589				
小 計								31,589	0	31,589
* 垣 一 *	24,392	0	0	0	500	25,913				
	0	0	0	0	1,021	0				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0		25,913				
小 計								25,913	0	25,913
* 館 一 *	27,665	0	0	0	500	29,320				
	0	0	0	0	1,155	0				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0		29,320				
小 計								29,320	0	29,320
* 田 三 *	31,293	0	0	0	500	33,097				
	0	0	0	0	1,304	0				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0		33,097				
小 計								33,097	0	33,097
* 津 花 *	12,401	0	0	0	500	13,430				
	0	0	0	0	529	0				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0		13,430				
小 計								13,430	0	13,430
* 川 守 *	17,352	0	0	0	500	18,584				
	0	0	0	0	732	0				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0		18,584				
小 計								18,584	0	18,584
* 道 花 *	17,352	0	0	0	500	18,584				
	0	0	0	0	732	0				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0		18,584				
小 計								18,584	0	18,584

実施日 R02/04/01~R02/04/30

サービス費請求一覧表 (看護小規模多機能 ●風 介護)

印刷日 R02/06/19

看護小規模多機能型居宅介護

	(基本)	訪問看護特別指示減算	若年性認知症受入加算	特別管理加算	サービス提供体制加算	介護(保険) 介護(自費)	合計金額	軽減額	請求金額
	中山間地域等提供加算	初期加算	栄養スクリーニング加算	ターミナルケア加算	処遇改善加算等				
	訪問看護体制減算	認知症加算 I	退院時共同指導加算	看護体制強化加算	その他 加算				
	訪問看護減算	認知症加算 II	緊急時訪問看護加算	総合マネジメント体制加算					
	保険内単位								
* 浜 二 *	24,392	0	0	0	500	25,913			
	0	0	0	0	1,021	0			
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	0				
	0	0	0	0		25,913			
小 計							25,913	0	25,913
総合計	182,512	0	0	500	4,000	196,430			
	0	0	0	0	9,418	0			
	0	0	0	0	0				
	0	0	0	0		196,430			
							196,430	0	196,430

レセプト一覧

令和2年5月分

印刷日：令和2年6月3日

種類	利用者氏名 (利用者番号)	実日数	看護師等	准看護師	理学療法士	作業療法士	専門の研修	難病等複数回	緊急訪問看護	長時間訪問
		請求金額	乳幼児加算	複数名訪問	夜間深夜加算	連携強化加算	管理療養費	24時間加算	特別管理加算	退院時共同
		負担金額	特別管理指導	退院支援	在宅患者	カンファレンス	情報提供	ターミナルケア加算	精神重症支援	
1 社 1 単独 6 家族	*川 仁* (160145)	5	27,750							
		48,690					19,440			
							1,500			
	合 計	5	27,750							
		48,690					19,440			
						1,500				
3 後期 1 単独 0 高齢7	*治 一* (1010)	6	26,100							
		31,440					31,440			
	合 計	6	26,100							
		31,440					31,440			
総合計		11	53,850							
		80,130					50,880			
							1,500			

石 京 様 生年月日 昭和14年6月16日 (80歳)

令和02年4月4日(土)

【健康チェック】	血圧	125 / 95
	脈拍	72 回/分
	体温	36.4 °C

【ご家族への連絡事項】

褥瘡予防として
長い時間同じところの圧迫を避けるため、定期的に体位変換を行いました。骨の突き出しがない広い面積のお尻の筋肉(殿筋)で体重を受けることができる「30度側臥位」をクッションなどを活用して、できるだけ広い接触面積で姿勢を保てるように対応しました。

【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4日(土)				
		血压	125 / 95	
【健康チェック】		脈拍	72 回/分	
		体温	36.4 °C	
【食事】	食事量	昼 主食	9割○	
		副食	10割◎	
		昼間 主食	割	
【水分】	摂取量	1800		
【排泄】	排尿量	1000	排便	普通

【ご家族への連絡事項】

褥瘡予防として
長い時間同じところの圧迫を避けるため、定期的に体位変換を行いました。骨の突き出しがない広い面積のお尻の筋肉(殿筋)で体重を受けることができる「30度側臥位」をクッションなどを活用して、できるだけ広い接触面積で姿勢を保てるように対応しました。

【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】

石 京 様 生年月日 昭和14年6月16日 (80歳)

令和02年4月4日(土)

【健康チェック】 血圧 125 / 95
脈拍 72 回/分
体温 36.4 °C

【食事】 食事量 昼 主食 9割 副食 割
夜間 主食 割

【水分】 摂取量 500

【排泄】 排尿量 300 排便 普通

【実施内容】

医療的処置 ■褥瘡予防・処置 口胃・瘻孔バルーンカテーテル管

【ご家族への連絡事項】

褥瘡予防として
長い時間同じところの圧迫を避けるため、定期的に体位変換を行いました。骨の突き出しがない
広い面積のお尻の筋肉(殿筋)で体重を受けることができる「30度側臥位」をクッションなどを活
用して、できるだけ広い接触面積で姿勢を保てるように対応しました。

【ご家族からの連絡事項】

実施日 令和2年4月1日～令和2年4月30日

利用料請求一覧表

(看護小規模多機能 ●風)

印刷日 令和2年6月19日

	おむつ代	ベッド代	夕食代		介護 (保険)		医療負担分	介護軽減額	最終入金日	入金額 累計入金額 未収金額 消費税額	請求区分 金融機関名 発行日
	食事代	洗濯代			介護 (自費)						
	共益費	昼食代									
	テレビ代	朝食代			保険内単位						
						合計金額	軽減額合計	請求金額			
* 田 良 *	0	0	3,600		31,589	15,840	0			0	請求書送付
1025	0	0			0					0	
R02/04/01～R02/04/30	0	5,100								57,729	R02/06/19
12	0	1,600			31,589						
小 計						57,729	0	57,729		0	
* 垣 一 *	120	0	0		25,913	20,730	0			0	口座引落
	0	0			0					0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0								46,763	R02/06/19
13	0	0			25,913						
小 計						46,763	0	46,763		0	
* 館 一 *	140	0	0		29,320	2,420	0			0	請求書送付
	0	0			0					0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0								31,880	R02/06/19
14	0	0			29,320						
小 計						31,880	0	31,880		0	
* 田 三 *	120	0	0		33,097	31,970	0			0	請求書送付
	0	0			0					0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0								65,187	R02/06/19
15	0	0			33,097						
小 計						65,187	0	65,187		0	
* 津 花 *	140	0	0		13,430	31,970	0			0	口座引落
	0	0			0					0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0								45,540	R02/06/19
16	0	0			13,430						
小 計						45,540	0	45,540		0	
* 川 守 *	140	0	0		18,584	0	0			0	請求書送付
	0	0			0					0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0								18,724	R02/06/19
17	0	0			18,584						
小 計						18,724	0	18,724		0	
* 道 花 *	140	0	0		18,584	28,740	0			0	口座引落
	0	0			0					0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0								47,464	R02/06/19
18	0	0			18,584						
小 計						47,464	0	47,464		0	

実施日 令和2年4月1日～令和2年4月30日

利用料請求一覧表

(看護小規模多機能 ●風)

印刷日 令和2年6月19日

	おむつ代	ベッド代	夕食代		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 金融機関名 発行日
	食事代	洗濯代			介護 (自費)				累計入金額	
	共益費	昼食代							未収金額	
	テレビ代	朝食代			保険内単位	合計金額	軽減額合計	請求金額	消費税額	
* 浜 二 *	0	0	0		25,913	0	0		0	振込
	0	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0	0							25,913	R02/06/19
19	0	0			25,913					
小 計						25,913	0	25,913	0	
総合計	800	0	3,600		196,430	131,670	0		0	
	0	0			0				0	
	0	5,100							339,200	
	0	1,600			196,430					
						339,200	0	339,200	0	

利用者別請求合計一覧表

実施日：令和2年4月1日～令和2年4月30日

作成日：令和3年1月14日

請求区分：請求書送付、口座引落、振込

No.	利用者氏名	合計請求額	看護小規模多機能 ●風
1	*田 良*	57,729	57,729
2	*垣 一*	46,763	46,763
3	*館 一*	31,880	31,880
4	*田 三*	65,187	65,187
5	*津 花*	45,540	45,540
6	*道 花*	47,464	47,464
7	*浜 二*	25,913	25,913
	合計	320,476	320,476

入金日計表

入金日期間 : 令和02年04月01日 ~ 令和02年04月30日

印刷日 : 令和02年06月04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	1022	*豆 一*	R02/04/01~R02/04/30	48	R02/04/09	1,000	1,000	0	0	1,000	0	窓口入金
2	1023	*前 一*	R02/04/01~R02/04/30	49	R02/04/09	2,000	2,000	0	0	2,000	0	窓口入金
3	1007	*都宮 一*	R02/04/01~R02/04/30	45	R02/04/09	6,928	6,828	100	0	6,928	0	窓口入金
4	1008	*部 京*	R02/04/01~R02/04/30	46	R02/04/09	3,745	3,745	0	0	3,745	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	13,673	0	
				合計		-	-	-	-	13,673	0	

利用者別入金一覧表

入金日期间： 令和02年04月01日 ～ 令和02年04月30日

印刷日： 令和02年06月04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	1022	*豆 一*	R02/04/01～R02/04/30	48	R02/04/09	1,000	1,000	0	0	1,000	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	1,000	0	
2	1023	*前 一*	R02/04/01～R02/04/30	49	R02/04/09	2,000	2,000	0	0	2,000	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	2,000	0	
3	1007	*都宮 一*	R02/04/01～R02/04/30	45	R02/04/09	6,928	6,828	100	0	6,928	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	6,928	0	
4	1008	*部 京*	R02/04/01～R02/04/30	46	R02/04/09	3,745	3,745	0	0	3,745	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	3,745	0	
					合計	-	-	-	-	13,673	0	

介護実施記録

* 石 京 * 様 女性 昭和14年6月16日生 80 歳 要介護 4

施設長	事務長	主任	担当

記録日: 令和2年4月4日(土)

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】 [おむつ代A]
1:00								単価: 120 回数: 1 金額: 120
2:00								[合計金額]120円 10:00 【水分・排泄】
3:00								排尿回数: 2回 排便量: 普通 排便 回数: 1回 排便状態: 軟便
4:00								10:00~10:59 【ケア実施記録】 [医療的処置]
5:00								褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交 換
6:00								褥瘡予防対策の実施 10:00 【申し送り】
7:00								褥瘡予防対策の実施 12:00 【昼食】
8:00								主食: 9割 ○ 副食: 10割 ◎ 12:30 【薬服用歴】
9:00								[● 5%ホルマリンA] 1mg 16:00 【ケア実施記録】
10:00						500	排尿 排便	[看護・介助] 一般状態の観察, 寝衣交換, 体位交換 処方薬代行, 与薬 [医療的処置]
11:00								褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーン カテーテル管
12:00				○	9 ○ 10 ◎			[リハビリ・その他] 医師へ連絡, ケアマネージャーへ連 絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
13:00								16:00 【ケア実施記録】 [看護・介助]
14:00								全身清拭, 受診同行, 内服確認, 与薬 [医療的処置]
15:00								褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーン カテーテル管 [リハビリ・その他]
16:00	人口肛門・パウチ交換 瘻孔創部ガーゼ交換	125 95	36.4 72					医師へ連絡, ケアマネージャーへ連 絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
17:00								水分摂取量合計 500ml
18:00								支援経過記録 10:00~10:59 * 玉 あや *
19:00								【実施項目】 [医療的処置]
20:00								褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交 換
21:00								【特記事項】 褥瘡予防対策の実施
22:00								
23:00								

実施記録	実施記録
16:00 * 玉 あや *	[リハビリ・その他]
【実施項目】	医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家 族へ連絡
[看護・介助]	16:00 * 玉 あや *
一般状態の観察, 寝衣交換, 体位交換, 処方薬代行, 与薬	【実施項目】
[医療的処置]	[看護・介助]
褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管	

ケア実施状況表（ 医療的処置 ）

対象期間 R2/4/1～R2/4/30

看護小規模多機能 ●風

No.	利用者	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	
		水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	
1	*当道*																															
2	*京*																															
3	*石京*	胃			褥胃																											
4	*石二*																															
5	*治一*																															
6	*治花*																															
7	*城良*																															
8	*田信*											人													人							
9	*阪小*																															
10	*阪介*																															
11	*老野三*																															
12	*田雄一*														マ																	
13	*路三*																															
14	*路通*																															
15	*路良*																															
16	*路りさ*																															
17	*保小*																															
18	*安花*										人																		人			
19	*立祐*																															
20	*療一*																															
21	*療小*																															
22	*加古*																						マ									

記号説明 褥:褥瘡予防・処置 人:人口肛門・パウチ交換 瘻:瘻孔創部ガーゼ交換 胃:胃・瘻孔バルーンカテーテル管 胃:胃・瘻孔ガーゼ交換 マ:マーゲンチューブ交換・管理 気:気管カニューレ交換・介助 カ:カテーテル交換・管理 バ:バルーンカテーテル交換(女) 膀:膀胱清掃 検:検査介助 導:導尿 喀:喀痰吸引・管理 浣:浣腸・摘便 点:点滴介助・管理 在:在宅酸素吸入・管理 栄:栄養管理(鼻腔) 栄:栄養管理(胃瘻) 栄:栄養管理(HPN) 服:服薬指導・管理 介:介助 注:注射(IS) 注:注射(IM) 注:注射(IV) 注:注射(DIV) イ:インスリン注射指導 血:血糖チェック C:CAPD指導・管理 自:自己導尿指導 栄:栄養指導 介:介護・看護指導 家:家族健康チェック 健:健康相談 受:受診推奨 メ:メンタルケア 軟:軟膏・ローション塗布 体:体重測定 散:散歩 点:点眼

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6月8日

看護・介助	
一般状態の観察	2
全身清拭	1
部分清拭	1
寝衣交換	1
体位交換	1
受診同行	1
処方薬代行	1
内服確認	1
与薬	2
小計	11

医療的処置	
褥瘡予防・処置	5
胃・瘻孔バルーンカテーテル管	3
胃・瘻孔ガーゼ交換	2
喀痰吸引・管理	1
浣腸・摘便	1
点滴介助・管理	1
小計	13

リハビリ・その他	
医師へ連絡	3
ケアマネージャーへ連絡	3
ヘルパーへ連絡	2
家族へ連絡	3
小計	11
総計	35

月別医療費控除一覧

* 石 京 * 様

住所 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4

医療費控除対象金額

21,304 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	0 円	0 円
令和2年2月	0 円	0 円
令和2年3月	0 円	0 円
令和2年4月	10,004 円	9,524 円
令和2年5月	12,380 円	11,780 円
令和2年6月	0 円	0 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	22,384 円	21,304 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6月8日

利用者氏名： *田 良*

測定日： 令和3年4月1日

生年月日： 昭和14年4月12日 女 81 歳

測定者： *玉 あや*

要介護度： 要介護4

バーセルインデックス (Barthel Index : 機能的評価)

	点数	質問内容	得点
1 食事	⑩ 5 0	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 部分介助 (たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 全介助	10
2 椅子と ベッド間の 移乗	15 ⑩ 5 0	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む (非行自立も含む) 軽度の部分介助または監視を要する 座ることは可能であるがほぼ全介助 全介助または不可能	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 ① 0	自立 部分介助 全介助	0
6 平地歩行	15 ⑩ 5 0	45M 以上の歩行、補装具 (車椅子、歩行器は除く) の使用の有無は問わず 45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 歩行不能の場合、車椅子にて45M 以上の操作可能 上記以外	10
7 階段昇降	10 ⑤ 0	自立、手すりなどの使用の有無は問わない 介助または監視を要する 不能	5
8 更衣	⑩ 5 0	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 上記以外	10
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	5

合計得点 (70 / 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*	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（21.9 kg/m ² ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ kg/m ² ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ kg/m ² ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ kg/m ² ）
直近1～6か月間における 3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（53.3 kg/3か月）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ kg/ か月）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ kg/ か月）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ kg/ か月）
直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（52.6 kg/6か月）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ kg/6か月）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ kg/6か月）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ kg/6か月）
血清アルブミン値（g/dl）※2 3.5g/dl 未満	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ g/dl）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ g/dl）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ g/dl）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ g/dl）
食事摂取量75%以下※3	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（72%）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ %）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ %）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ %）
特記事項 （医師、管理栄養士等への 連携の必要性等）				

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

（参考）低栄養状態のリスク分類について

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

記録関係帳票

訪問看護記録書 I

No. 1

利用者氏名	*石 京*	生年月日	昭和14年06月16日 (80 歳)		
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4	電話番号			
看護師等氏名	*玉 あや*	訪問職種	看護師		
初回訪問年月日	平成25年01月18日(金)	14:00	～	15:30	
主たる傷病名	慢性閉塞性肺疾患 気管支喘息 高血圧症				
現 病 歴	60歳過ぎてから咳が出るようになり、癌かと思いMIC病院受診。気管支喘息と言われ、禁煙せずにいたら症状が悪化。X X先生にHOT勧められ、楽になった。				
既 往 歴	30年前胆石				
療 養 状 況	H24. 12/15～12/24、12/30～H25. 1. 6COPD増悪にてMIC病院入院。H26. 1/7～訪問診療開始。1/11夜より血痰出現し1/12MIC病院救急外来受診。炎症によるものと診断受け帰宅。現在発熱なし、呼吸苦変わらず食事、水分は摂れている。残薬多く服薬管理が出来ていない。				
介 護 状 況	独居であるが、娘2人は近隣在住。隣市在住の息子は1回/週は来ている。				
生 活 歴	専業主婦、内職はしていた。5年前マンションを建て、家賃収入あり。				
	氏 名	年齢	続柄	職 業	特記すべき事項
家族構成	●石 丸●	55	長男	公務員	
	●石 花●	54	長男嫁	会社員	
主 な 介 護 者	独居。				
住 環 境	自営のマンション1Fに住んでいる。居室広く、バリアフリー。				

訪問看護の 依頼目的	自分で出来ることをしながら、一人で生活したい。									
要介護認定の状況										
ADLの状況 該当するものに○	移動	食事	排泄	入浴	着替	整容	意思疎通			
自立	○		○		○	○	○			
一部介助		○		○						
全面介助										
その他										
日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
主治医等	氏名 ●本 一●									
	医療機関名 ●●病院									
	所在地 鹿児島市東開町XXXX番地									
	電話番号 099-XXX-XXXX									
	緊急時の連絡先 099-XXX-XXXX									
家族等の緊急時の連絡先 ●石丸● 長男 099-XXX-XXXX										
支援専門員等	氏名 愛● ●菊									
	支援事業所名 看護小規模多機能 ●風									
	電話番号									
	緊急時の連絡先 080-XXXX-XXXX									
関係機関	連絡先			担当者			備考			
	●●病院			●本 一●			主治医			
保健・福祉サービス等の利用状況 訪問看護利用；2回/週 火・金										

精神科訪問看護記録書 I

No. 1

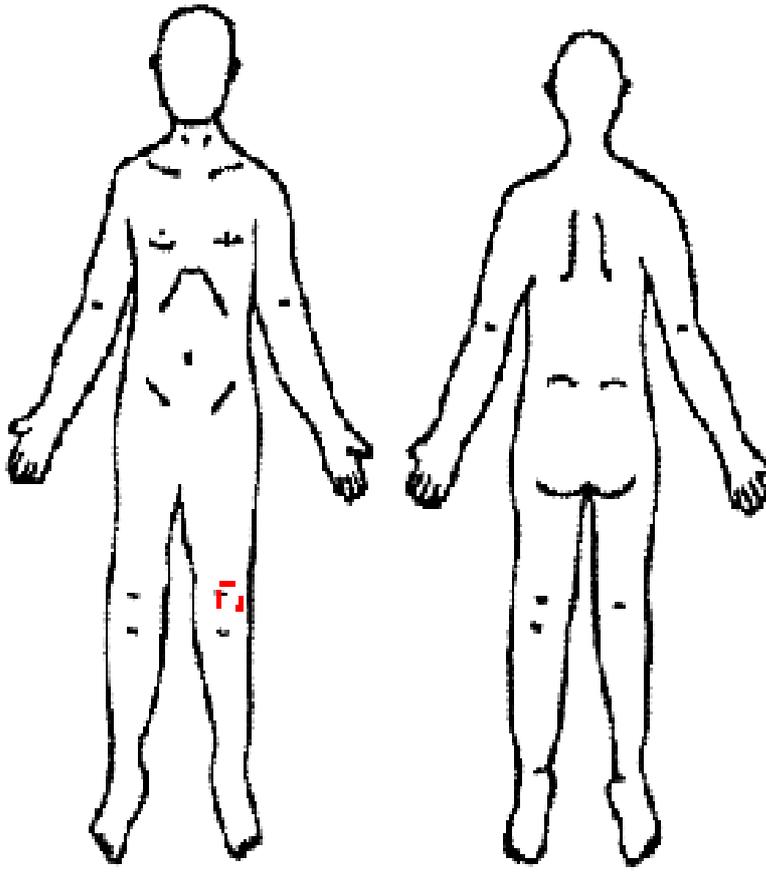
利用者氏名	*石 京*	生年月日	昭和14年06月16日 (80歳)		
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24	電話番号			
看護師等氏名	*玉 あや*	訪問職種	看護師		
初回訪問年月日	令和02年01月17日(金)	14:00	～	15:30	
主たる傷病名	糖尿病 右ひざ麻痺				
病 識	麻痺があたかもないように振るまったり、麻痺の存在に関心を示さない				
現 往 歴	自宅				
療 養 状 況	H24. 12/15～12/24、12/30～H25. 1. 6COPD増悪にてMIC病院入院。H26. 1/7～訪問診療開始。1/11夜より血痰出現し1/12MIC病院救急外来受診。炎症によるものと診断受け帰宅。現在発熱なし、呼吸苦変わらず食事、水分は摂れている。残薬多く服薬管理が出来ていない。				
介 護 状 況	独居であるが、娘2人は近隣在住。隣市在住の息子は1回/週は来ている。				
生 活 歴	専業主婦、内職はしていた。5年前マンションを建て、家賃収入あり。				
	氏 名	年齢	続柄	職 業	特記すべき事項
家族構成	●石 丸●	55	長男	公務員	
	●石 花●	54	長男嫁	会社員	
主な介護者又は キーパーソン	長男嫁				
住 環 境	自営のマンション1Fに住んでいる。居室広く、バリアフリー。				

訪問看護の 依頼目的	糖尿病のコントロール		
要介護認定の状況	要介護 3		
日常生活等の 状況		援助の要否	備 考
	食生活	要 ・ 否	
	清潔	要 ・ 否	
	排泄	要 ・ 否	
	睡眠	要 ・ 否	
	生活のリズム	要 ・ 否	
	部屋の整頓	要 ・ 否	
	服薬状況	要 ・ 否	
	金銭管理	要 ・ 否	
	作業等の状況	要 ・ 否	
対人関係	要 ・ 否		
その他:			
主治医等	氏 名 ●本 一●		
	医療機関名 ●●病院		
	所在地 鹿児島市東開町XXXX番地		
	電話番号 099-XXX-XXXX		
	緊急時の連絡先 099-XXX-XXXX		
家族等の緊急時の連絡先 ●石丸●長男 099-XXX-XXXX			
支援専門員等	氏 名 愛●●菊		
	支援事業所名 ケアセンター「み●●」		
	電話番号		
	緊急時の連絡先 080-XXXX-XXXX		
関係機関	連絡先	担当者	備考
	●●病院	●本 一●	主治医
保健・福祉サービス等の利用状況 訪問看護利用；2回/週 火・金			

訪問看護記録書Ⅱ

利用者氏名	*石 京*	看護師等氏名	*知 小*	
		訪問職種	看護師	
訪問年月日	令和2年04月04日(土)	10:00	～	10:59
利用者の状態(病状) バイタルサイン 体温 36.4℃ 脈拍 72 /分 呼吸 24 /分 血圧 125 / 95 サチュレーション 95 % 「首、腰、手足の痛み」「手足の部分的な痩せ」などを散見。				
実施した看護・リハビリテーションの内容 ①「あぶない！」とまず転倒リスクを考え、助言 ②「大丈夫ですか？」と尋る ③「毎回同じようになりますか？」と立ち上がる際毎回同じようになるのか ④「お手伝いします！」と支えに行く ⑤「大変ですね、がんばりましょう」と優しく声をかけ見守る姿勢で待つ ⑥「どの姿勢(移動動作)の時に、どこがづらいですか？」と身体部分の感覚や状況によって変化するか確認する ⑦「毎日リハビリをして転ばないようにしましょう。転んで骨折してしまったら困りますね」とリハビリに意欲を向けてもらうために、転倒のリスク(骨折してしまう可能性も含み)があることも加える ⑧「トイレまで大変そうなので、尿器やポータブルトイレも考えてみますか？」と急にトイレに行きたくなったときや夜間帯のことも考えて伺ってみる				
その他				
備考				
次の訪問予定日	令和2年04月08日(水)	13:00	～	14:00

訪問看護記録書Ⅱ 別紙

利用者氏名	*石 京*	看護師等氏名	*知 小*
		訪問職種	看護師
訪問年月日	令和2年04月04日(土) 10:00 ~ 10:59		
フェイス判断	 () () () (○) ()		
①麻痺 ②拘縮 ③浮腫 ④疼痛 ⑤褥瘡 ⑥皮膚疾患			
			
医師コメント ()			

精神科訪問看護記録書Ⅱ

利用者氏名	*石 京*	看護師等氏名	*知 小*	
		訪問職種	看護師	
訪問年月日	令和2年04月09日(木)	15:00	～	16:00
訪問先	*石 京*宅			
<p>食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム、部屋の整頓等 睡眠時間は、定時の就寝で食生活も問題なし</p>				
<p>精神状態 「首、腰、手足の痛み」「手足の部分的な痩せ」などを散見。</p>				
<p>服薬等の状況 毎日、昼食後</p>				
<p>作業、対人関係について 家族内のみ</p>				
<p>実施した看護内容</p> <p>①「あぶない！」とまず転倒リスクを考え、助言 ②「大丈夫ですか？」と尋る ③「毎回同じようになりますか？」と立ち上がる際毎回同じようになるのか ④「お手伝いします！」と支えに行く ⑤「大変ですね、がんばりましょう」と優しく声をかけ見守る姿勢で待つ ⑥「どの姿勢（移動動作）の時に、どこがづらいですか？」と身体部分の感覚や状況によって変化するか確認する ⑦「毎日リハビリをして転ばないようにしましょう。転んで骨折してしまったら困りますね」とリハビリに意欲を向けてもらうために、転倒のリスク（骨折してしまう可能性も含み）があることも加える ⑧「トイレまで大変そうなので、尿器やポータブルトイレも考えてみますか？」と急にトイレに行きたくなったときや夜間帯のことも考えて伺ってみる</p>				
備考		GAF 72点（※月の初日の指定訪問看護時に記載）		
次回の訪問予定日	令和2年04月10日(金)	13:00	～	14:00

温度板

看護小規模多機能 ●風

利用者番号 1234

氏名 *石 京*

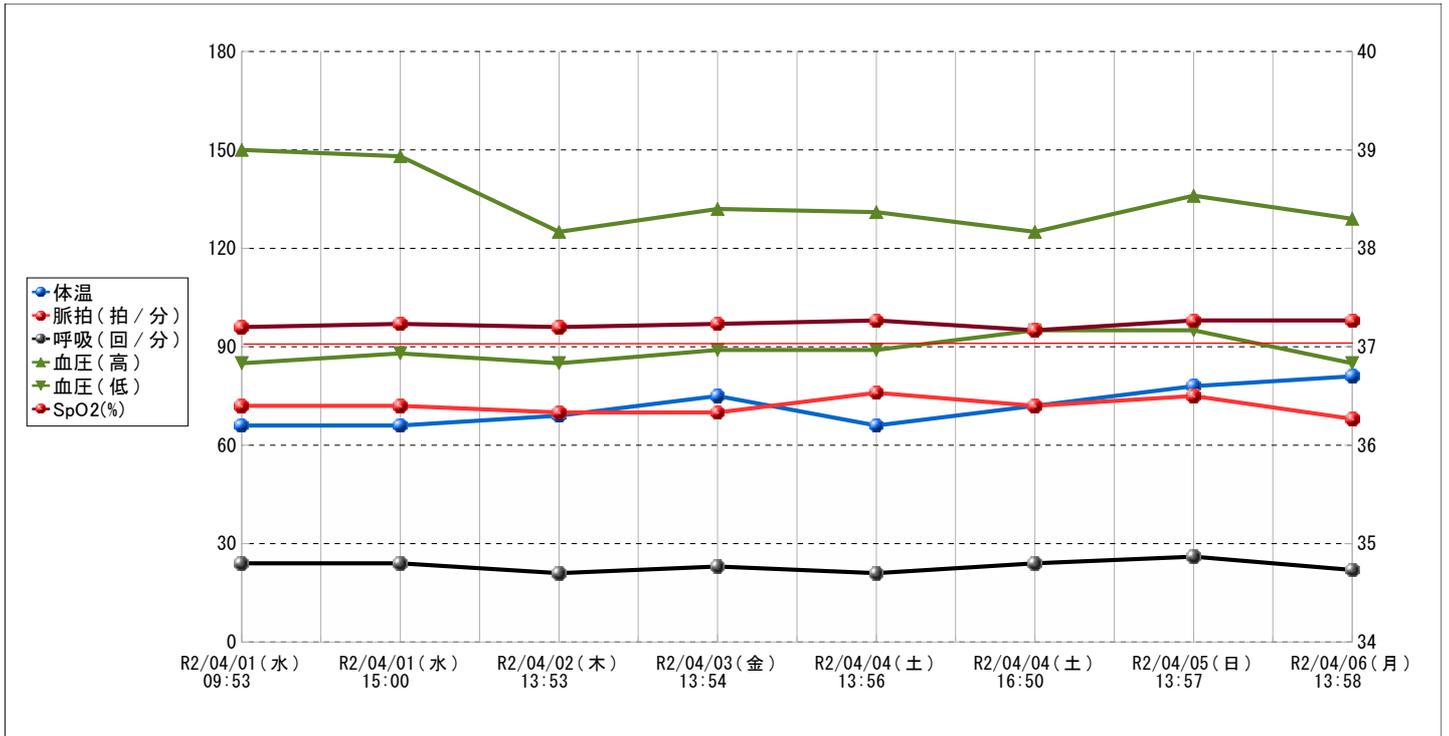
性別 女

生年月日

昭和14年6月16日

年齢

80歳



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

提出關係帳票

(情報提供先)

●●市

殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称

鹿児島県鹿児島市池之上町XXXX番地

看護小規模多機能 ●風

電話番号 099-XXX-XXXX

管理者氏名 *阜 梅*

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供いたします。

利用者氏名	*石 京*
性別	(男・ <input checked="" type="radio"/> 女) 生年月日 昭和14年06月16日 生 (80 歳) 職業 主婦
住所	鹿児島県鹿児島市東開町XXXX番地24
電話番号	

主治医氏名	●村 陽●
住所	鹿児島市東開町XXXX番地
主傷病名	心筋梗塞
日常生活活動 (ADL) の状況 (該当する事項に○)	
移動	自立・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助・全面介助
食事	自立・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助・全面介助
排泄	自立・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助・全面介助
入浴	自立・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助・全面介助
着替	<input checked="" type="radio"/> 自立・一部介助・全面介助
整容	<input checked="" type="radio"/> 自立・一部介助・全面介助
要介護認定の状況 (該当する事項に○)	
自立	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 <input checked="" type="radio"/> 4 5)
病状・障害等の状態	状態は先月より改善が見られる。
1月当たりの訪問日数 (訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること)	3 日 (3 回)
家族等及び主な介護者に係る情報	長男嫁が定期的にADLについて介助されている。
看護の内容	バイタルサイン測定、褥瘡予防、点滴の管理、口腔ケア、療養生活の指導
必要と考えられる保健福祉サービス	訪問リハビリ
その他特記すべき事項	

(情報提供先)

●●市

殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称

鹿児島県鹿児島市池之上町 X X X X 番地

看護小規模多機能 ●風

電話番号 099-XXX-XXXX

管理者氏名 * 阜 梅 *

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供いたします。

利用者氏名	*石 京*
性別	(男・ <u>女</u>) 生年月日 昭和14年06月16日 生 (80 歳) 職業 主婦
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4
電話番号	

主治医氏名	●村 陽●
住 所	鹿児島市東開町 X X X X 番地
主傷病名	心筋梗塞
日常生活等の状況	日常生活等の状況 1 食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム等について 一部介助あり 2 服薬等の状況について 昼食後の服薬あり 3 作業(仕事)、対人関係等について
要介護認定の状況	(該当する事項に○) 自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 <u>4</u> 5)
1月当たりの訪問日数 (訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること)	3 日
家族等及び 主な介護者 に係る情報	長男嫁が定期的にADLについて介助されている。
看護の内容	バイタルサイン測定、褥瘡予防、点滴の管理、口腔ケア、療養生活の指導
必要と考 えられる 保健福祉 サービス	訪問リハビリ
その他 特記すべ き事項	

(情報提供先)

●●市

殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称

鹿児島県鹿児島市池之上町 X X X X 番地

看護小規模多機能 ●風

電話番号 099-XXX-XXXX

管理者氏名 *阜 梅*

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供いたします。

利用者氏名	*石 京*
性別	(男・女) 生年月日 昭和14年06月16日 生 (80 歳)
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4
電話番号	

主治医氏名	●村 陽●
住所	鹿児島市東開町 X X X X 番地
主傷病名	びまん性汎細気管支炎
傷病の経過	体調が悪くなる時があり、不案になる事がある。

日常生活等の状況	
1 食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム等について	一部介助あり
2 服薬等の状況について	昼食後の服薬あり
3 家族等について	

1月当たりの訪問日数（訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること）	3 日
-----------------------------------	-----

看護の内容	バイタルサイン測定、褥瘡予防、口腔ケア、日常生活の指導
-------	-----------------------------

医療的ケア等の実施方法及び留意事項	環境整備（清掃）を行い、清潔に保つ
-------------------	-------------------

その他特記すべき事項	
------------	--

(主治医 医療機関名)

●●市

殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称

鹿児島県鹿児島市池之上町XXXX番地

(入院又は入所先医療機関等)

看護小規模多機能 ●風

電話番号 099-XXX-XXXX

管理者氏名 *阜 梅*

以下の利用者に関する訪問看護の情報（療養に係る情報）を提供いたします。

利用者氏名	*石 京*
性別	(男・ <u>女</u>) 生年月日 昭和14年06月16日 生 (80 歳) 職業 主婦
住所	鹿児島県鹿児島市東開町XXXX番地24
電話番号	

主治医氏名	●村 陽●
医療機関名 住所	鹿児島市東開町XXXX番地
主傷病名	加齢黄斑変性
既往歴	
要介護認定 等	要介護認定の状況（該当する事項に○） 自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 <u>4</u> 5) その他（利用しているサービス等）

日常生活等の 状況	(食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム等) 一部介助あり
	(服薬等の状況) 昼食後の服薬あり
看護に 関する 情報	(家族、主な介護者等) 長男嫁、排泄介助等支援
	(看護上の問題等)

看護に 関する 情報	(看護の内容) バイタルサイン測定、注射治療
	(ケア時の具体的な方法や留意点、継続すべき看護等) 定期的なVEGFの働きを阻害して血管新生が起こるプロセスを抑える薬剤を使用中

その他	
-----	--

訪問看護報告書

ふりがな 利用者氏名	*かし きょう* *石 京*	生年月日	昭和14年6月16日生 (80 歳)																																																																																				
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 ④ 5)																																																																																						
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24																																																																																						
訪 問 日	<table border="0" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td colspan="7">令和2年4月</td> <td colspan="7">令和2年5月</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>④</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>⑪</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td> </tr> <tr> <td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>⑱</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> <td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> </tr> <tr> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>保健師、助産師、看護師又は准看護師による訪問日を○、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問日を◇で囲むこと。特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日を△で囲むこと。 1日に2回以上訪問した日を◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。</p>			令和2年4月							令和2年5月							1	2	3	④	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	⑪	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	⑱	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					29	30	31				
令和2年4月							令和2年5月																																																																																
1	2	3	④	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7																																																																										
8	9	10	⑪	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14																																																																										
15	16	17	⑱	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21																																																																										
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28																																																																										
29	30	31					29	30	31																																																																														
病状の経過	# 1 BD不安定 210~110/60~100mmHg 分差で血圧UP DOWNする 排便コントロールも安定せず 1週間以上ない為 排便 硬便あり その後アローゼン服用し軟便排出 その後も5日排便ない為 アローゼン服用 多量排便後意識消失あり # 2 BD状態みながら週3回シャワー浴や清拭できている 皮膚トラブルなし # 3 転倒なし 室内 手引き歩行や車椅子移動される # 4 血圧変動 排便等のことで介護不安ある 適時 療養上の助言 傾聴している																																																																																						
看護・リハビリテーションの内容	バイタル 床上観察胃瘻 周囲観察 セルフケア (清潔:入浴 部分浴 清拭 口腔ケア等 排泄 :オムツ交換等 更衣 整容 リハビリ (肺リハビリ 床上リハビリ: 関節拘縮予防等療養上の助言 スキンケア 皮膚トラブル時の処置																																																																																						
家庭での介護の状況																																																																																							
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称: () 使用及び交換頻度: () 使用量: ()																																																																																						
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性: 有 ・ ⑩ 変更内容																																																																																						
情報提供	訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先: (●●市) 情報提供日:(令和2年4月1日)																																																																																						
特記すべき事項(頻回に訪問看護が必要な理由を含む)																																																																																							

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

令和2年4月1日

事業所名 看護小規模多機能 ●風
 管理者氏名 *阜 梅*

印

南●●クリニック
 ●村 陽●

殿

訪問看護報告書

利用者氏名	*石 京*	生年月日	昭和14年6月16日生 (80 歳)
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 ④ 5)		
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地2 4		
訪 問 日	令和2年4月		令和2年5月
	1 2 3 ④ 5 6 7	8 9 10 ⑪ 12 13 14	1 ② 3 4 5 6 7
	15 16 17 ⑱ 19 20 21	22 23 24 ⑳ 26 27 28	8 ⑨ 10 11 12 13 14
	29 30 31		15 ⑯ 17 18 19 20 21
			22 ⑳ 24 25 26 27 28
			29 ⑳ 31
病状の経過	# 1 BD不安定 210～110/60～100mmHg 分差で血圧UP DOWNする 排便コントロールも安定せず 1週間以上ない為排便 硬便あり その後アローゼン服用し軟便排出 その後も5日排便ない為 アローゼン服用 多量排便後意識消失あり # 2 BD状態みながら週3回シャワー浴や清拭できている 皮膚トラブルなし # 3 転倒なし 室内 手引き歩行や車椅子移動される # 4 血圧変動 排便等のことで介護不安ある 適時 療養上の助言 傾聴している		
看護・リハビリテーションの内容	バイタル 床上観察胃瘻 周囲観察 セルフケア (清潔:入浴 部分浴 清拭 口腔ケア等 排泄:オムツ交換等 更衣 整容 リハビリ (肺リハビリ 床上リハビリ: 関節拘縮予防等療養上の助言 スキンケア 皮膚トラブル時の処置		
家庭での介護の状況			
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称: () 使用及び交換頻度: () 使用量: ()		
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性: 有 ・ ④ 変更内容		
特記すべき事項			
作成者①	氏名: 埼玉 あやめ	職種:	看護師
作成者②	氏名:	職種:	

上記のとおり、指定訪問看護又は看護サービスの提供の実施について報告いたします。

令和2年4月1日

事業所名 看護小規模多機能 ●風
 管理者氏名 *阜 梅*

印

南●●クリニック
 ●村 陽●

殿

精神科訪問看護報告書

利用者氏名 ふりがな *かし きょう*	*石 京*	生年月日	昭和14年6月16日生 (80 歳)
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 ④ 5)		
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24		
訪 問 日	令和2年5月		令和2年6月
	1 2 3 ④ 5 6 ⑦	8 9 10 ⑪ 12 13 ⑭	1 2 3 4 5 6 7
	15 16 17 ⑱ 19 20 ⑳	22 23 24 ㉔ 26 27 ㉗	8 9 10 11 12 13 14
	29 30 31		15 16 17 18 19 20 21
			22 23 24 25 26 27 28
			29 30 31
保健師、看護師又は准看護師による訪問日を○、作業療法士による訪問日を◇で囲むこと。 精神科特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日を△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日を◎で、長時間精神科訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。30分未満の訪問看護を実施した日にレ印を付けること。なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。			
病状の経過	就労までもう少しの支援が必要		
看護の内容	食生活、活動、整容、安全確保の援助及び指導		
家族等との関係	家族に対する援助、家族との関係性に関する援助 身体症状のモニタリング、生活習慣に関する助言・指導、自己管理能力を高める援助		
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称： () 使用及び交換頻度： () 使用量： ()		
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 ・ ⑧ 変更内容		
情報提供	訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先： () 情報提供日：()		
特記すべき事項(頻回に訪問看護が必要な理由を含む)	G A F		
	89 点 (令和2年5月1日) (※月の初日の指定訪問看護時の値を記載)		

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

令和2年5月1日

事業所名 看護小規模多機能 ●風
 管理者氏名 *知 小*

印

●●病院
 ●村 四●

殿

統計資料

年齢別利用者数

サービス：看護小規模

対象年月：令和2年4月

介護保険：サービス予定実績[全て] 医療保険：訪問看護療養費

年 区	年齢 分	事業 対象者	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	左記以外	合計
～ 59	男										
	女										
	計										
60 ～ 64	男										
	女										
	計										
65 ～ 69	男										
	女										
	計										
70 ～ 74	男										
	女										
	計										
75 ～ 79	男										
	女										
	計										
80 ～ 84	男						17(2)	8(1)	14(1)		39(4)
	女				10(1)	9(1)		15(1)			34(3)
	計				10(1)	9(1)	17(2)	23(2)	14(1)		73(7)
85 ～ 89	男										
	女										
	計										
90 ～ 94	男										
	女										
	計										
95 ～ 99	男				10(1)						10(1)
	女										
	計				10(1)						10(1)
100 ～	男										
	女										
	計										
合 計	男					10(1)	17(2)	8(1)	14(1)		49(5)
	女				10(1)	9(1)		15(1)			34(3)
	計				10(1)	19(2)	17(2)	23(2)	14(1)		83(8)

平均介護度： 3.00 男性： 3.40 女性： 2.33

平均年齢： 82.5 男性： 84.0 女性： 80.0

- 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) 前半の数字は介護保険分は延回数、医療保険分は実日数。
 () 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6月9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	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	1人	100.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

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

⇒

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

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6月9日

令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

利用終了後の場所（どこへ）

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

特養	0人 (0.0)%
----	--------------

⇒

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

療養型	0人 (0.0)%
-----	--------------

⇒

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

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

⇒

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

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

⇒

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

訪問看護月間集計利用者一覧表 (令和2年4月 分) 医療保険

No.	利用者氏名 (利用者番号)	性別	年齢	郵便番号	住所 電話番号	病名	訪問 回数 (日数)	主治医(医療機関名) 電話番号	担当者	居宅介護支援事業所 (担当介護支援専門員) 電話番号	開始年月日	備考
1	*田 良* (1025)	女	80	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開 町X X X番地X号	慢性喘息様気管支炎 パーキンソン病	7 (7)	●村 陽●(南●●クリニッ ク) 099-XXX-XXXX	*島 竜*	看護小規模多機能 ●風 (徳● ●胆) 099-XXX-XXXX	R02. 04. 01	
2	*垣 一*	男	80	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開 町X X X番地 099-XXXX-XXXX	心筋梗塞	10 (10)	●村 陽●(●●総合病院)	*島 竜*	看護小規模多機能 ●風 (徳● ●胆) 099-XXX-XXXX	R02. 04. 01	
3	*田 三*	男	81	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開 町X X X番地 099-XXX-XXXX	高血圧症 心筋梗塞	9 (9)	●村 陽●(●●総合病院)	*島 竜*	看護小規模多機能 ●風 (徳● ●胆) 099-XXX-XXXX	R02. 04. 01	
4	*津 花*	女	80	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開 町X X X番地 099-XXX-XXXX	パーキンソン病	12 (4)	●村 陽●(南●●クリニッ ク) 099-XXX-XXXX	*島 竜*	看護小規模多機能 ●風 (徳● ●胆) 099-XXX-XXXX	R02. 04. 01	
5	*道 花*	女	80	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開 町X X X番地	高血圧症 心筋梗塞	1 (1)	●村 陽●(南●●クリニッ ク) 099-XXX-XXXX	*島 竜*	看護小規模多機能 ●風 (徳● ●胆) 099-XXX-XXXX	R02. 04. 01	

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	8人	内	男性	5人	延利用者数	77人
		訳	女性	3人	実施日数	26日

(2)年齢階層

区分	～ 59	60～ 64	65～ 69	70～ 74	75～ 79	80～ 84	85～ 89	90～ 94	95～ 99	100～	計
男性	0人	0人	0人	0人	0人	4人	0人	0人	1人	0人	5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	0人	0人	0人	7人	0人	0人	1人	0人	8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	4人	1人	0人	5人
女性	0人	2人	1人	0人	3人
計	0人	6人	2人	0人	8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	1人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	3人	0人	5人
女性	2人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	3人
計	3人	0人	1人	0人	1人	0人	0人	0人	3人	0人	8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	0人	0人	0人	ランク I	0人	0人	0人
要支援2	0人	0人	0人	” IIa	0人	0人	0人
要介護1	0人	1人	1人	” IIb	0人	0人	0人
要介護2	1人	1人	2人	” IIIa	0人	0人	0人
要介護3	2人	0人	2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	1人	0人	1人	” M	0人	0人	0人
上記以外	0人	0人	0人	上記以外	0人	0人	0人
未登録	0人	0人	0人	未登録	5人	3人	8人
計	5人	3人	8人	計	5人	3人	8人

レセプト統計関係

様式第一

介護給付費請求書

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

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	8	8	8
請求事業所	名称	看護小規模多機能 ●風								
	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 者

(別記) 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

保険請求

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

様式第一

介護給付費請求書

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

保 険 者 (462010)

鹿児島市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	8	8	8
請求事業所	名称	看護小規模多機能 ●風							
	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							
12 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・ 緊急措置							
88 水俣病総合対 策メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置 (全額免除)							
25 中国残留邦人等							
合計							

様式第一

介護給付費請求書

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

令和2年5月請求分合計

事業所番号	4	6	9	9	9	9	8	8	8
請求事業所	名称	看護小規模多機能 ●風							
	所在地	〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXXX番地							
	連絡先	099-XXX-XXXX							

保険者 (462010)

鹿児島市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

保険請求

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

サービス提供年月：令和2年4月分

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(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, 公費受給者番号, 令和 0 2 年 0 4 月 分, 保険者番号 4 6 2 0 1 0

被保険者番号 4 6 3 3 3 3 2 1 1 2, (フリガナ) *イダ ヨシ*, 氏名 *田 良*, 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 1 月 0 1 日 から 令和 0 2 年 1 2 月 3 1 日 まで

事業所番号 4 6 9 9 9 9 9 8 8 8, 事業所名称 看護小規模多機能 ●風, 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 電話番号 099-XXX-XXXX

居宅サービス計画 (1) 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成, 事業所番号 4 6 9 9 9 9 9 8 8 8, 事業所名称 看護小規模多機能 ●風

開始年月日 平成 3 1 年 0 4 月 0 1 日, 中止年月日, 中止理由 1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所

給付費明細欄: サービス内容, サービスコード, 単位数, 回数, サービス単位数, 公費分回数, 公費対象単位数, 摘要

給付費明細欄 (住所地域特例): 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, ③サービス実日数, ④計画単位数, ⑤限度額管理対象単位数, ⑥限度額管理対象外単位数, ⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑧, ⑧公費分単位数, ⑨単位数単価, ⑩保険請求額, ⑪利用者負担額, 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

サービス提供証明書

(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))

Table with 2 rows and 2 columns. Top row: 公費負担者番号, 令和 0 2 年 0 4 月 分. Bottom row: 公費受給者番号, 保険者番号 4 6 2 0 1 0.

Table for insured person details. Includes fields for 被保険者番号 (4 6 3 3 3 3 2 1 1 2), 氏名 (*田 良*), 生年月日 (1. 明治 2. 大正 3. 昭和 1 4 年 0 4 月 1 2 日), 要介護状態区分 (要介護1・2・3・4・5), 認定有効期間 (令和 0 2 年 0 1 月 0 1 日 から 令和 0 2 年 1 2 月 3 1 日 まで).

Table for service provider details. Includes fields for 事業所番号 (4 6 9 9 9 9 8 8 8), 事業所名称 (看護小規模多機能 ●風), 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 (電話番号 099-XXX-XXXX).

Table for service plan. Includes 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 (看護小規模多機能 ●風).

Table for start and end dates. Includes 開始年月日 (平成 3 1 年 0 4 月 0 1 日), 中止年月日, 中止理由 (1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所).

Table for service details. Columns: 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. Rows include 看護小規模 1 4, 看護小規模特別管理加算 I, 看護小規模サービス提供体制加算 I 2, 看護小規模処遇改善加算 I.

Table for service details with location-specific notes. Columns: 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.

Table for request amount calculation. Columns: ①サービス種類コード/②名称, ③サービス実日数, ④計画単位数, ⑤限度額管理対象単位数, ⑥限度額管理対象外単位数, ⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥, ⑧公費分単位数, ⑨単位数単価, ⑩保険請求額, ⑪利用者負担額, ⑫公費請求額, ⑬公費分本人負担. Includes 給付率 (/100) and 合計.

Table for social welfare reduction. Columns: 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.

レセプト一覧 請求年月: 令和2年5月 看護小規模多機能 ●風

印刷日: 令和2年12月7日

利用者: *田 良* (女)(1025) 提供年月: 令和2年4月
 被保険者番号(給付率): 462010 - 463332112 (90%) 要介護4 支援事業所: 4699999888
 公費負担者[受給者]番号(給付率): 1: [](%) 2: [](%)
 緊急施設療養点数合計: 特別療養費単位数合計:
 特定入所合計: 特定入所保険分: 軽減額: 軽減後利用者負担額:

明細	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス 単位数	公費1対象		公費2対象		摘要
						回数 日数	単位数	回数 日数	単位数	
	看護小規模14	771141		1	27,665					05100000
	看護小規模特別管理加算I	774000		1	500					
	看護小規模サービス提供体制加算I2	776101		1	500					
	看護小規模処遇改善加算I	776114		1	2,924					

集計	サービス種類	サービス実日数	計画単位数	限度額管理対象単位数	限度額管理対象外単位数	
	給付単位数	公費1分単位数	公費2分単位数	単位数単価	保険請求額	
	利用者負担額	公費1請求額	公費2請求額	公費1分本人負担	公費2分本人負担	
	看護小規模		14	27,665	27,665	3,924
		31,589	0	0	10.00	284,301
		31,589	0	0	0	0
	合計情報					284,301
		31,589	0	0	0	0

介護度別サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ~ R02/04

作成日： R02/06/23

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
看護小規模多機能型居宅介護	要介護1	771111	看護小規模11	12401	1	12,401	124,010	1
看護小規模多機能型居宅介護	要介護1	776101	看護小規模サービス提供体制加算I2		1	500	5,000	1
看護小規模多機能型居宅介護	要介護1	776104	看護小規模処遇改善加算III		1	529	5,290	1
看護小規模多機能型居宅介護	要介護2	771121	看護小規模12	17352	2	34,704	347,040	2
看護小規模多機能型居宅介護	要介護2	776101	看護小規模サービス提供体制加算I2		2	1,000	10,000	2
看護小規模多機能型居宅介護	要介護2	776104	看護小規模処遇改善加算III		2	1,464	14,640	2
看護小規模多機能型居宅介護	要介護3	771131	看護小規模13	24392	2	48,784	487,840	2
看護小規模多機能型居宅介護	要介護3	776101	看護小規模サービス提供体制加算I2		2	1,000	10,000	2
看護小規模多機能型居宅介護	要介護3	776104	看護小規模処遇改善加算III		2	2,042	20,420	2
看護小規模多機能型居宅介護	要介護4	771141	看護小規模14	27665	2	55,330	553,300	2
看護小規模多機能型居宅介護	要介護4	774000	看護小規模特別管理加算I		1	500	5,000	1
看護小規模多機能型居宅介護	要介護4	776101	看護小規模サービス提供体制加算I2		2	1,000	10,000	2
看護小規模多機能型居宅介護	要介護4	776104	看護小規模処遇改善加算III		1	1,155	11,550	1
看護小規模多機能型居宅介護	要介護4	776114	看護小規模処遇改善加算I		1	2,924	29,240	1
看護小規模多機能型居宅介護	要介護5	771151	看護小規模15	31293	1	31,293	312,930	1
看護小規模多機能型居宅介護	要介護5	776101	看護小規模サービス提供体制加算I2		1	500	5,000	1
看護小規模多機能型居宅介護	要介護5	776104	看護小規模処遇改善加算III		1	1,304	13,040	1
小計		77****	看護小規模多機能型居宅介護	-	-	196,430	1,964,300	25
合計		-		-	-	196,430	1,964,300	25

サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ~ R02/04

作成日： R02/06/23

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
看護小規模多機能型居宅介護	771111	看護小規模 1 1	12401	1	12,401	124,010	1
看護小規模多機能型居宅介護	771121	看護小規模 1 2	17352	2	34,704	347,040	2
看護小規模多機能型居宅介護	771131	看護小規模 1 3	24392	2	48,784	487,840	2
看護小規模多機能型居宅介護	771141	看護小規模 1 4	27665	2	55,330	553,300	2
看護小規模多機能型居宅介護	771151	看護小規模 1 5	31293	1	31,293	312,930	1
看護小規模多機能型居宅介護	774000	看護小規模特別管理加算 I		1	500	5,000	1
看護小規模多機能型居宅介護	776101	看護小規模サービス提供体制加算 I 2		8	4,000	40,000	8
看護小規模多機能型居宅介護	776104	看護小規模処遇改善加算Ⅲ		7	6,494	64,940	7
看護小規模多機能型居宅介護	776114	看護小規模処遇改善加算 I		1	2,924	29,240	1
小計	77****	看護小規模多機能型居宅介護	-	-	196,430	1,964,300	25
合計	-	-	-	-	196,430	1,964,300	25

稼動額集計表

提供年月：令和2年4月

(全請求分)

看護小規模多機能 ●風

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		
0004245452	*津花*	R2/4	77	120,870	0	0	0	0	0	13,430	0	140	0	134,440	
	合計	(件数計)	1	120,870	0	0	0	0	0	13,430	0	140	0	134,440	

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		
1234567899	*川守*	R2/4	77	167,256	0	0	0	0	0	18,584	0	140	0	185,980	
4632392202	*道花*	R2/4	77	167,256	0	0	0	0	0	18,584	0	140	0	185,980	
	合計	(件数計)	2	334,512	0	0	0	0	0	37,168	0	280	0	371,960	

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		
4632382992	*垣一*	R2/4	77	233,217	0	0	0	0	0	25,913	0	120	0	259,250	
0004548788	*浜二*	R2/4	77	233,217	0	0	0	0	0	25,913	0	0	0	259,130	
	合計	(件数計)	2	466,434	0	0	0	0	0	51,826	0	120	0	518,380	

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		
4633332112	*田良*	R2/4	77	284,301	0	0	0	0	0	31,589	0	10,300	0	326,190	
4648493030	*館一*	R2/4	77	263,880	0	0	0	0	0	29,320	0	140	0	293,340	
	合計	(件数計)	2	548,181	0	0	0	0	0	60,909	0	10,440	0	619,530	

要介護5				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
4628290133	*田三*	R2/4	77	297,873	0	0	0	0	0	33,097	0	120	0	331,090	
	合計	(件数計)	1	297,873	0	0	0	0	0	33,097	0	120	0	331,090	

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	8	1,767,870	0	0	0	0	0	196,430	0	11,100	0	1,975,400
	総合計		8	1,767,870	0	0	0	0	0	196,430	0	11,100	0	1,975,400

介護給付費請求額一覧

請求年月：令和02年05月

看護小規模多機能 ●風

印刷日：R02/06/23

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
77 看護小規模多機能型居宅介護	8	196,430	1,767,870	0	196,430	0	0	0	0	0
事業所計	8	196,430	1,767,870	0	196,430	0	0	0	0	0
全体計	8	196,430	1,767,870	0	196,430	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	9	86	2,137,670	1,923,903	0	213,767
計	9	86	2,137,670	1,923,903	0	213,767
465054	屋久島					
居宅系	1	9	43,180	38,862	0	4,318
計	1	9	43,180	38,862	0	4,318
合計						
居宅系	10	95	2,180,850	1,962,765	0	218,085
計	10	95	2,180,850	1,962,765	0	218,085

サービス集計一覧

請求年月： 令和02年05月 ～ 令和02年05月

サービス種類名： 看護小規模多機能型居宅介護

印刷日： R02/06/23

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	(基本) 中山間地域等提供加算 訪問看護体制減算 訪問看護減算	訪問看護特別指示減算 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 栄養スクリーニング加算 退院時共同指導加算 緊急時訪問看護加算	特別管理加算 ターミナルケア加算 看護体制強化加算 総合マネジメント体制加算	サービス提供体制加算 処遇改善加算等 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										
* 津 花 *	12,401	0	0	0	500	保険	120,870	13,430	0	0
	0	0	0	0	529	食費	0	0	0	0
0004245452	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	13,430	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 1 小計 (1人)	12,401	0	0	0	500	保険	120,870	13,430	0	0
	0	0	0	0	529	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	13,430	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 2										
* 川 守 *	17,352	0	0	0	500	保険	167,256	18,584	0	0
	0	0	0	0	732	食費	0	0	0	0
1234567899	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	18,584	特定治療・療養	0	0	0	0
* 道 花 *	17,352	0	0	0	500	保険	167,256	18,584	0	0
	0	0	0	0	732	食費	0	0	0	0
4632392202	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	18,584	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 2 小計 (2人)	34,704	0	0	0	1,000	保険	334,512	37,168	0	0
	0	0	0	0	1,464	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	37,168	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護 3										
* 垣 一 *	24,392	0	0	0	500	保険	233,217	25,913	0	0
	0	0	0	0	1,021	食費	0	0	0	0
4632382992	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	25,913	特定治療・療養	0	0	0	0
* 浜 二 *	24,392	0	0	0	500	保険	233,217	25,913	0	0
	0	0	0	0	1,021	食費	0	0	0	0
0004548788	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	25,913	特定治療・療養	0	0	0	0

サービス集計一覧

請求年月： 令和02年05月 ～ 令和02年05月

サービス種類名： 看護小規模多機能型居宅介護

印刷日： R02/06/23

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	(基本) 中山間地域等提供加算	訪問看護特別指示減算 初期加算	若年性認知症受入加算 栄養スクリーニング加算	特別管理加算 ターミナルケア加算	サービス提供体制加算 処遇改善加算等 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3 小計 (2人)	48,784	0	0	0	1,000	保険	466,434	51,826	0	0
	0	0	0	0	2,042	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	51,826	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護4										
田良	27,665	0	0	500	500	保険	284,301	31,589	0	0
1025	0	0	0	0	2,924	食費	0	0	0	0
4633332112	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	31,589	特定治療・療養	0	0	0	0
館一	27,665	0	0	0	500	保険	263,880	29,320	0	0
1046	0	0	0	0	1,155	食費	0	0	0	0
4648493030	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	29,320	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護4 小計 (2人)	55,330	0	0	500	1,000	保険	548,181	60,909	0	0
	0	0	0	0	4,079	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	60,909	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護5										
田三	31,293	0	0	0	500	保険	297,873	33,097	0	0
4628290133	0	0	0	0	1,304	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	33,097	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護5 小計 (1人)	31,293	0	0	0	500	保険	297,873	33,097	0	0
	0	0	0	0	1,304	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	33,097	特定治療・療養	0	0	0	0
総合計 (8人)										
	182,512	0	0	500	4,000	保険	1,767,870	196,430	0	0
	0	0	0	0	9,418	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	196,430	特定治療・療養	0	0	0	0

訪問看護療養費明細書

都道府県 東京都 訪問看護ステーションコード 番号 5055666

令和 3 年 4 月 分

46

6 訪問 3 後期 1 単独 0 高齢 7

Table with columns for public charge numbers (公費負担番号) and other identifiers.

Table with columns for public charge numbers (公費負担番号) and other identifiers.

Insurance information table including insurer (保険者), policy number (被保険者証), and payment details (給付).

Personal information form including name (氏名), sex (性別), date of birth (生年月日), and address (住所).

Facility information form including station name (訪問看護ステーション), telephone number (電話番号), and medical institution name (医療機関).

Table for medical conditions (主たる傷病名) and status (心身の状態), including diagnosis (診断) and care status (ケア).

Table for care period (指示期間) and actual days (実日数), including dates and counts.

Table for basic care fees (基本療養費) categorized by staff type (e.g., 看護師, 准看護師).

Table for additional care fees (追加療養費) categorized by staff type and service type.

Table for special care fees (特別療養費) including emergency visits (緊急訪問看護) and long-term care (長時間訪問看護).

Table for special care fees (特別療養費) including emergency visits (緊急訪問看護) and long-term care (長時間訪問看護).

Table for management fees (管理療養費) including 24-hour care (24時間対心体制加算) and special management (特別管理).

Table for management fees (管理療養費) including 24-hour care (24時間対心体制加算) and special management (特別管理).

Summary table for management fees (管理療養費) with columns for item, amount, and unit.

Summary table for management fees (管理療養費) with columns for item, amount, and unit.

Summary and notes section (備考) including total amount (合計), insurance payment (保険), and remarks (特記事項).

訪問看護療養費明細書

都道府県 訪問看護ステーションコード

番号 46 5055666

令和 3 年 4 月 分

6 訪問 1 社 1 単独 8 高齢一

Table with columns for insurance numbers and other identifiers.

Table with columns for insurance numbers and other identifiers.

Table containing insurance policy details, including policy number 010101999 and insured person information.

Table with personal information including name (垣 一), date of birth (2024-05-01), and address (鹿兒島市東開町).

Table with facility information including name (南●●クリニック) and telephone number (099-XXXX-XXXX).

Table detailing the patient's condition (1. 1型糖尿病) and care status (訪問看護).

Table with dates for the care period (令和3年04月01日 ~ 令和3年04月14日).

Table listing care services (11-14) and associated costs (12,850, 5,550, 16,650).

Table with columns for service type, duration, and cost.

Table listing additional care services (15-25) and costs (5,200, 20,800).

Table with columns for service type, duration, and cost.

Table listing management fees (60-65) and other charges (70-75).

Table with columns for service type, duration, and cost.

Table with columns for service type, duration, and cost.

Summary table on the right side containing insurance details, total amount (54,300), and other administrative information.

訪問看護療養費明細書

都道府県 訪問看護ステーションコード
番号 46 5055666

令和 3 年 4 月 分

6 訪問 1 国 1 単独 0 高齢7

公費負担者① 公費負担者②

公費負担医療の受給者番号① 公費負担医療の受給者番号②

保険者番号 4 6 5 2 5 2 給付 7
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 鹿いろは 11019999 (枝番) 01

氏名 *ケイ* *館 一* 特記 28区ウ
訪問した住所 鹿児島県鹿児島市東開町XXX-147
職務上の事由

訪問看護ステーションの住所及び名称 鹿児島市東海町XXX番地 看護小規模多機能 ●風
電話番号 099-XXXX-XXXX
主治医 田明 氏名 *田 明* 直近報告年月日 年 月 日

主たる傷病名 1. 1型糖尿病
心身の状態 基準告示第2の1に規定する疾病等の有無 1別表7 2別表8 (3)無
訪問開始年月日 令和 2 年 3 月 1 日
訪問終了年月日時刻 年 月 日 時 分
訪問終了の状況 1 軽快 2 施設 3 医療機関 4 死亡 5 その他

指示期間 令和03年04月01日~令和03年04月16日 / 年月日~年月日
実日数 14日
31 看護師等 3日まで30分以上 円× 日 円
32 作業療法士 3日まで30分以上 円× 日 円
33 准看護師 3日まで30分以上 円× 日 円

10 基本療養費I
11 看護師等 3日まで 円× 日 円
12 准看護師 3日まで 円× 日 円
13 専門の研修を受けた看護師 12,850 円× 1 日 12,850 円
14 理学療法士等 3日まで 5,550 円× 13 日 72,150 円

34 看護師等 2人 3日まで30分以上 円× 日 円
35 作業療法士 2人 3日まで30分以上 円× 日 円
36 准看護師 2人 3日まで30分以上 円× 日 円

基本療養費II
15 看護師等 2人 3日まで 円× 日 円
16 准看護師 2人 3日まで 円× 日 円
17 専門の研修を受けた看護師 2人 3日まで 円× 日 円
18 理学療法士等 3人以上 3日まで 円× 日 円

37 精神科緊急訪問看護加算 円× 日 円
38 長時間精神科訪問看護加算 円× 日 円
39 複数名精神科訪問看護加算 円× 日 円
40 夜間・早朝訪問看護加算 円× 日 円
41 深夜訪問看護加算 円× 日 円
42 精神科複数回訪問加算 円× 日 円

60 訪問看護情報提供療養費 1,500 円× 1 回 1,500 円
70 訪問看護ターミナルケア療養費 1 市(区)町村等 円
2 学校等 前回算定 年 月 1 入園・入学 2 転園・転学 円
3 保険医療機関等 円

43 看護師等 円× 回 円
44 作業療法士 円× 回 円
合計 159,300 円
請求 ① 公費 円 ② 公費 円
決定 ① 公費 円 ② 公費 円
負担金額 ① 公費 円 ② 公費 円
備考

保険者

殿

ステーションコード
5055666

下記のとおり請求する。

訪問看護ステーション
の所在地及び名称

鹿児島市東海町×××番地
看護小規模多機能 ●風

令和3年5月10日

電話番号
指定訪問看護事業者氏名

099-XXXX-XXXX
南● ●太

印

後期高齢者医療

		件数	日数	金額	負担金額
後期高齢9割	請求				
	※決定				
後期高齢7割	請求	1	4	51,800	
	※決定				

公費負担医療

		件数	日数	金額	負担金額
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				

※高額療養	件数	
	金額	

別記

殿

訪問看護ステーション
の所在地及び名称

下記のとおり請求します。 令和3年5月10日

指定訪問看護事業者氏名 南●●太

印

区 分		件 数	日 数	金 額	負担金額	
医 療 保 険	医保(70以上一般・低所得)と公費の併用					
	医保单独(70以上一般・低所得)	01 (協会)	1	4	54,300	
		02(船)	職務上			
			職務外			
		03 (日)				
		04 (日特)				
		31~34(共)	下船3月			
			一 般			
		06 (組)				
		63・72~75 (退)				
小 計	1	4	54,300			
医保(70以上7割)と公費の併用						
医保单独(70以上7割)	01 (協会)					
	02(船)	職務上				
		職務外				
	31~34(共)	下船3月				
		一 般				
	06 (組)					
	63・72~75 (退)					
小 計						
医保本人と公費の併用						
医保单独(本人)	01 (協会)					
	02(船)	職務上				
		職務外				
	03 (日)					
	04 (日特)					
	31~34(共)	下船3月				
		一 般				
	06 (組)					
	07 (自)					
63・72~75 (退)						
小 計						
医保家族と公費の併用						
医保单独(家族)	01 (協会)					
	02 (船)					
	03 (日)					
	04 (日特)					
	31~34 (共)					
	06 (組)					
	63・72~75 (退)					
	小 計					
医保(6歳)と公費の併用						
医保单独(六歳)	01 (協会)					
	02 (船)					
	03 (日)					
	04 (日特)					
	31~34 (共)					
	06 (組)					
	63・72~75 (退)					
	小 計					
① 合計	1					

区 分		件 数	日 数	金 額	控除額 (公費負担医療)	
公費負担	公費と医保の併用	12(生保)				
	公費と公費の併用	12(生保)				
	公費単独	12(生保)				
		11(結核35)				
	②合計					
総件数①+②		1 件	請求金額		円	

備 考

令和3年4月分

訪問看護療養費請求書

保険者

殿

ステーションコード
5055666

下記のとおり請求する。

訪問看護ステーション
の所在地及び名称

鹿児島市東海町×××番地
看護小規模多機能 ●風

令和3年5月10日

指定訪問看護事業者氏名 南● ●太

印

国民健康保険

		件数	日数	金額	負担金額
一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求				
	※決定				
一般被保険者 (70歳以上7割)	請求	1	14	159,300	
	※決定				
一般被保険者	請求				
	※決定				
一般被保険者 (6歳)	請求				
	※決定				
退職者 (本人)	請求				
	※決定				
退職者 (被扶養者)	請求				
	※決定				
退職者 (6歳)	請求				
	※決定				

公費負担医療

		件数	日数	金額	負担金額
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額			金額	

注意 ※印の欄は記入しないこと。

令和3年4月分訪問看護療養費総括票

事務済印



県内分
県外・組合分

審査員コード

訪問看護ステーションコード	訪問看護ステーションの所在地及び名称、開設者氏名	鹿児島市東海町×××番地 看護小規模多機能 ●風 南● ●太 TEL 099-XXXX-XXXX
5055666		

送付別
直送 ・ 郵送

入力送付票			
係	送付番号	県コード	点
		46	6

総合計			国・退分			後期高齢分			返戻 件数
請求保 険者数	請求書 総枚数	明細書 総件数	請求保 険者数	請求書 枚数	明細書 件数	請求保 険者数	請求書 枚数	明細書 件数	
1	1	1	1	1	1				

区	法 制 番 号	件 数	金 額	負担金額
国民健康保険	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)			
	一般被保険者 (70歳以上7割)	1	159,300	
	一般被保険者			
	一般被保険者 (6歳)			
	退職者 (本人)			
	退職者 (被扶養者)			
	退職者 (6歳)			
後 高				
合 計		1	159,300	

公 費 負 担 医 療	件 数	患者負担額

令和3年4月分訪問看護療養費総括票

事務済印



県内分
県外・組合分

審査員コード

訪問看護ステーションコード	訪問看護ステーションの所在地及び名称、開設者氏名	鹿児島市東海町×××番地 看護小規模多機能 ●風 南● ●太 TEL 099-XXXX-XXXX
5055666		

送付別
直送
・
郵送

入力送付票			
係	送付番号	県コード	点
		46	6

総合計			国・退分			後期高齢分			返戻 件数
請求保 険者数	請求書 総枚数	明細書 総件数	請求保 険者数	請求書 枚数	明細書 件数	請求保 険者数	請求書 枚数	明細書 件数	
1	1	1				1	1	1	

区 法	制 番	分 号	件数	金額	負担金額
国 民 健 康 保 険	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)				
	一般被保険者 (70歳以上7割)				
	一般被保険者				
	一般被保険者 (6歳)				
	退職者 (本人)				
	退職者 (被扶養者)				
	退職者 (6歳)				
後高			1	51,800	
合計			1	51,800	

公費負担医療	件数	患者負担額

訪問看護療養費別請求額一覧

提供年月： R02/04 ~ R02/04

作成日： R02/06/23

項番	名称	単価	延回数	合計金額	実人数
1	基本療養費 I (看護師) 週3日まで	5,550	14	77,700	2
2	基本療養費 I (理学) 週3日まで	5,550	31	172,050	5
3	基本療養費 I ハ	12,850	5	64,250	5
4	緊急訪問看護加算	2,650	1	2,650	1
5	長時間訪問看護加算	5,200	35	182,000	5
6	機能強化型管理療養費 1	12,530	1	12,530	1
7	訪問看護管理療養費	7,440	1	7,440	1
8	特別管理加算	2,500	7	17,500	7
合計	-	-	-	536,120	7

医療保険分稼動額（利用料請求情報も含めて集計）

請求年月：令和2年5月

(全請求分)

看護小規模多機能 ●風

印刷日：令和2年6月23日

様式	公費①	公費②	氏名	提供年月	実回数	請求金額①	窓口保険徴収分	自費金額②	合計(①+②)	介護対象分
後期単独			* 田 良 *	R2/4	4	52,800	15,840	0	52,800	有
後期単独			* 垣 一 *	R2/4	5	69,100	20,730	0	69,100	有
後期単独			* 館 一 *	R2/4	1	8,050	2,420	0	8,050	有
後期単独			* 田 三 *	R2/4	9	106,550	31,970	0	106,550	有
後期単独			* 津 花 *	R2/4	9	106,550	31,970	0	106,550	有
後期単独			* 道 花 *	R2/4	8	95,800	28,740	0	95,800	有
小計			(件数)	6	36	438,850	131,670	0	438,850	

	提供年月	件数	実回数	請求金額①	窓口保険徴収分	自費金額②	合計(①+②)
合計	R2/4	6	36	438,850	131,670	0	438,850
総合計		6	36	438,850	131,670	0	438,850

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せる事：できる 自分の名前を答えることができる 今の季節を理解することができる	

[*国 良* 様]

簡易アセスメント

女性 昭和14年7月29日 生

作成日 [令和 2年4月1日]

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

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

a
b
c
d
e
f

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

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

今回 前回 前々回

1

2. コミュニケーションの補助具／方法

過去3日間に使われたすべてにチェック

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

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

3. 表現方法

患者・入所者が自分の意思を知らせるために使ったすべてにチェック

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

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

4. 自分を理解させることができる

どんな方法で表現してもよい

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

1

5. 言葉の明瞭性

過去3日間の話し方

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

1

6. 他者を理解できる

どんな方法で話した内容を理解してもよい

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

1

7. 聴覚・コミュニケーションの変化

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

- 0. 変化なし
- 1. 改善
- 2. 悪化

今回 前回 前々回

1

D. 視覚

1. 視力

適切な明るさのもとでの視力、もし使用をしていれば、眼鏡等を用いて

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

1

2. 視覚・視野障害

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

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

3. 視覚補助具

眼鏡、コンタクトレンズ、拡大鏡など

- 0. 使用していない
- 1. 使用している

0

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、とり残される）
- g. 恐ろしいことが起きようとしている、と繰り返し言った（たとえば、死期が近いまたは心臓発作が起きると信じている）
- h. 健康上の不満を繰り返した（たとえば、常に医療的な関心をひきたがる、からだのことはかり心配している）
- i. たびたび不安、心配ごとを訴えた（健康問題以外で）（たとえば、日課、食事、洗濯、衣服、対人関係などで人の注意や気をひいて、そのことに「だいじょうぶ」といつてもらいたい）

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

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)

a	0		
b	0		
c	0		
d	0		
e	0		

(B) 過去3日間の問題行動の変異性

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

(B)

a	0		
b			
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		
---	--	--

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

2. 対人関係の不安定

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

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

3. 過去の役割

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

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

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

今回 前回 前々回

1. ADLの自立度

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

今回 前回 前々回

- a. ベッド上の可動性
横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する
- b. 移乗
ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか（浴槽や便座への移乗は除く）
- c. 室内歩行
自分の部屋の中をどのように歩くか
- d. 廊下の歩行
自分の棟の廊下をどのように歩くか
- e. 病棟（ユニット）の中での移動
どのように自室から廊下へ移動するか（車いすなら、車いすに移乗したあと）
- f. 病棟（ユニット）の外への移動
別の病棟（ユニット）へどのように移動するか（たとえば、娯楽室、処置室）
施設が平屋の場合、同じ階の離れたところへの移動（車いすなら、車いすに移乗したあと）
- 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 (A)
- (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 (B)
- 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） (A)
- (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 (B)
- j. 個人衛生
どのように個人衛生を保つか（髪をとかず、歯をみがく、ひげをそる、化粧をする、洗顔する、手や陰部を洗う、ただし、入浴、シャワーを除く）

2. 入浴

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

(A)

(B)

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)

(b)

- 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

b

c

d

e

f

- (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

b

c

d

e

f

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

5. 移動の方法

過去3日間に使用したものすべてをチェック

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

a

b

c

d

e

6. 移乗の方法

過去3日間に使用したものすべてをチェック

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

a

b

c

d

e

f

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

今回 前回 前々回

0

8. リハビリテーションによる潜在能力

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

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

9. ADLの変化

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

0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

1

H. 失禁

1. 失禁

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

今回 前回 前々回

(a) 0

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

3. 用具やプログラム

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

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

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

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

今回 前回 前々回

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

2. 感染症

いずれも該当しなければ、「上記に該当なし」をチェック

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

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

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

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

4. 転倒

該当するものをすべてチェック

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

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

5. 状態の安定性

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

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

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

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

c. 口腔が痛む
0. いいえ 1. はい

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

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

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

	今回	前回	前々回
(a)	0		
(b)	1		
(c)	0		
(a)	0		
(b)	0		
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%

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

	今回	前回	前々回
(a)			
(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

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

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

今回 前回 前々回

a	0		
b	0		
c	0		
d	0		

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

a	0		
b	0		

3. 褥瘡・潰瘍の既往
 過去90日間に治療し、または治療した潰瘍がある

0. いいえ 1. はい

0		
---	--	--

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

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：	
--------	------	-----	---------	-----	---	-------	------------	------------	------------	------------	--	-------------	--

P. 特別なケアと治療（過去7日間）

1. 特別なケア・治療

a. 特別なケア
過去7日間に受けた治療・プログラムにチェックをする

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

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

2. 気分、行動、認知機能の低下への介入

過去7日間に行われたすべてにチェック（どこで行われてもよい）

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

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

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

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

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

今回 前回 前々回

1. 退院・退所の可能性

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

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

b. 退院・退所に積極的な介護者がいる
0. いいえ 1. はい

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

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

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

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

2. ケアニーズの変化

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

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

1		
---	--	--

3. 社会的支援の存在

退院・退所後の状態について、下記のコードより1つ選ぶ。

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

a	1		
b	0		
c	0		
d	0		
e	0		

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

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

今回 前回 前々回

(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 *	介護支援専門員		R02年04月03日
e *ガ ナ *	管理栄養士		R02年04月02日
f *ヘゴ *	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			

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	②	③	④	⑤	5	6	7	⑧	⑨	⑩	10	11	12	13	14	⑮	16	17	18	⑰	20
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								⊗														
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														○							○		
K. 口腔衛生, 栄養状態	大腿骨折	J4c	レ																				○			
	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、身体を動かす続ける、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[否定的な言葉を使った]
- 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、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動するか(車いすなら、車いすに移乗したあと)]
G1f=1	準備のみ[別の病棟(ユニット)へどのように移動するのか]
G1gA=1	準備のみ[(A)上半身:どのように上半身の衣類(普段着や下着)を着たり、脱いだりするか]
G1gB=0	自立[(B)下半身:どのように下半身の衣類(普段着や下着)を履いたり、脱いだりするか]
G1h=-1	アセスメント未入力項目です!
G1iA=1	準備のみ[(A)トイレの使用:どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか]
G1iB=1	準備のみ[(B)トイレへの移乗:どのようにトイレ(ポータブルトイレ)に移乗するか]
G1j=1	準備のみ[どのように個人衛生を保つか(髪をとかず、歯をみがく、ひげをそる、化粧をする、洗顔する、手や陰部を洗う、ただし、入浴、シャワーを除く)]

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				

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

a
b
c
d
e
f

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

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

2. コミュニケーションの補助具／方法
過去3日間に使われたすべてにチェック
a. 聴覚補助具をもって使用した
b. 聴覚補助具はもっているが、定期的には使用していない
c. 他のコミュニケーション手段を使用（読唇など）
d. 上記に該当しない

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

3. 表現方法
患者・入所者が自分の意思を知らせるために使ったすべてにチェック
a. 話をする
b. 筆談により表現（意思をはっきりするために用いる場合も含む）
c. 手話もしくは点字
d. 合図、身振り、音
e. コミュニケーション・ボード
f. その他
g. 上記に該当なし

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

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

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

5. 言葉の明瞭性
過去3日間の話し方
0. はっきりとした話し方：明瞭で了解できる言葉
1. はっきりしない話し方：不明瞭で、もごもごとした言葉
2. 話さない：話した言葉はない

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

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

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

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

7. 聴覚・コミュニケーションの変化
過去90日間における表現、理解、あるいは情報を聞く能力の変化（前回のアセスメントが90日以内であれば前回のアセスメント時と比べて）
0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

D. 視覚

1. 視力
適切な明るさのもとでの視力、もし使用をしていれば、眼鏡等を用いて
0. 十分 分：新聞・本の細字も含めて細かい部分まで見える
1. 障害：大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない
2. 中度障害：視力が限られている、新聞の見出しは見えないが、物を識別できる
3. 重度障害：物を識別することは難しいが、目で動体を追っているようである
4. 最重度障害：見えない、あるいは明暗、色、形を識別できるだけ、目は動体を追わない

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

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

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

3. 視覚補助具
眼鏡、コンタクトレンズ、拡大鏡など
0. 使用していない 1. 使用している

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

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年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、とり残される）
- g. 恐ろしいことが起きようとしている、と繰り返し言った（たとえば、死期が近いまたは心臓発作が起きると信じている）
- h. 健康上の不満を繰り返した（たとえば、常に医療的な関心をひきたがる、からだのことはかり心配している）
- i. たびたび不安、心配ごとを訴えた（健康問題以外で）（たとえば、日課、食事、洗濯、衣服、対人関係などで人の注意や気をひいて、そのことに「だいじょうぶ」といつてもらいたい）

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

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)			
a	0		
b	0		
c	0		
d	0		
e	0		

(B) 過去3日間の問題行動の変異性

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

(B)			
a	0		
b			
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		
---	--	--

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

2. 対人関係の不安定

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

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

3. 過去の役割

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

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

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

今回 前回 前々回

1. ADLの自立度

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

今回 前回 前々回

- a. ベッド上の可動性
横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する
- b. 移乗
ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか（浴槽や便座への移乗は除く）
- c. 室内歩行
自分の部屋の中をどのように歩くか
- d. 廊下の歩行
自分の棟の廊下をどのように歩くか
- 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）
- f. 病棟（ユニット）の外への移動
別の病棟（ユニット）へどのように移動するか（たとえば、娯楽室、処置室）
施設が平屋の場合、同じ階の離れたところへの移動（車いすなら、車いすに移乗したあと）
- 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 (A)
- (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 (B)
- 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） (A)
- (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 (B)
- j. 個人衛生
どのように個人衛生を保つか（髪をとかず、歯をみがく、ひげをそる、化粧をする、洗顔する、手や陰部を洗う、ただし、入浴、シャワーを除く）

2. 入浴

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

(A)

(B)

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)

(b)

- 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
- b
- c
- d
- e
- f

- (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
- b
- c
- d
- e
- f

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

5. 移動の方法

過去3日間に使用したものすべてをチェック

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

a

b

c

d

e

6. 移乗の方法

過去3日間に使用したものすべてをチェック

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

a

b

c

d

e

f

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

今回 前回 前々回

0

8. リハビリテーションによる潜在能力

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

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

9. ADLの変化

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

0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化

1

H. 失禁

1. 失禁

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

今回 前回 前々回

(a) 0

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

3. 用具やプログラム

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

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

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

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

今回 前回 前々回

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

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

3. その他の疾患または詳細な疾患名とICD-10コード

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

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回 アセスメント日：	R02年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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

4. 転倒

該当するものをすべてチェック

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

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

5. 状態の安定性

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

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

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

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

c. 口腔が痛む
0. いいえ 1. はい

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

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

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

	今回	前回	前々回
(a)	0		
(b)	1		
(c)	0		
(a)	0		
(b)	0		
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

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%

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

今回 前回 前々回

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

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

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

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

今回 前回 前々回

a	0		
b	0		
c	0		
d	0		

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

a	0		
b	0		

3. 褥瘡・潰瘍の既往
 過去90日間に治療し、または治療した潰瘍がある

0. いいえ 1. はい

0		
---	--	--

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

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

- a. 午前
- b. 午後
- c. 夕方
- d. 上記に該当なし

今回 前回 前々回

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

入所者が昏睡状態の場合、○へとぶ

2. 活動への平均参加時間

治療やADLのケアを受けていない覚醒時間の中で、活動に参加している時間

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

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

3. 好きな活動場所

好きな場所すべてにチェック

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

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

4. 一般的に好む活動

現在施設として用意しているかどうかにかかわらず、好む活動のすべてをチェック

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

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

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

(a)	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b)	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O. 与薬（過去7日間）

1. 薬剤の種類

過去7日間に使用した異なる薬剤の数（なければ「0」）

今回 前回 前々回

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

2. 新しい処方

患者・入所者は過去90日間に新しい処方を受けている

- 0. いいえ
- 1. はい

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

3. 注射

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

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

4. 薬剤の使用日数

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

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

a	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

利用者番号：	1000	氏名：	* 国 良 *	性別：	女	生年月日：	S14年07月29日	今回アセスメント日：	R02年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. レスプレーター
- プログラム
- m. アルコール／薬物依存の治療
 - n. アルツハイマー／認知症ケアの専門棟
 - o. 緩和ケア
 - p. 感染隔離病室
 - q. ショートステイ
 - r. 退院・退所のための生活訓練（例：服薬、家事、買い物、交通機関の利用、ADLなど）
 - s. 上記に該当なし

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

2. 気分、行動、認知機能の低下への介入

過去7日間に行われたすべてにチェック（どこで行われてもよい）

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

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

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

- 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

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・入所者は家に戻りたいと言ったり、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		

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

今回 前回 前々回

(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 *	介護支援専門員		R02年04月03日
e *ガ ナ *	管理栄養士		R02年04月02日
f *ヘゴ *	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			

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

		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							
					○																																				
	身体機能の潜在能力	H6b=1																																							
		H7a, b, c=レ	○	☆																																					
		H7d=レ																																							
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																○																							
		J11=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																																							
	ケアニーズの変化	P5=2, H3=1	○																																						
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、利用者が改善することを考えている

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

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

領域2 手段的日常生活能力

他者をほぼ理解できる

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

利用者や介護者、評価者は利用者が改善することを考えている

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

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

食事の用意に援助を受けているが、行おうとした場合に”非常に困難”ではない

H1aア=3,H1aイ=0

領域3 健康増進

問題領域検討表

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

日常の意志決定能力がほぼ保たれている

B2=1

外出回数が少ない

H6a=2 健康活動:過去30日間の通常の1週間で、週に1回

領域5 コミュニケーション

理解力の問題

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

領域9 行動

暴言

E3b=1 暴言(行動はあったが、容易に変えることができた)

暴行

E3c=1 暴行(行動はあったが、容易に変えることができた)

ケアに対する抵抗

E3e=2 ケアに対する抵抗(行動があり、変えることは困難であった)

領域10 うつと不安

自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ

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

繰り返し体の不調を訴える

E1d=1 過去3日間に1~2日観察された(健康上の不満を繰り返す)

悲しみ、苦悩、心配した表情

E1f=1 過去3日間に1~2日観察された(悲しみ、苦悩、心配した表情)

領域11 高齢者の虐待

説明がつかないけが、骨折、火傷がある

K9c 説明がつかないけが、骨折、火傷がある

放置、暴力、虐待を受けている

K9d 放置、暴力、虐待を受けている

問題領域検討表

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

身体抑制を受けている

K9e 身体抑制を受けている(四肢の抑制、ベッド柵の使用、いすに固定)

領域13 心肺の管理

不整脈

J1e=1 不整脈:在宅ケアスタッフによる処置や観察の必要がない

領域16 栄養

がん

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

領域18 痛みの管理

痛みの訴えや様子があった

K4a=1 毎日ではない

領域19 褥創

ベッド上の可動に援助を必要とした

H2a=5 ベッド上の可動性:最大の援助

領域21 順守(コンプライアンス)

特別な治療・療法が1つ以上守られなかった

P1a=2 酸素療法:予定されていたが、一部守られなかった

P1e=2 輸血:予定されていたが、一部守られなかった

P1h=2 点滴-中心静脈:予定されていたが、一部守られなかった

P1j=2 注射による与薬:予定されていたが、一部守られなかった

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

P1n=2 運動療法:予定されていたが、一部守られなかった

P1u=2 ショートステイ:予定されていたが、一部守られなかった

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

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

P1z=2 特別治療食:予定されていたが、一部守られなかった

問題領域検討表

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

領域23 薬剤管理

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

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

領域25 保健予防サービス

インフルエンザワクチンを受けていない

K1b=False インフルエンザワクチン

(女性の場合)乳房の触診またはマモグラフィーを行っていない

K1d=False (女性のみ)乳房の触診かマモグラフィー

領域28 環境評価

浴室やトイレの環境

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

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) " (支援)	●		○	現状では生活習慣も安定しており家族見守りとする。
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				

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

要介護者等の氏名： *国 良*

1. 介護力

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

特記事項：

2. 生活環境

福祉用具の利用	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	福祉用具の充足度	<input type="checkbox"/> 充足	<input checked="" type="checkbox"/> 不足
住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> 不要	<input checked="" type="checkbox"/> 必要			
住宅環境	<input checked="" type="checkbox"/> 持ち家	<input type="checkbox"/> 借家		<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て	<input type="checkbox"/> 集合住宅
	<input checked="" type="checkbox"/> 自室あり	<input type="checkbox"/> 自室なし		<input checked="" type="checkbox"/> 1階	<input type="checkbox"/> 2階以上

特記事項：

3. 利用できる社会資源

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

特記事項：

4. 社会活動への参加

趣味	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	老人クラブの参加	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
散歩	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	買物	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
付き合い (近所、友人)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	その他の活動	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし

特記事項：

5. 緊急時の対応

主治医	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	入院受け入れ先	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
家族間の連絡網	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			

特記事項：

6. 家族への指導

介護方法の指導	<input type="checkbox"/> 受けた	<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない
社会資源の利用方法	<input type="checkbox"/> 知っている	<input checked="" type="checkbox"/> 知らない
社会資源の利用費用	<input type="checkbox"/> 知っている	<input checked="" type="checkbox"/> 知らない

特記事項：

ケアチェック表

包括的自立支援プログラム

1. 食事、水分摂取等に関するケア

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケアの内容		現 状		予定	ケア提供の場所／使用用具等		
		提供	家族				
調 理	調理(食事を作る)	●		●	食堂・ホール	○	
準 備 ・ 後 始 末	食事の準備・配膳等	●		●	食事の場所	居室(ベッド以外)	
	食事の後始末、下膳	●		●		ベッドの上	
	おやつ準備	●		●		布団の上	
	おやつの後始末、下膳	●		●		その他： ()	
	飲み物の準備	●		●		一般食	○
食事等の	食事の見守り				食事の区分	糖尿食 ()kcal	
	食事介助(切る、すりつぶす等)					高血圧食 ()g	
	食事摂食介助	●		●		抗潰瘍食	
	食事摂取・水分量のチェック	●		●		その他：	
	おやつ中の見守り					普通食	
摂取介助	おやつ介助(切る、すりつぶす等)		○	●	主食	粥食	○
	おやつ摂食介助					その他：	
	飲み物摂取介助					普通食	○
経口流動食	経口流動食の準備				副食	刻み食	
	経口流動食の実施					ミキサー食	
	経口流動食の後始末					その他：	
経管栄養	経管栄養(経鼻、胃瘻)の準備				食事用具	食事前エプロン	○
	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			利き手(右)が不全まひにより、左手で食器(スプーン、フォーク)を使っているが上手く使えず、手づかみになることがある。 → 利き手で自力摂取ができる様に特殊箸を試してみる。
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。

2. 排泄に関するケア

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			●	排泄用具	ポータブルトイレ	○
	排便後のポータブルトイレの後始末			●		差し込み便器	
	尿器・便器・ポータブルトイレの消毒			●		採尿器・し瓶	
移乗 ・ 移動	トイレ・ポータブルトイレへの誘導				排泄用具	自動採尿器	
	車椅子から便座へ移乗					装着尿器	
	便座から車椅子へ移乗					布おむつ	○
	ベッドからポータブルトイレへ移乗					紙おむつ	○
	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				排泄用具	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:	
	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	○	○	自力で移動できなくなったためポータブルトイレを設置しているが、オムツに排泄してしまう。尿便意は時々あるが、自尊心から、自ら知らせることへの心理的抵抗と共同トイレを使用したい希望がある。 → 声かけより尿便意を確認し、共同トイレまで車椅子の移動解除を行う。
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 排泄動作面での問題等	○	○	
⑦ 尿意・便意面での問題等			
⑧ 失禁面での問題等			
⑨ 排尿量や回数面での問題等	○	○	
⑩ 排便量や回数面での問題等			
⑪ その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

3. 入浴、清拭等に関するケア

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 洗面場所	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： シャワーのみ ○
	ストレッチャーから特殊浴槽へ移乗					入浴しない
	浴槽内リフトからストレッチャーへ移乗					シャンプーハット ○
	浴槽内リフトから車椅子へ移乗					浴槽用チェアー
移 動	特殊浴槽からストレッチャーへ移乗					シャワーチェアー ○
	浴槽ストレッチャーから車椅子へ移乗					滑り止めマット
	抱える、抱き上げる、背負う					バスボード
	浴槽外から浴槽内へ移乗					入浴担架
	浴槽内から浴槽外へ移乗					入浴用懸吊式リフト
	浴槽内への移動の介助					入浴用台座式リフト
	リフトの操作					自助具：
洗 髪	浴室内の見守り	●		●		その他：
	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 身	洗髪全介助	●				
	洗身一部介助			●		
洗身全介助	洗身全介助	●				
	洗身一部介助					
清 拭	身体清潔の必要物品準備				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：	
部分浴	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。

4. 洗面、口腔、整容、更衣に関するケア

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	洗面所 その他：	
	口腔清潔の使用物品後始末	●		●		洗面器	
	口腔清潔（歯みがき等）					蒸しタオル	○
	うがいの介助					自助具：	
	入れ歯の手入れ	●				その他：	
	口唇の乾燥を防ぐ						
整 容	結髪、整髪	●		●	口腔清潔用具	歯ブラシ	
	散髪	●		●		綿棒・ガーゼ等	
	爪切り	●		●		義歯洗浄剤	
	髭剃り					自助具：	
	耳掃除					その他： うがい用コップ	○
更 衣	衣服・靴下・靴の準備	●		●			
	更衣動作の見守り、指示	●		●			
	更衣動作の一部介助	●		●			
	更衣動作の全介助	●		●			
	衣服を整える						

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
① 本人の訴えや希望			
② 家族の訴えや希望			
③ 医療面での指示・管理等			
④ 代替ケアの可能性			
⑤ 移乗・移動面での問題等			
⑥ 洗面動作面での問題等			
⑦ 口腔清潔面での問題等			
⑧ 入れ歯の手入れ面での問題等			
⑨ 整髪動作面での問題等			
⑩ 爪切り動作面での問題等			
⑪ 髭剃り動作面での問題等			
⑫ 耳掃除動作面での問題等			
⑬ 更衣動作面での問題等	○		
⑭ その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

5. 基本動作介助、リハビリテーション等に関するケア

要介護者等の氏名： *国 良*

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

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容/対応するケア項目
① 本人の訴えや希望	○	○	
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 体位変換動作面での問題等			
⑥ 起居動作面での問題等	○		
⑦ 移乗・移動面での問題等	○		
⑧ 手指・上肢動作面での問題等			
⑨ 生活(住)環境面での問題等			
⑩ 在宅生活継続・復帰面での問題等			
⑪ その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

6. 医療、健康に関するケア

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケアの内容		現 状		予定	ケア提供の場所／使用用具等		
		提供	家族				
薬剤管理	薬の照合・区分・準備	●		●	受診場所	自宅(往診等)	
	薬を渡す、服薬介助	●		●		診察室(外来通院)	
薬剤使用	坐薬(緩下剤、解熱剤等)の挿入					診察室(入院・入所先)	○
	褥瘡等の処置、軟膏塗布、薬浴等	●		●		居室(入院・入所中)	
	眼・耳・鼻の外用药の使用等					その他:	
	温・冷あん法、湿布を貼る等						
	自己注射(インシュリン等)の指導等						
	注射の準備・実施・後始末						
処置等	吸引の準備・実施・後始末					現在処方中の薬剤	
	吸入の準備・実施・後始末						
	タッピング、体位排痰法等の実施						
	透析関連のケア						
	ベッド上での牽引						
	酸素吸入の準備・実施・後始末						
	気管内挿管の準備・実施・後始末						
	気管切開口のケア、カニューレの交換						
	人工呼吸器使用中の観察						
	持続吸引、他のカテーテルの管理等						
測定等	在宅酸素・吸引器等の在宅医療器具点検						
	巡視(夜間)、容態観察	●		●			
	バイタルサインのチェック	●		●			
受診・検査	身長・体重・腹囲等の測定	●		●			
	通院・入院・受診の援助と付き添い	●		●			
	処置中の固定等						
	検査用物品の準備・後始末						
	検体採取の準備・実施・後始末						
	隔離等に伴うケア						
要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等							
問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目				
① 本人の訴えや希望							
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							

※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。

7. 心理・社会面等に関するケア

要介護者等の氏名： * 国 良 *

ケアの内容		現 状		予定	ケア提供の場所／使用用具等		
		提供	家族				
相 談 ・ 助 言	本を読む、手紙の代読・代筆				コ ミ ュ ニ ケ ー シ ヨ ン 等 用 具	補聴器	
	日常会話、声かけ	●		●		眼鏡	
	ナースコールの受理応答					拡大鏡(ルーペ)	○
	助言、指導、励まし、カウンセリング					文字ボード	
	家族への連絡・応対・調整・情報収集	●		●		難聴者用電話	
書類作成	申請書類の記入・提出					緊急通報装置(電話)	
問題行動 への対応	徘徊への対応、探索					自助具:	
	不潔行為への対応					その他:	
	暴力行為・暴言への対応						
	その他の問題行動への対応	●		●			
余暇活動	散歩の付き添い						
	クラブ・レク活動中の援助	●					
環境整備	寝具整頓、ベッドメイキング等	●		●			
	寝具・リネン交換	●		●			
	布団を干す	●		●			
	居室内の掃除、ゴミ捨て	●		●			
	私物:花の手入れ、動物の世話						
	衣服・日用品の整理整頓						
	衣服の修理、繕い						
	補助器具(私物)の管理						
	洗濯物を集める、運ぶ						
	洗濯する、干す、たたむ						
買 物	買い物の付き添い						
	買物、依頼の物品購入						
金銭管理	現金管理、支払い等の代行						
移 送	送迎車の運転						

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
① 本人の訴えや希望			
② 家族の訴えや希望			
③ 医療面での指示・管理等			
④ 代替ケアの可能性			
⑤ 移乗・移動面での問題等			
⑥ 視力・聴力面での問題等			
⑦ 会話能力面での問題等	○		
⑧ 記憶・認知・理解面での問題等			
⑨ 性格・生活習慣面での問題等			
⑩ 精神症状・問題行動面での問題等	○		
⑪ 生活(住)環境面での問題等			
⑫ 介護者・家族面での問題等			
⑬ 掃除・洗濯面での問題等			
⑭ 買物面での問題等			
⑮ 金銭管理面での問題等			
⑯ 移送サービス面での問題等			
⑰ その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

ケアプラン策定評価レポート

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

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

令和2年4月1日相談受付 訪問・電話・来所・その他(

) 初回相談受付者 *玉 あや*

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

■ 相談内容 (主訴/本人・家族の希望・困っていることや不安、思い)

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

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

■ これまでの生活の経過 (主な生活史)

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

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

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

2 家族状況とインフォーマルな支援の状況

■ 家族構成と介護状況

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

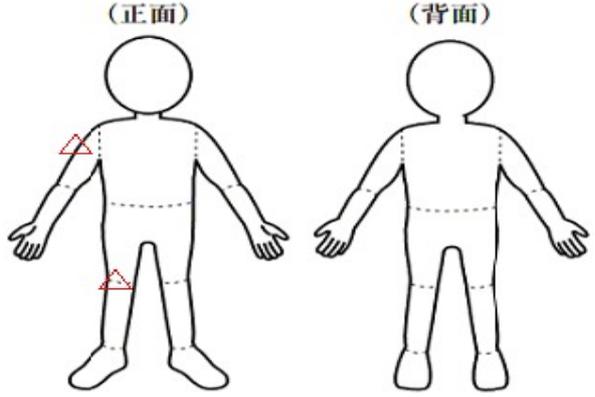
支援提供者	活用している支援内容	受けたい支援/必要と思われる支援	特記事項

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

5 本人の健康状態・受診等の状況

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

6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

6-①基本(身体機能・起居)動作

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

体位変換・起居

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

6-①基本(身体機能・起居)動作(1-10、1-12、1-13は別記)

【特記、解決すべき課題など】

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

リハビリの必要性	
<input checked="" type="checkbox"/>	あり→P9
<input type="checkbox"/>	なし

入浴

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

2)移乗移動介助	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要
3)洗身介助	
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要

【特記、解決すべき課題など】

【特記、解決すべき課題など】

<コミュニケーションの状況・方法(6-①1-12、1-13関係)>

ア.視聴覚

眼鏡使用 コンタ外使用 補聴器使用

イ.電話

あり なし

ウ.言語障害

あり () なし

エ.コミュニケーション支援機器の使用

あり () なし

・6-②生活機能(食事・排泄等)

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

食事

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

【特記、解決すべき課題など】

主食	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()
副食	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 ()
摂取介助	
<input type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助必要

<その他食事の現状(6-②2-4関係)>

ア. 食事場所 食堂 居室ベッド上
 布団上 その他居室内
 その他()

イ. 食堂までの段差 あり なし

ウ. 咀嚼の状況 問題なし 問題あり
 → 噛みにくい 時々噛みにくい
 とても噛みにくい

エ. 食事の内容
 一般食 糖尿食 K_高
 高血圧食 g 抗潰瘍食
 その他()

排泄等

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

排尿介助(2-5)	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 介助あり	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助必要
排便介助(2-6)	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータルトイレ <input type="checkbox"/> 尿収器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> おむつ	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータルトイレ <input type="checkbox"/> 尿収器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> おむつ
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 介助あり	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助必要
<input type="checkbox"/> ホータルトイレ <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> ホータルトイレ <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 人工肛門

<その他排泄の状況(6-②2-5、2-6関係)>

ア. 尿意
 ある ときどきある ない

イ. 便意
 ある ときどきある ない

【特記、解決すべき課題など】

外出

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

【特記、解決すべき課題など】

・6-③認知機能

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

家族等からの情報と観察	
-------------	--

・6-④精神・行動障害

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

援助の現状	(家族)	(サービス)
	見守り	見守り

援助の希望本人	特になし
---------	------

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

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

【特記、解決すべき課題など】	
----------------	--

・6-⑤社会生活(への適応)力

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

→ 6-⑥医療・健康関係へ

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

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

<社会活動の状況(6-⑤5-8、5-9関係)>

ア.家族等近親者との交流
 あり () なし

イ.地域近隣との交流
 あり () なし

ウ.友人知人との交流
 あり () なし

緊急連絡・見守りの方法

【特記、解決すべき課題など】

・6-⑥医療・健康関係

※計画をする際には主治医の意見を求める必要あり

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

介護に関する医師の意見(「主治医意見書」を転記)

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

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

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

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

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

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

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

家族の負担も考慮しながら見守り観察を実施し、通所リハビリへの参加をと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

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

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

<p>備考</p>	
-----------	--

■ 1日のスケジュール

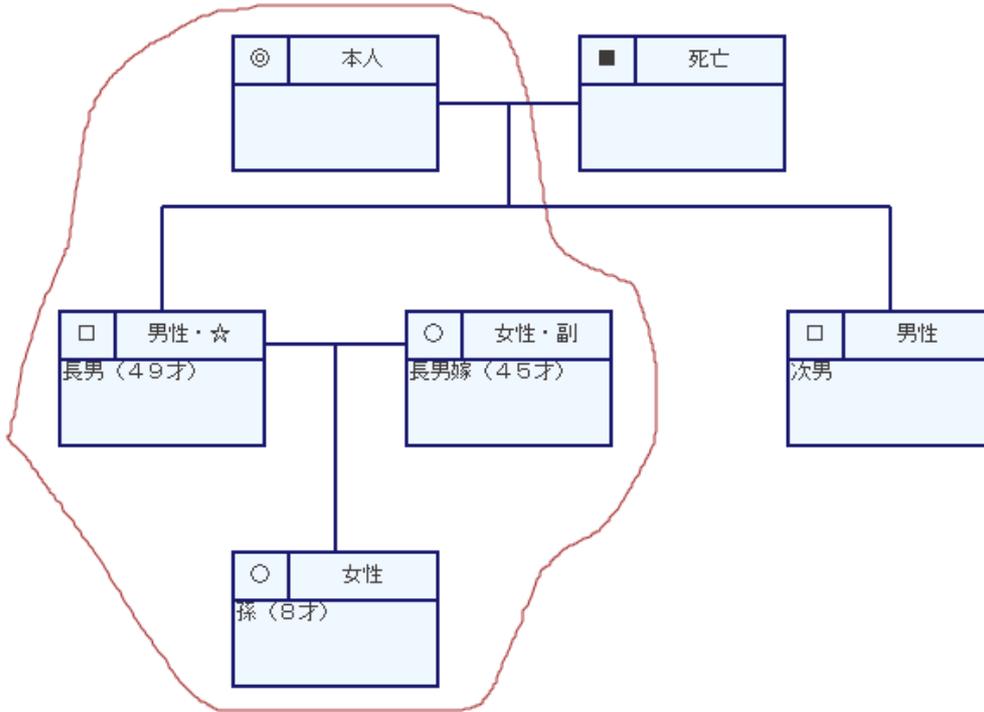
	本人の生活リズム	①本人が自分でしていること ②したいと思っていること(好み)	援助の現状		要援助と判断される場合にレ計画した場合に○(確認)
			家族実施	サービス実施	
(深夜)	4				
	5				
	6				
(早朝)	7	□			
	7	◎			
	8				
(午前)	9	△			
	9				
	10				
	11	○			
	12				
(午後)	13			食事を届ける	
	13		時々食事を自分でも作る		㊟
	14	△			宅食も併用
	15				
	16				
(夜間)	17	☆		一部介助	レ
	18				
	19	△			
	20	■			
	21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

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

家族構成図

フリガナ 本人氏名	*クニヨシ* *国良*	男・(女)	昭和14年7月29日生 (80) 歳
--------------	----------------	-------	----------------------

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



家族の介護の状況・問題点

長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。
 次男さんは独身で東京の会社に勤務されています。
 ご本人は遠方におられると言うこともあり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 (男)・女	長男	(同)・別	会社員	特に問題なし	
*国*二 無 (男)・女	次男	同・(別)	会社員		
男・女		同・別			
男・女		同・別			
男・女		同・別			

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5月1日

説明者	住所	〒899-0121 鹿児島県出水市米ノ津町XXXX番地
	事業所名	看護小規模多機能 ●風
	氏名	*玉 あや* 印

利用者	住所	〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1
	氏名	*国 良* 印
家族又は代理人	住所	〒
	氏名	印

添付書類

令和2年5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4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 鹿児島県出水市米ノ津町XXXX番地 看護小規模多機能 ●風

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・・・看護小規模多機能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たいと思います。
・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たいと思います。
・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
病院通所リハビリ 42-XXXX 看護小規模多機能 ●風 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5月1日

利用者名 *国 良* 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
子供達は仕事が忙しいので、できるだけ迷惑をかけないように体調に気をつけて行きたいです	定期的に受診が出来る、体調が整えられる	H29/4/1 ~ R02/9/30	体調管理を行い、安心して生活を送ることができる	R02/4/1 ~ R02/6/30	体調が優れない時や不安なことなど、家族等に伝える／定期受診／服薬管理				毎日	R02/4/1 ~ R02/6/30
					定期受診・必要時の受診同行付き添い／服薬状況の把握・残薬等の確認／健康状態の観察／急変時・緊急時の対応／痛みなどの確認／食事準備／食事・水分量の確認		家族		定期 毎日	R02/4/1 ~ R02/6/30
					体調確認・バイタルチェック／痛みなどの確認／バランスの取れた食事提供／食事・水分量の確認／内服の確認(必要時)・把握／体重測定／急変時・緊急時の連絡対応／異常の早期発見／家族への状況報告	○	看護小規模多機能	看護小規模多機能 ●風	週2回	R02/4/1 ~ R02/6/30
					健康チェック／急変時・緊急時の連絡対応／痛みなどの確認／家族への状況報告	○	看護小規模多機能	看護小規模多機能 ●風	週2回	R02/4/1 ~ R02/6/30
いろいろな人といっぱいお話がしたいです。通所に行くことが楽しくなってきました。	他者との交流を楽しみ、気分転換ができる	R02/4/1 ~ R02/9/30	家族やいろいろな人との会話の機会が出来る、楽しみが増える	R02/4/1 ~ R02/6/30	話のしやすい環境作り／活動や訓練などを通して、他利用者との交流の場を提供する／レクリエーション・野外活動への参加を促す／相談援助／傾聴	○	看護小規模多機能	看護小規模多機能 ●風	週2回	R02/4/1 ~ R02/6/30
					相談援助・傾聴	○	看護小規模多機能	看護小規模多機能 ●風	週2回	R02/4/1 ~ R02/6/30
					本人・家族より日常の様子を確認する／相談援助／必要に応じてサービスなどの調整・検討の実施	○	看護小規模多機能	看護小規模多機能 ●風	週2回	R02/4/1 ~ R02/6/30
					相談援助・傾聴		家族		毎日	R02/4/1 ~ R02/6/30

※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。

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

利用者名 *田 良*

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					看護小規模 1 4 (泊まり)		
早朝	6:00							起床
	8:00							朝食
午前	10:00	看護小規模 1 4 (通所)		看護小規模 1 4 (通所)				散歩
	12:00							
午後	14:00	1)		1)				昼食
	16:00							看護 (火・木)
夜間	18:00				看護小規模 1 4 (泊まり)			夕食
	20:00							
深夜	22:00							就寝
	24:00							
夜	2:00							

週単位以外 のサービス	床ずれ防止用具貸与

1). 看護小規模 1 4 (看護)

日課計画表

作成年月日 令和2年4月1日

利用者名 * 田 良 * 殿

	共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例	
深夜	4:00					食事介護 朝食 昼食 夕食 入浴介助(曜日) 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位変換	
早朝	6:00				起床		
午前	8:00	* 京 一 *	家族		食事の準備		
	10:00				散歩		
午後	12:00	* 京 一 *	家族		食事の準備		
		* 玉 あや *	バイタル測定	看護師	看護管理		
	14:00		薬服管理				
	16:00				昼寝		
夜間		* 京 一 *	家族		入浴支援		
	18:00	* 京 一 *	家族		食事の準備		
					テレビ鑑賞		
深夜	20:00				就寝		
	22:00						
	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	H26/6/1 ～ H26/12/31	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	H26/9/1 ～ H26/12/31	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	特別養護老人ホーム 南風苑	デイケアに通うのが楽しいらしく、積極的に参加している。そのため、リハビリにも一生懸命取り組んでいる。
					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	訪問介護 みずき	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	H26/6/1 ～ H26/12/31	手伝いを受けながら、自宅の環境が整う	H26/9/1 ～ H26/12/31	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	訪問介護 みずき	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	H26/6/1 ～ H26/12/31	体に無理なく、起き上がりや立位などの動作が出来る	H26/9/1 ～ H26/12/31	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。

モニタリングシート

[*国 良* 様]

作成日 [令和2年4月24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		
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	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	R02/4/24	訪問	歩行の練習を大変よく頑張っている。これからもこの調子で頑張ってもらいたい。	大変満足		
	レクリエーションへの参加／歩行時の見守り・付き添い	R02/4/24	事業所間連絡	リハビリに参加するようになり、以前と比べると足も動かしやすくなったとの事で、自ら動こうとするようになった。さらに体の調子を取り戻して欲しい。	満足		
	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	R02/4/24	訪問	歩行器の扱いにもだいぶ慣れてきた。積極的に歩くようになってきたので、見守りにも十分気をつけたい。	満足		
	移動時の見守り・付き添い介助／必要に応じて車椅子での移動介助	R02/4/24	訪問	歩行するときは目を離さないように気をつける。	満足		
	歩行時は、躓かないよう足の上がりに注意する。方向転換などは特に気をつける。	R02/4/24	訪問	きれいな環境での生活が嬉しいようで、	満足		
手伝いを受けながら、自宅の環境が整う	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	R02/4/24	訪問	歩行器の扱いにもだいぶ慣れてきた。積極的に歩くようになってきたので、見守りにも十分気をつけたい。	満足		
	室内・トイレ・台所・玄関などの掃除／食後の片付けなど	R02/4/24	訪問	歩行器の扱いにもだいぶ慣れてきた。積極的に歩くようになってきたので、見守りにも十分気をつけたい。	満足		

モニタリングのまとめ

次回モニタリング予定年月日 令和2年5月29日

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 * 石 京 * 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 * 玉 あや *

年月日	内 容	年月日	内 容
R02. 04. 01(水)	[介護記録]	16:00	【実施項目】
10:00	【実施項目】	*玉 あや*	[看護・介助]
玉 あや	[医療的処置]		全身清拭, 受診同行, 内服確認, 与薬
	褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交換		[医療的処置]
			褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管
R02. 04. 01(水)	[看護記録]		[リハビリ・その他]
10:00~10:59	【実施項目】		医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
玉 あや	[看護・介助]		
	一般状態の観察, 部分清拭		
	[医療的処置]	R02. 04. 09(木)	[ケース記録]
	褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管, 喀痰吸引	15:00~16:00	体温: 36.4℃ 脈拍: 72(回/分) 呼吸: 24(回/分) 血圧:
	・管理, 浣腸・排便, 点滴介助・管理	*玉 あや*	125 / 95 SpO2: 95%
	[リハビリ・その他]		
	医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, 家族へ連絡		「首、腰、手足の痛み」「手足の部分的な痩せ」などを散見
			。
R02. 04. 01(水)	[介護記録]		
17:17	【実施項目】		
玉 あや	[看護・介助]		
	受診同行, 処方薬代行, 内服確認, 与薬		
	【特記事項】		
	服薬 本中止		
R02. 04. 04(土)	[看護記録]		
10:00~10:59	【実施項目】		
玉 あや	[医療的処置]		
	褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交換		
	【特記事項】		
	褥瘡予防対策の実施		
R02. 04. 04(土)	[看護記録]		
16:00	【実施項目】		
玉 あや	[看護・介助]		
	一般状態の観察, 寝衣交換, 体位交換, 処方薬代行, 与薬		
	[医療的処置]		
	褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管		
	[リハビリ・その他]		
	医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡		
R02. 04. 04(土)	[看護記録]		

居宅支援経過記録

利用者氏名 * 石 京 * 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 * 玉 あや *

年月日	内 容	年月日	内 容
R02. 04. 01(水)	[介護記録]		一般状態の観察, 寝衣交換, 体位交換, 処方薬代行, 与薬
10:00	【実施項目】		[医療的処置]
玉 あや	[医療的処置]		褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管
	褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交換		[リハビリ・その他]
			医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
R02. 04. 01(水)	[看護記録]		
10:00~10:59	【実施項目】		
玉 あや	[看護・介助]	R02. 04. 04(土)	[看護記録]
	一般状態の観察, 部分清拭	16:00	【実施項目】
	[医療的処置]	*玉 あや*	[看護・介助]
	褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管, 喀痰吸引		全身清拭, 受診同行, 内服確認, 与薬
	・管理, 浣腸・摘便, 点滴介助・管理		[医療的処置]
	[リハビリ・その他]		褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管
	医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, 家族へ連絡		[リハビリ・その他]
			医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
R02. 04. 01(水)	[介護記録]		
17:17	【実施項目】		
玉 あや	[看護・介助]	R02. 04. 09(木)	[ケース記録]
	受診同行, 処方薬代行, 内服確認, 与薬	15:00~16:00	体温: 36.4℃ 脈拍: 72(回/分) 呼吸: 24(回/分) 血圧:
		玉 あや	125 / 95 SpO2: 95%
	【特記事項】		
	服薬 本日中止		「首、腰、手足の痛み」「手足の部分的な痩せ」などを散見
R02. 04. 04(土)	[看護記録]		。
10:00~10:59	【実施項目】		
玉 あや	[医療的処置]		
	褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交換		
	【特記事項】		
	褥瘡予防対策の実施		
R02. 04. 04(土)	[看護記録]		
16:00	【実施項目】		
玉 あや	[看護・介助]		

居宅支援経過記録

利用者氏名 *** 石 京 * 殿**

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 *** 玉 あや ***

年月日	内 容	年月日	内 容
R02. 04. 01(水) 10:00 *玉 あや*	[介護記録] 【実施項目】 [医療的処置] 褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交換		一般状態の観察, 寝衣交換, 体位交換, 処方薬代行, 与薬 [医療的処置] 褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管 [リハビリ・その他] 医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
R02. 04. 01(水) 10:00~10:59 *玉 あや*	[看護記録] 【実施項目】 [看護・介助] 一般状態の観察, 部分清拭 [医療的処置] 褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管, 喀痰吸引・管理, 浣腸・摘便, 点滴介助・管理 [リハビリ・その他] 医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, 家族へ連絡	R02. 04. 04(土) 16:00 *玉 あや*	[看護記録] 【実施項目】 [看護・介助] 全身清拭, 受診同行, 内服確認, 与薬 [医療的処置] 褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管 [リハビリ・その他] 医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
R02. 04. 01(水) 17:17 *玉 あや*	[介護記録] 【実施項目】 [看護・介助] 受診同行, 処方薬代行, 内服確認, 与薬 【特記事項】 服薬 本日中止	R02. 04. 09(木) 15:00~16:00 *玉 あや*	[ケース記録] 体温: 36.4℃ 脈拍: 72(回/分) 呼吸: 24(回/分) 血圧: 125 / 95 SpO2: 95% 「首、腰、手足の痛み」「手足の部分的な痩せ」などを散見。
R02. 04. 04(土) 10:00~10:59 *玉 あや*	[看護記録] 【実施項目】 [医療的処置] 褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交換 【特記事項】 褥瘡予防対策の実施		
R02. 04. 04(土) 16:00 *玉 あや*	[看護記録] 【実施項目】 [看護・介助]		

(氏名)

1025

令和2年04月 サービスカレンダー

印刷日：令和2年06月29日

看護小規模多機能 ●風

TEL：099-XXX-XXXX

* 田 良 *

様

担当ケアマネ名：* 島 竜 *

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

※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 利用者宅

開催時間 09:00~11:00

開催回数 3

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
	看護小規模多機能 ●風	*田 修*	看護小規模多機能 ●風	*山 夕*	看護小規模多機能 ●風	*田 明*
	看護小規模多機能 ●風	*田山 京*				
検討した項目	初回、看護小規模多機能利用に伴って（要介護） 本人より 家族より サービス事業所より					
検討内容	<p>1. 体調管理について 血圧について、確認する。自宅でも血圧の測定は毎日行っている。手首で測る機種のため、通常より高めに数値が計測されるとの事。最近では、130前後である。心疾患についても、検査を実施し問題ないとの診断を受けている。 現在は、胸部の痛みなどもなく経過は良好である。今後も継続して、痛みの確認や血圧の計測については行っていく必要がある。血圧に関しては、130前後。少し超えることもあるが、再測にて130以内に降下する。最近では、再測することは少ない。</p> <p>2. 排泄について 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。</p>					
結論	④看護小規模多機能・週2回（火・金曜日）利用。病院受診など用事等で利用できない場合など、曜日変更等必要に応じて調整する。入浴に関しては、本人の希望にて自宅にて実施していく。起居動作・立位座位の安定・寝返りの訓練を実施。手芸など本人の状態を見て、無理のない程度に実施する。					
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	<p>お世話になります。</p> <p>*国良*様ですが、今回サービスプランの検討更新につき、今後のサービス内容について検討しております。</p> <p>現在利用されている通所リハビリについて、歩行訓練・筋力訓練・起居動作訓練など実施しており、出来なかった寝返りも少しずつ出来るようになっております。通所利用にだいぶ慣れた様子で、ほぼ休まず利用されており、本人も楽しみにされているようです。</p> <p>今後、利用を継続していく中で、注意する点やアドバイス等ありましたらご指導頂けないでしょうか。</p> <p>ご多忙とは存じますが、宜しくお願い致します。</p>			
訪問介護 み●●	R02/04/01	<p>お世話になります。</p> <p>*国良*様ですが、今回サービスプランの検討更新につき、今後のサービス内容について検討しております。</p> <p>現在利用されている看護小規模多機能サービスでは自立に向けても前向きになっておられます。</p> <p>今後、利用を継続していく中で、注意する点やアドバイス等ありましたらご指導頂けないでしょうか。</p> <p>ご多忙とは存じますが、宜しくお願い致します。</p>			

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

利用者番号: 1025

令和2年4月分

サービス利用票 (兼サービス計画)

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	看護小規模多機能 ●風 電話番号: 099-XXX-XXXX 徳 ●胆 (1XXXXXX1)	作成年月日	令和 2年4月1日	利用者確認			
被保険者番号	4 6 3 3 3 3 2 1 1 2	フリガナ 被保険者氏名	*カミヨシ* *田 良* 様	保険者確認印		届出年月日	年 月 日				
生年月日	明・大・昭 14年4月12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	30,938 単位/月	限度額適用 期間	令和2年1月 から 令和2年12月 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 ~ 15:00	看護小規模14 (通所)	看護小規模多機能 ●風	予定		1				1	1				1	1					1	1								1	1			9	
			実績		1				1	1				1	1						1	1								1	1			9
	看護小規模特別管理加算I	看護小規模多機能 ●風	予定		1				1	1				1	1					1	1								1	1			9	
			実績		1				1	1				1	1						1	1								1	1			9
	看護小規模サービス提供体制加算I2	看護小規模多機能 ●風	予定		1				1	1				1	1					1	1								1	1			9	
			実績		1				1	1				1	1						1	1								1	1			9
	看護小規模処遇改善加算I	看護小規模多機能 ●風	予定		1				1	1				1	1					1	1								1	1			9	
			実績		1				1	1				1	1						1	1								1	1			9
13:00 ~ 14:00	看護小規模14 (看護)	看護小規模多機能 ●風	予定	1						1						1							1							1		5		
			実績	1							1						1							1							1		5	
			予定																															
			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																															

利用票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： 1025

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	看護小規模多機能 ●風 電話番号： 099-XXX-XXXX 徳● ●胆(1XXXXXX1)	作成年月日	令和 2年4月1日
被保険者番号	4 6 3 3 3 3 2 1 1 2	フリガナ 被保険者氏名	*イ* ヨシ* *田 良* 様	保険者確認印		届出年月日	年 月 日
生年月日	明・大・昭 14年4月12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	30,938 単位/月 限度額適用 期間 令和2年1月 から 令和2年12月 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 ~ 15:00	看護小規模14 (通所)	看護小規模多機能 ●風	予定		1				1	1				1	1					1	1								1	1			9	
			実績		1				1	1				1	1						1	1								1	1			9
	看護小規模特別 管理加算 I	看護小規模多機能 ●風	予定		1				1	1				1	1					1	1								1	1			9	
			実績		1				1	1				1	1						1	1								1	1			9
	看護小規模サービス 提供体制加算 I 2	看護小規模多機能 ●風	予定		1				1	1				1	1					1	1								1	1			9	
			実績		1				1	1				1	1						1	1								1	1			9
	看護小規模処遇 改善加算 I	看護小規模多機能 ●風	予定		1				1	1				1	1					1	1								1	1			9	
			実績		1				1	1				1	1						1	1								1	1			9
13:00 ~ 14:00	看護小規模14 (看護)	看護小規模多機能 ●風	予定	1						1						1						1								1			5	
			実績	1						1						1							1							1			5	
			予定																															
			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																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															

令和02年04月

給付管理票明細一覧

印刷日：令和02年06月29日

利用者番号：	1025	*田 良*			
担当：	*島 竜*	要介護4	サービス単位：	27,665	基準内単位： 27,665
看護小規模多機能 ●風		看護小規模		27,665	27,665
利用者番号：		*垣 一*			
担当：	*島 竜*	要介護3	サービス単位：	24,392	基準内単位： 24,392
看護小規模多機能 ●風		看護小規模		24,392	24,392
利用者番号：	1046	*館 一*			
担当：	*島 竜*	要介護4	サービス単位：	27,665	基準内単位： 27,665
看護小規模多機能 ●風		看護小規模		27,665	27,665
利用者番号：		*田 三*			
担当：	*島 竜*	要介護5	サービス単位：	31,293	基準内単位： 31,293
看護小規模多機能 ●風		看護小規模		31,293	31,293
利用者番号：		*津 花*			
担当：		要介護1	サービス単位：	12,401	基準内単位： 12,401
看護小規模多機能 ●風		看護小規模		12,401	12,401
利用者番号：		*川 守*			
担当：		要介護2	サービス単位：	17,352	基準内単位： 17,352
看護小規模多機能 ●風		看護小規模		17,352	17,352
利用者番号：		*道 花*			
担当：	*島 竜*	要介護2	サービス単位：	17,352	基準内単位： 17,352
看護小規模多機能 ●風		看護小規模		17,352	17,352
利用者番号：		*浜 二*			
担当：		要介護3	サービス単位：	24,392	基準内単位： 24,392
看護小規模多機能 ●風		看護小規模		24,392	24,392

サービス計画書

作成日 [令和2年04月01日] 作成者 [看護小規模多機能 ●風 * 玉 あや*]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他
（夫）これからも一緒に暮らしたい	在宅生活を継続できる	H26/4/1 ~ H26/9/30	介護者の負担が軽減できる	H26/4/1 ~ H26/6/30	・夕食、朝食の提供 ・泊り利用	2回/週		
	在宅生活を継続できる	H26/4/1 ~ H26/9/30	病状の安定の維持	H26/4/1 ~ H26/6/30	看護師による健康管理（血圧、脈、体温測定、服薬）	6回/週		
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	H26/4/1 ~ H26/9/30	安全な移動で転倒を防止できる	H26/4/1 ~ H26/6/30	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		
					屋外や移動距離が長い場合など、安全に移動が出来るように車椅子を貸与します。	毎日		
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	H26/4/1 ~ H26/9/30	適切な介助で、洗身ができる	H26/4/1 ~ H26/6/30	・お風呂場への誘導 ・着脱介助 ・洗身、整容介助	2回/週		

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

[*田 良*

様]

サービス計画書

作成日 [令和2年04月01日]

作成者 [看護小規模多機能 ●風
玉 あや]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他	評価
（夫）これからも一緒に暮らしたい	在宅生活を継続できる	H26/4/1 ~ H26/9/30	介護者の負担が軽減できる	H26/4/1 ~ H26/6/30	・夕食、朝食の提供 ・泊り利用	2回/週			
	在宅生活を継続できる	H26/4/1 ~ H26/9/30	病状の安定の維持	H26/4/1 ~ H26/6/30	看護師による健康管理（血圧、脈、体温測定、服薬）	6回/週			
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	H26/4/1 ~ H26/9/30	安全な移動で転倒を防止できる	H26/4/1 ~ H26/6/30	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			
					屋外や移動距離が長い場合など、安全に移動が出来るように車椅子を貸与します。	毎日			
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	H26/4/1 ~ H26/9/30	適切な介助で、洗身ができる	H26/4/1 ~ H26/6/30	・お風呂場への誘導 ・着脱介助 ・洗身、整容介助	2回/週			

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	H26/4/1 ~ H26/9/30	介護者の負担が軽減できる	H26/4/1 ~ H26/6/30	・夕食、朝食の提供 ・泊り利用	2回/週			
	在宅生活を継続できる	H26/4/1 ~ H26/9/30	病状の安定の維持	H26/4/1 ~ H26/6/30	看護師による健康管理（血圧、脈、体温測定、服薬）	6回/週	バイタル測定、服薬管理		病状は安定している
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	H26/4/1 ~ H26/9/30	安全な移動で転倒を防止できる	H26/4/1 ~ H26/6/30	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			
					屋外や移動距離が長い場合など、安全に移動が出来るように車椅子を貸与します。	毎日			
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	H26/4/1 ~ H26/9/30	適切な介助で、洗身ができる	H26/4/1 ~ H26/6/30	・お風呂場への誘導 ・着脱介助 ・洗身、整容介助	2回/週			

サービス評価表

作成日 [令和02年05月10日]

作成者 [

看護小規模多機能 ●風
阜 梅

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
安楽な呼吸と安定した栄養補給ができるなど健康の維持をする	体調管理をしながら現在の健康を維持していく	R02/4/1 ~ R02/5/10	呼吸管理	R02/4/1 ~ R02/5/10	呼吸状態の観察、酸素管理、痰の吸引、気管切開部の清潔維持及び皮膚状態の観察	毎日	トイレ誘導、排泄失敗時はリハビリパンツ、尿取りなどの交換を行う。清拭など、清潔にする。皮膚状態の確認。本人に更衣の促し、介助する。		以前と比べ、歩行器を使用しながら歩行できる時間が長くなった。
			胃ろう管理	R02/4/1 ~ R02/5/10	消毒、ガーゼ交換、体調にあわせて水分量の管理	毎日			
			体調変化の早期発見	R02/4/1 ~ R02/5/10	全身の観察 バイタルチェック	毎日			
			臥床による合併症の予防	R02/4/1 ~ R02/5/10	体位交換 排便チェックと必要時の排便コントロール 尿道留置カテーテルの管理	毎日			

個別援助計画書

作成日： 令和2年4月1日

利用者氏名： *石 京*

個別援助計画

作成年月日	令和2年4月1日	前回作成日	平成31年1月1日		
要介護認定日	令和1年9月1日	要支援状態区分	要介護4		
主たる介護者	●石 ●郎	続柄	長男	同意年月日	令和2年3月30日
電話番号	099-XXX-XXXX	連絡先			

居宅介護支援事業所情報

事業所番号	4699999888	事業所名	看護小規模多機能 ●風
所在地	鹿児島県出水市境町XXXX番地	電話番号	099-XXX-XXXX
担当者	徳● ●胆		

【援助目標/期間】

援助目標	期間	見直日	備考
服薬と運動療法を同時に実施していく事が重要	R2/4/1 ~ R2/4/30	令和2年4月30日	

本人及び家族の意向・希望

健康に気を付けて、これからも元気に生活を続けてもらいたい。

本人及び家族へのお願い

本人及び家族に服薬の重要性について理解してもらうようにする

援助内容

訪問プラン

No	月	火	水	木	金	土	日	提供時間帯
1		○			○			11:00~11:59

No	提供曜日	提供時間	提供種類	担当者①	* 玉 あや *	担当者②	
1	火,金	11:00~11:59	介護	担当者③		担当者④	
ケア項目				ケア内容			所要時間
看護・介助				呼吸状態の観察、酸素管理、痰の吸引、服薬状態の確認			59分
留意事項							
定期的に受診し、医師へ体調の変化を相談出来る							

評価

目標達成度

評価日

服薬の管理については、本人で出来る様になった。

満足度内容

評価日 令和2年4月30日

以前と比べ、正しく服薬が出来ている。

見直し内容

評価日 令和2年4月30日

呼吸状態の観察、酸素管理、痰の吸引について

説明日： 令和2年4月30日

説明者： *玉 あや*

職種： 看護師

個別援助計画書

作成日： 令和2年4月1日

利用者氏名： * 田 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1日		
要介護認定日	令和2年3月31日	要支援状態区分	要介護 4		
主たる介護者	* 田 一 *	続柄	長男	同意年月日	令和2年3月31日
電話番号	090-xxxx-xxxx	連絡先			

居宅介護支援事業所情報

事業所番号	4699999888	事業所名	看護小規模多機能 ●風
所在地	鹿児島県出水市境町 X X X X 番地	電話番号	099-XXX-XXXX
担当者	徳● ●胆		

【援助目標/期間】

援助目標	期間	見直日	備考
服薬と運動療法を同時に実施していく事が重要	R2/4/1 ~ R2/4/30	令和2年4月30日	

本人及び家族の意向・希望

健康に気を付けて、これからも元気に生活を続けてもらいたい。

本人及び家族へのお願い

本人及び家族に服薬の重要性について理解してもらうようにする

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		○		○				09:00~15:00

No	提供曜日	提供時間
1	火, 木	09:00~15:00
	送迎	送迎時留意事項
	送迎あり	
	必要に応じて提供されるサービス	
	看護小規模多機能 通所	
	【個別援助内容】	
	呼吸状態の観察、食事介助、痰の吸引、服薬状態の確認	

評価

目標達成度

評価日

服薬の管理については、本人で出来る様になった。

満足度内容

評価日

以前と比べ、正しく服薬が出来ている。

見直し内容

評価日

呼吸状態の観察、酸素管理、痰の吸引について

(ご利用者氏名)

1025

令和2年04月 サービス予定カレンダー

印刷日: 令和2年07月03日

田 良

様

看護小規模多機能 ●風

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

※は印刷できない他の予定があります

(スタッフ氏名)

令和2年04月 サービス予定カレンダー

印刷日：令和2年07月03日

島 竜 様

看護小規模多機能 ●風

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

※は印刷できない他の予定があります

訪問看護計画書

ふりがな 利用者氏名	*かし きょう* *石 京*	生年月日	昭和14年6月16日 生 (80 歳)
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 ④ 5)		
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24		
看護・リハビリテーションの目標 異常を早期に発見し、在宅生活を継続することが出来る。 安全にインスリン注射ができ、血糖コントロールが出来る。 家族の精神的負担を軽減できる。			
年 月 日	問 題 点 ・ 解 決 策		評 価
H29/6/1	# 1 疾患による呼吸機能低下に関連した急性増悪の恐れ ・バイタルサイン、呼吸状態 (HOT:2~3L)、呼吸苦の有無・程度、内服状況、排泄状況、酸素の使用・管理状況、睡眠状況、咳嗽・喀痰の有無・程度・性状、食事・水分摂取状況、皮膚の状況 ・残薬の確認し内服状況の把握に努めるとともに、軟膏吸入薬の使用状況の確認 ・呼吸リハビリの実施 (口すぼめ呼吸法の練習) ・急変時の対応方法を利用者本人と確認する。必要に応じて、医師へ連絡し、指示を仰ぐ。 # 2 加齢に伴う筋力低下、在宅酸素使用に関連した転倒・転落の恐れ ・ADLの状況、転倒・転落の有無、保清状況、つまづきそうな物がある場合には、移動・除去する。 ・自己リハビリは上半身の筋肉拘縮予防のためのストレッチや座位での足踏みや立ち上がり訓練などとする。 # 3 独居により不安がある ・不安や疑問があれば、相談・助言行う。 ・必要に応じて、関係職種と連携を図る。		退院後も痰がらみはあるが呼吸は落ち着いてきている。ヘルパーさんの利用回数の増加にて対応。 今後も転倒予防は必要。呼吸状態に応じて無理はしないように実施できるようにする。 独居での不安あり。計画継続。
衛生材料等が必要な処置の有無 有 (無)			
処置の内容		衛生材料 (種類・サイズ) 等	必要量
訪問予定の職種 (※当該月に理学療法士等による訪問が予定されている場合に記載)			
備 考			

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

令和2年4月1日

鹿児島市東開町XXXX番地

●●病院
●村 四●

事業所名
管理者氏名
殿

看護小規模多機能 ●風
阜 梅

印

訪問看護計画書

利用者氏名	*石 京*	生年月日	昭和14年6月16日 生 (80 歳)
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 ④ 5)		
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地2 4		
看護・リハビリテーションの目標 異常を早期に発見し、在宅生活を継続することが出来る。 安全にインスリン注射ができ、血糖コントロールが出来る。 家族の精神的負担を軽減できる。			
年 月 日	問 題 点 ・ 解 決 策	評 価	
H29/6/1	# 1 疾患による呼吸機能低下に関連した急性増悪の恐れ ・バイタルサイン、呼吸状態 (HOT:2~3L)、呼吸苦の有無・程度、内服状況、排泄状況、酸素の使用・管理状況、睡眠状況、咳嗽・喀痰の有無・程度・性状、食事・水分摂取状況、皮膚の状況 ・残薬の確認し内服状況の把握に努めるとともに、軟膏吸入薬の使用状況の確認 ・呼吸リハビリの実施 (口すぼめ呼吸法の練習) ・急変時の対応方法を利用者本人と確認する。必要に応じて、医師へ連絡し、指示を仰ぐ。 # 2 加齢に伴う筋力低下、在宅酸素使用に関連した転倒・転落の恐れ ・ADLの状況、転倒・転落の有無、保清状況、つまづきそうな物がある場合には、移動・除去する。 ・自己リハビリは上半身の筋肉拘縮予防のためのストレッチや座位での足踏みや立ち上がり訓練などとする。 # 3 独居により不安がある ・不安や疑問があれば、相談・助言を行う。 ・必要に応じて、関係職種と連携を図る。	退院後も痰がらみはあるが呼吸は落ち着いてきている。ヘルパーさんの利用回数の増加にて対応。 今後も転倒予防は必要。呼吸状態に応じて無理はしないように実施できるようにする。 独居での不安あり。計画継続。	
衛生材料等が必要な処置の有無			有 ・ ④
処置の内容	衛生材料 (種類・サイズ) 等	必要量	
備考(特別な管理を要する内容、その他留意すべき事項等)			
作成者①	氏名： *玉 あや*	職 種： 看護師	
作成者②	氏名： *玉 あや*	職 種： 看護師	

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

令和2年4月1日

鹿児島市東開町X X X X番地

●●病院

●村 四●

事業所名

管理者氏名

殿

看護小規模多機能 ●風

阜 梅

印

精神科訪問看護計画書

ふりがな 利用者氏名	*かし きょう* *石 京*	生年月日	昭和14年6月16日 生 (80 歳)
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 ④ 5)		
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地2 4		

看護の目標

異常を早期に発見し、在宅生活を継続することが出来る。
安全にインスリン注射ができ、血糖コントロールが出来る。
家族の精神的負担を軽減できる。

年 月 日	問 題 点 ・ 解 決 策	評 価
H29/6/1	<p># 1 疾患による呼吸機能低下に関連した急性増悪の恐れ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・バイタルサイン、呼吸状態 (HOT:2~3L)、呼吸苦の有無・程度、内服状況、排泄状況、酸素の使用・管理状況、睡眠状況、咳嗽・喀痰の有無・程度・性状、食事・水分摂取状況、皮膚の状況 ・残薬の確認し内服状況の把握に努めるとともに、軟膏吸入薬の使用状況の確認 ・呼吸リハビリの実施 (口すぼめ呼吸法の練習) ・急変時の対応方法を利用者本人と確認する。必要に応じて、医師へ連絡し、指示を仰ぐ。 <p># 2 加齢に伴う筋力低下、在宅酸素使用に関連した転倒・転落の恐れ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ADLの状況、転倒・転落の有無、保清状況、つまづきそうな物がある場合には、移動・除去する。 ・自己リハビリは上半身の筋肉拘縮予防のためのストレッチや座位での足踏みや立ち上がり訓練などとする。 <p># 3 独居により不安がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不安や疑問があれば、相談・助言行う。 ・必要に応じて、関係職種と連携を図る。 	<p>退院後も痰がらみはあるが呼吸は落ち着いてきている。ヘルパーさんの利用回数の増加にて対応。</p> <p>今後も転倒予防は必要。呼吸状態に応じて無理はしないように実施できるようにする。</p> <p>独居での不安あり。計画継続。</p>

衛生材料等が必要な処置の有無	有 (無)	
処置の内容	衛生材料 (種類・サイズ) 等	必要量

訪問予定の職種 (※当該月に作業療法士による訪問が予定されている場合に記載)

備 考

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護を実施いたします。

令和2年4月1日

鹿児島市東開町X X X X番地

事業所名

看護小規模多機能 ●風

●●病院

管理者氏名

阜 梅

印

●村 四●

殿

訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (令和2年4月1日 ~ 令和2年6月30日)

点滴注射指示期間 (~)

患者氏名	*石 京*	生年月日	昭和14年6月16日 (80 歳)		
患者住所	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24				
	電話番号				
主たる傷病名	(1) 萎縮膀胱		(2) (3)		
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態	無菌操作でカテーテルを挿入し、経過2週間後細菌尿発症			
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 抗コリン剤やNSAID、オピオイドの投与 2. 3. 4. 5. 6.			
	日常生活自立度	寝たきり度	J1 J2 Ⓐ1 A2 B1 B2 C1 C2		
	認知症の状況	Ⓘ	IIa IIb IIIa IIIb IV M		
要介護認定の状況	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 Ⓓ 5)		
褥瘡の深さ	DESIGN分類 ⒹB D4 D5 NPUAP分類 III度 IV度				
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻:サイズ 日に1回交換) Ⓒ 留置カテーテル (部位: サイズ 日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式:設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他()				
留意事項及び指示事項 腎盂腎炎の他、急性前立腺炎、急性精巣上体炎の合併					
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)					
緊急時の連絡先 看護小規模多機能 ●風 099-XXX-XXXX 不在時は、主治医 (泌尿器科医不在時の対応) への確認					
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。) ショックに注意しながらキシロカインゼリー10ccを尿道から注入する。それでも挿入困難な場合はチーマンカテーテルを使う。挿入困難時に無理をして挿入を試みると合併症を引き起こすことがあるので、応急処置として恥骨上から穿刺排尿を行った上で、泌尿器科専門医にコンサルテーションする。					
他の訪問看護ステーションへの指示 (無) 有: 指定訪問看護ステーション名) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無) 有: 訪問介護事業所名)					

上記のとおり、指示いたします。

令和2年4月1日

医療機関名 南●●クリニック
住所 鹿児島市東開町XXXX番地
電話 099-XXX-XXXX
(F A X) 099-XXX-XXXX
医師氏名 ●村 陽●

印

事業所
看護小規模多機能 ●風

殿

精神科訪問看護指示書

指示期間 (令和2年4月1日 ~ 令和2年6月30日)

患者氏名	*石 京*	生年月日	昭和14年6月16日 (80 歳)
患者住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4 電話番号	施設名	看護小規模多機能 ●風
主たる傷病名	(1) 萎縮膀胱 (2) (3)		
現在の状況 (該項目に〇等)	病状・治療状況	無菌操作でカテーテルを挿入し、経過2週間後細菌尿発症	
	投与中の薬剤の用量・用法	抗コリン剤やNSAID、オピオイドの投与	
	病名告知	あり ・ なし	
	治療の受け入れ	●●病院	
	複数回訪問の必要性	あり ・ なし 理由 :	
	短時間訪問の必要性	あり ・ なし	
日常生活自立度	認知症の状況 (I IIa IIb IIIa IIIb Ⅳ M)		
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項 ショックに注意しながらキシロカインゼリー10ccを尿道から注入する。それでも挿入困難な場合はチーマンカテーテルを使う。挿入困難時に無理をして挿入を試みると合併症を引き起こすことがあるので、応急処置として恥骨上から穿刺排尿を行った上で、泌尿器科専門医にコンサルテーションする。			
緊急時の連絡先 不在時の対応法	訪問看護ステーション 器科医) への確認	●●空 099-XXX-XXXX	不在時は、主治医 (泌尿
主治医との情報交換の手段 形態電話			
特記すべき留意事項 腎盂腎炎の他、急性前立腺炎、急性精巣上体炎の合併			

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和2年4月1日

医療機関名 ●●病院
住 所 鹿児島市東開町 X X X X 番地
電 話 099-XXX-XXXX
(F A X) 099-XXX-XXXX
医 師 氏 名 ●村 四●

印

指定訪問看護ステーション
看護小規模多機能 ●風

殿

特別訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (令和2年4月1日 ~ 令和2年4月14日)

点滴注射指示期間 (令和2年4月1日 ~ 令和2年4月14日)

患者氏名	*石 京*	生年月日	昭和14年6月16日 (80 歳)
病状・主訴： 気管切開で喉にカニューレを入れてますが。カニューレの外側に痰がたまりそれがカリカリになって服の内側に入りお腹の中におちます。たまに痰のかたまりを取りのぞいています 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由： 主治医より特別訪問看護指示書にて14日間の点滴			
留意事項及び指示事項 (注:点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。) 回復状況の確認			
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等) 中心静脈栄養の指示			
緊急時の連絡先等 形態電話			

上記のとおり、指示いたします。

令和2年4月1日

医療機関名 南●●クリニック
電 話 099-XXX-XXXX
(F A X .) 099-XXX-XXXX
医 師 氏 名 ●村 陽●

印

事業所

看護小規模多機能 ●風

殿

精神科特別訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (令和2年4月1日 ~ 令和2年4月14日)

点滴注射指示期間 (令和2年4月1日 ~ 令和2年4月14日)

患者氏名	*石 京*	生年月日	昭和14年6月16日 (80 歳)
<p>病状・主訴： 気管切開で喉にカニューレを入れてますが。カニューレの外側に痰がたまりそれがカリカリになって服の内側に入りお腹の中におちます。たまに痰のかたまりを取りのぞいています</p> <p>一時的に訪問看護が頻回に必要な理由： 主治医より特別訪問看護指示書にて14日間の点滴</p>			
<p>留意事項及び指示事項 (注:点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)</p> <p>(該当する項目に○をつけてください)</p> <p>複数名訪問の必要性 あり・<input checked="" type="radio"/></p> <p>理由:</p> <p>短時間訪問の必要性 あり・<input checked="" type="radio"/></p> <p>理由: ()</p> <p>特に観察を要する項目(該当する項目に○をつけてください)</p> <p>1. 服薬確認</p> <p><input checked="" type="radio"/> ② 水分及び食物摂取の状況</p> <p>3. 精神症状(観察が必要な事項:)</p> <p><input checked="" type="radio"/> ④ 身体症状(観察が必要な事項: 栄養状況)</p> <p>5. その他()</p>			
<p>点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)</p> <p>中心静脈栄養の指示</p>			
<p>緊急時の連絡先等</p> <p>形態電話</p>			

上記のとおり、指示いたします。

令和2年4月1日

医療機関名 南●●クリニック

電 話 099-XXX-XXXX

(F A X .) 099-XXX-XXXX

医 師 氏 名 ●村 陽●

印

事業所

看護小規模多機能 ●風

殿

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 右上肢麻痺		② 筋力低下		③	
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因 ※3		改善/維持の可能性 ※4	
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善 維持 悪化
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善 維持 悪化
食事	食事内容	支障なし		支障あり			改善 維持 悪化
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	利き腕麻痺	改善 維持 悪化
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助	利き腕麻痺	改善 維持 悪化
排泄	排尿・排便	支障なし		支障あり			改善 維持 悪化
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化
口腔	口腔衛生	支障なし		支障あり			改善 維持 悪化
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善 維持 悪化
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善 維持 悪化
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善 維持 悪化
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善 維持 悪化
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善 維持 悪化
整理・物品の管理		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善 維持 悪化
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善 維持 悪化
買物		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善 維持 悪化
コミュニケーション能力		支障なし		支障あり			改善 維持 悪化
認知		支障なし		支障あり			改善 維持 悪化
社会との関わり		支障なし		支障あり			改善 維持 悪化
褥瘡・皮膚の問題		支障なし		支障あり			改善 維持 悪化
行動・心理症状(BPSD)		支障なし		支障あり			改善 維持 悪化
介護力(家族関係含む)		支障なし		支障あり			改善 維持 悪化
居住環境		支障なし		支障あり			改善 維持 悪化
							改善 維持 悪化

利用者及び家族の
生活に対する意向

本人：今の生活を維持して穏やかに過ごせ
たら良い。

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
本人もリハビリなど楽しみに されていることもあり現 状の生活は維持できると思 われるが、筋力の低下には 気を配る必要がある。	筋力の維持	
	社会活動への参加	

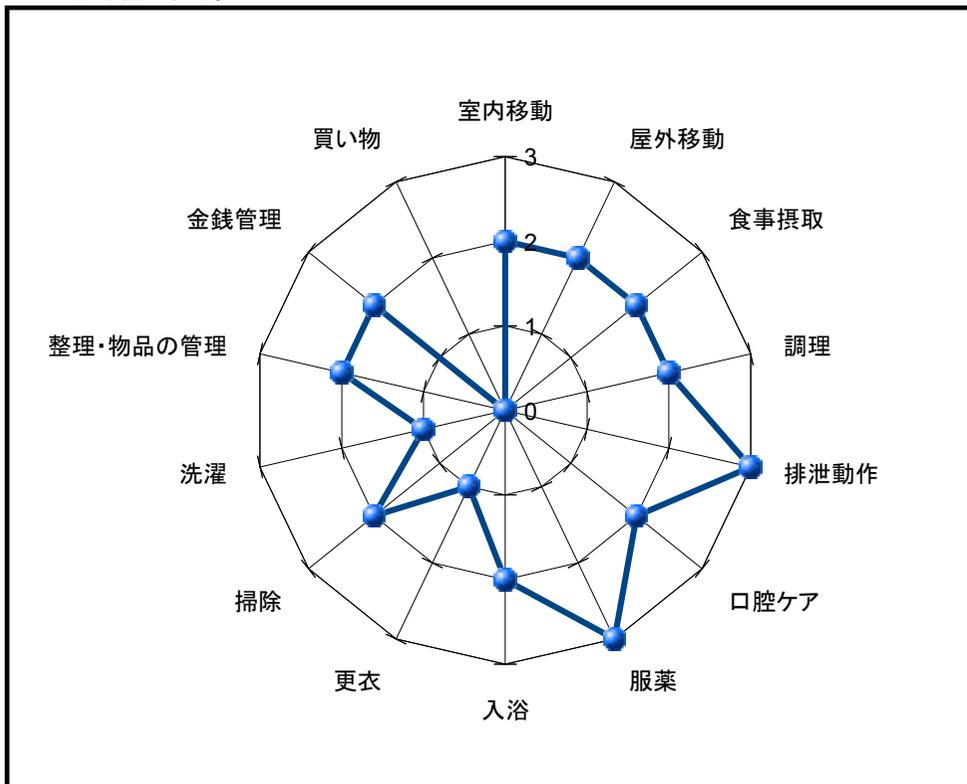
※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

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

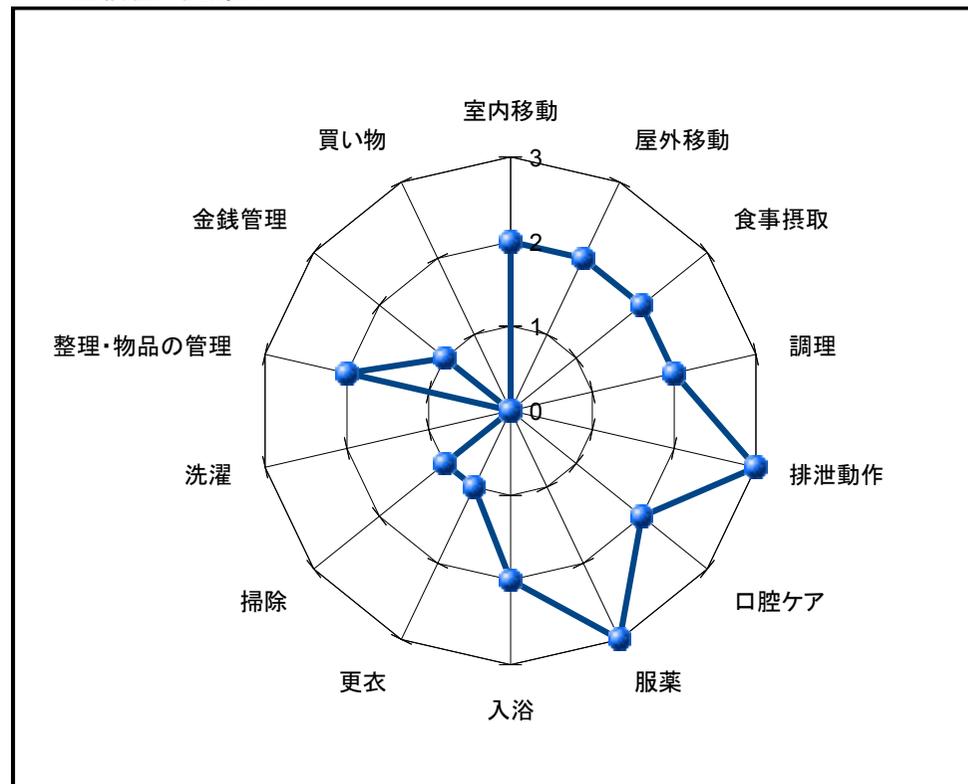
ADLチャート

氏名: *国良* 年齢: 80歳 性別: (男・**女**)

■今回 記録日:R02/4/30



■前回 記録日:R02/1/30



<合計> 26

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

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

<合計> 23

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

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

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7月3日
事業所： 看護小規模多機能 ●風

No.	利用者番号	利用者氏名	保険情報						利用票提供票				
			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	1025	*田 良*	要介護4	4633332112	462010	R02/01/01~R02/12/31	R02/01/01	認定済		承認	27,665	3,273	*島 竜*
2		*垣 一*	要介護3	4632382992	462010	H30/04/01~R50/12/31	H26/04/01	認定済		承認	24,392	2,539	*島 竜*
3	1046	*館 一*	要介護4	4648493030	462010	H30/04/01~R50/12/31	H26/04/01	認定済		承認	27,665	3,141	*島 竜*
4		*田 三*	要介護5	4628290133	462010	R01/10/01~R50/12/31	H26/05/01	認定済		承認	31,293	4,924	*島 竜*
5		*津 花*	要介護1	0004245452	462010	R02/04/01~R50/12/31	R02/04/01	認定済		承認	12,401	4,364	*島 竜*
6		*川 守*	要介護2	1234567899	462010	R01/10/01~R50/12/31	R01/10/01	認定済		承認	17,352	2,353	*島 竜*
7		*道 花*	要介護2	4632392202	462010	R01/10/01~R50/12/31	H25/08/01	認定済		承認	17,352	2,353	*島 竜*
8		*浜 二*	要介護3	0004548788	462010	R02/04/01~R50/12/31	R02/04/01	認定済		承認	24,392	2,656	*島 竜*

ケアプラン作成状況

担当者：*玉 あや*

印刷日：令和2年4月30日

No	利用者番号	利用者名	介護状態	認定期限	アセスメント	適用開始日	1表	2表	3表	プラン 同意日	4表	モニタリング	モニタリング	モニタリング
1	1234	*石 京*	要介護4	R02.08.31	R02.01.29 Ra	R02.03.31					H29.09.26	R01.08.31	R01.05.30	H31.03.12
2		*川 花*	要介護1	R02.07.31		H30.04.01	○	○	○					
3		*子 三*	要介護5	R02.04.30		H26.04.01					H25.05.18			
4		*下 大*	要介護3	R02.09.30		H31.03.01	○	○	○					
5	1000	*国 良*	要介護2	R02.12.31	R02.04.27 Ca	R02.04.27	○	○	○		R02.04.30	R02.04.30	R02.04.24	H26.08.26
6		*戸 京*	要介護3	R02.12.31		H26.04.01	○	○	○					

褥瘡対策に関する看護計画書

氏名 *石 京* 殿 男 (女)

計画作成日 令和2年4月1日

生年月日 昭和14年6月16日 生

(80 歳)

記入看護師名 *玉 あや*

褥瘡の有無 1. 現在 なし (あり) (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ()) 褥瘡発生日 令和2年4月1日
 2. 過去 (なし) あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ())

<日常生活自立度の低い利用者>

日常生活自立度	J (1, 2)	A (1, 2)	B (1, 2)	C (1, 2)	対処
・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)			できる	できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
・病的骨突出			できる	できない	
・関節拘縮			なし	あり	
・栄養状態低下			なし	あり	
・皮膚湿潤 (多汗、尿失禁、便失禁)			なし	あり	
・皮膚の脆弱性 (浮腫)			なし	あり	
・皮膚の脆弱性 (スキナーテアの保有、既往)			なし	あり	

<褥瘡に関する危険因子のある利用者及びすでに褥瘡を有する利用者>

※両括弧内は点数

深さ	(0) 皮膚損傷・(1) 持続する発赤 発赤なし	(2) 真皮までの損傷	(3) 皮下組織までの損傷	(4) 皮下組織をこえる損傷	(5) 関節腔、体腔に至る損傷	(U) 深さ判定が不能の場合	合計点 56
滲出液	(0) なし	(1) 少量：毎日の交換を要しない	(3) 中等量：1日1回の交換	(6) 多量：1日2回以上の交換			
大きさ (cm ²) 長径×長径に直交する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	(0) 皮膚損傷なし	(3) 4未満	(6) 4以上16未満	(8) 16以上36未満	(9) 36以上64未満	(12) 64以上100未満 (15) 100以上	
炎症・感染	(0) 局所の炎症徴候なし	(1) 局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(3) 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭)	(9) 全身的影響あり (発熱など)			
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0) 創閉鎖又は創が浅い為評価不可能	(1) 創面の90%以上を占める	(3) 創面の50%以上90%未満を占める	(4) 創面の10%以上50%未満を占める	(5) 創面の10%未満を占める	(6) 全く形成されていない	
壊死組織	(0) なし	(3) 柔らかい壊死組織あり	(6) 硬く厚い密着した壊死組織あり				
ポケット (cm ²) 潰瘍面も含めたポケット全周 (ポケットの長径×長径に直交する最大径) - 潰瘍面積	(0) なし	(6) 4未満	(9) 4以上16未満	(12) 16以上36未満	(24) 36以上		

※該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。なお、深さの点数は加えないこと

留意する項目	計画の内容
圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上 定期的な体位変換を実施。 エアマットの導入を実施し、圧迫部位を分散。
	イス上 ドーナツクッションを敷き、圧迫部位を分散。
スキンケア	定期的な保湿ケアを実施。
栄養状態改善	低栄養 配食サービス、訪問介護サービスを利用し、栄養改善を図る。 定期的に居宅療養管理指導を利用し、管理栄養士による状態観察を行う。
リハビリテーション	

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

氏名 *田 良*

評価日 令和3年4月1日
殿 男 (女)

計画書作成日 令和3年4月1日

昭和14年4月12日 生 (81 歳)

記入担当者名 *玉 あや*

褥瘡の有無

1. 現在 なし (あり) (仙骨部) 坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 () 褥瘡発生日 令和2年6月4日
2. 過去 なし (あり) (仙骨部) 坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ()

危険因子の評価	障害高齢者の日常生活自立度		J (1、2) A (①、2) B (1、2) C (1、2)		対処 「自分で行っていない」、 「あり」に1つ以上該当する 場合、褥瘡ケア計画を立案し実施する	
	ADLの状況	入浴		自分でやっている		自分で行っていない
		食事摂取		自分でやっている		自分で行っていない 対象外 (*1)
		更衣	上衣	自分でやっている		自分で行っていない
	下衣		自分でやっている	自分で行っていない		
	基本動作	寝返り		自分でやっている		自分で行っていない
		座位の保持		自分でやっている		自分で行っていない
		座位での乗り移り		自分でやっている		自分で行っていない
		立位の保持		自分でやっている		自分で行っていない
	排せつの状況	尿失禁	なし	(あり)		対象外 (*2)
便失禁		(なし)	あり	対象外 (*3)		
パルーンカテーテルの使用		(なし)	あり			
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか		なし	(あり)			

※1: 経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2: パルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3: 人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ	d0: 皮膚損傷・発赤なし d1: 持続する発赤 d2: 真皮までの損傷	D3: 皮下組織までの損傷 D4: 皮下組織を越える損傷 D5: 関節腔、体腔に至る損傷 DDTI: 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い DU: 壊死組織で覆われた深さの判定が不能
	浸出液	e0: なし e1: 少量: 毎日のドレッシング交換を要しない e3: 中等量: 1日1回のドレッシング交換を要する	E6: 多量: 1日2回以上のドレッシング交換を要する
	大きさ	s0: 皮膚損傷なし s3: 4未満 s6: 4以上16未満 s8: 16以上36未満 s9: 36以上64未満 s12: 64以上100未満	S15: 100以上
	炎症/感染	i0: 局所の炎症徴候なし i1: 局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・膨脹・熱感・疼痛)	I3C: 臨床的定着疑い (創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) I3: 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など) I9: 全身的影響あり (発熱など)
	肉芽組織	g0: 創が治療した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 g1: 良性肉芽が創面の90%以上を占める g3: 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	G4: 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める G5: 良性肉芽が創面の10%未満を占める G6: 良性肉芽が全く形成されていない
	壊死組織	n0: 壊死組織なし	N3: 柔らかい壊死組織あり N6: 硬く厚い密着した壊死組織あり
	ポケット	p0: ポケットなし	P6: 4未満 P9: 4以上16未満 P12: 16以上36未満 P24: 36以上

※褥瘡の状態については「改定DESIGN-R (R) 2020コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人 日本褥瘡学会)を参照。

	留意する項目	計画の内容	
褥瘡ケア計画	関連職種が共同して取り組むべき事項	褥瘡の状態の評価	
	評価を行う間隔	3ヶ月毎	
	圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散 寝具、頭部拳上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	定期的な体位変換を実施。 エアマットの導入を実施し、圧迫部位を分散。
		イス上	ドーナツクッションを敷き、圧迫部位を分散。
	スキンケア	定期的な保湿ケアを実施。	
	栄養状態改善	低栄養 配食サービス、訪問介護サービスを利用し、栄養改善を図る。 定期的に居宅療養管理指導を利用し、管理栄養士による状態観察を行う。	
	リハビリテーション その他		

説明日 令和3年4月2日
説明者氏名 *崎 六*

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

評価日 令和3年4月1日

計画作成日 令和3年4月1日

氏名 *田 良* 殿 男 女
昭和14年4月12日 生 (81 歳)

記入者名 *玉 あや*
医師名 *村 陽*
看護師名 *玉 あや*

排せつの状態及び今後の見込み

	施設入所時 (利用開始時)	評価時	3か月後の見込み	
			支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない <input checked="" type="radio"/> 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない <input checked="" type="radio"/> 見守り等 一部介助 全介助	<input checked="" type="radio"/> 介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない <input checked="" type="radio"/> 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない <input checked="" type="radio"/> 見守り等 一部介助 全介助			
おむつ 使用の有無	なし あり <input checked="" type="radio"/> 日中のみ 夜間のみ・終日	なし あり <input checked="" type="radio"/> 日中のみ 夜間のみ・終日	<input checked="" type="radio"/> なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり <input checked="" type="radio"/> 日中のみ 夜間のみ・終日
ポータブル トイレ 使用の有無	なし あり (日中のみ・ <input checked="" type="radio"/> 夜間のみ・終日)	なし あり <input checked="" type="radio"/> 日中のみ 夜間のみ・終日	なし あり <input checked="" type="radio"/> 日中のみ 夜間のみ・終日	なし あり (日中のみ・ <input checked="" type="radio"/> 夜間のみ・終日)

※排尿・排便の状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 30年 4月改訂）」を参照。

排せつの状態に関する支援の必要性

あり なし

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

排せつに介護を要する要因

病状の変化による失敗の可能性、自覚症状なしも想定される。

支援計画

- ①排尿間隔や排尿回数を確認、どういう時に失禁しているか調べる
- ②トイレまでの距離を近くする③トイレへの誘導を早めに試みる④尿器の使用、安楽尿器の設置を検討する
- ⑤昼間はおむつを外し、夜間だけおむつを着けるなど、おむつをしている時間を徐々に短縮させる

説明日 令和3年4月1日
説明者氏名 *玉 あや*

業務帳票

■ 掲示板

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

〒 891-0115

* 田 良 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 田 * 子 様

発行日 令和2年5月11日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

看護小規模多機能 ●風

管理者：* 松 吉 *

TEL：099-XXX-XXXX

請求書

請求書番号 20

居宅介護支援事業所

看護小規模多機能 ●風

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
31,589	31,589					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 31,589	②	③ 10,300	④		
	医療保険分	医療負担分				
	52,800	⑤ 15,840				

請求金額	57,729 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	47,429 円	
	前月までの未収額	0 円
	合計請求額	57,729 円

保 險 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
看護小規模 1 4	27,665	1	昼食代	300	17		5,100
看護小規模特別管理加算 I	500	1	朝食代	200	8		1,600
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1	夕食代	300	12		3,600
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1					
基本療養費 I (理学) 週 3 日まで	5,550	3					
基本療養費 I ハ	12,850	1					
長時間訪問看護加算	5,200	4					
特別管理加算	2,500	1					

※備考

〒 891-0115

* 田 良 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 田 * 子 様

発行日 令和2年5月11日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

看護小規模多機能 ●風

管理者：* 松 吉 *

TEL：099-XXX-XXXX

領収書

請求書番号 20

居宅介護支援事業所

看護小規模多機能 ●風

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
31,589	31,589					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 31,589	②	③ 10,300	④		
	医療保険分	医療負担分				
	52,800	⑤ 15,840				

領収金額	57,729 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	47,429 円	
前月までの未収額	0 円	
合計請求額	57,729 円	

保 険 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
看護小規模 1 4	27,665	1	昼食代	300	17		5,100
看護小規模特別管理加算 I	500	1	朝食代	200	8		1,600
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1	夕食代	300	12		3,600
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1					
基本療養費 I (理学) 週 3 日まで	5,550	3					
基本療養費 I ハ	12,850	1					
長時間訪問看護加算	5,200	4					
特別管理加算	2,500	1					

※備考

〒 891-0115

* 田 良 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 田 * 子 様

入金日 令和2年5月11日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

看護小規模多機能 ●風

管理者：* 松 吉 *

TEL：099-XXX-XXXX

請求書 (控)

請求書番号 20

居宅介護支援事業所

看護小規模多機能 ●風

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
31,589	31,589					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 31,589	②	③ 10,300	④		
	医療保険分	医療負担分				
	52,800	⑤ 15,840				

請求金額	57,729 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	47,429 円

保 險 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
看護小規模 1 4	27,665	1	昼食代	300	17		5,100
看護小規模特別管理加算 I	500	1	朝食代	200	8		1,600
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1	夕食代	300	12		3,600
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1					
基本療養費 I (理学) 週 3 日まで	5,550	3					
基本療養費 I ハ	12,850	1					
長時間訪問看護加算	5,200	4					
特別管理加算	2,500	1					

※備考

〒 891-0115

* 田 良 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 田 * 子 様

入金日 令和2年5月11日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

看護小規模多機能 ●風

管理者：* 松 吉 *

TEL：099-XXX-XXXX

領収書 (控)

請求書番号 20

居宅介護支援事業所

看護小規模多機能 ●風

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
31,589	31,589					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 31,589	②	③ 10,300	④		
	医療保険分	医療負担分				
	52,800	⑤ 15,840				

領収金額	57,729 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	47,429 円

保 險 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
看護小規模 1 4	27,665	1	昼食代	300	17		5,100
看護小規模特別管理加算 I	500	1	朝食代	200	8		1,600
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1	夕食代	300	12		3,600
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1					
基本療養費 I (理学) 週 3 日まで	5,550	3					
基本療養費 I ハ	12,850	1					
長時間訪問看護加算	5,200	4					
特別管理加算	2,500	1					

※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

1025

* 田 * 子 様 氏 名

* 田 良 * 様

請求金額 57,729 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

発行日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 20

サービス提供日 ①②③④⑤ 6 ⑦⑧⑨⑩
⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲ 20
⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖ 27 ㉗㉘㉙㉚

居宅介護支援事業所
看護小規模多機能 ●風

Table with 2 columns: Category (e.g., 介護保険請求額), Amount (31,589)

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療保険請求額), Amount (15,840)

Table with 2 columns: Category (e.g., その他費用合計), Amount (10,300)

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療費控除対象金額), Amount (47,429 円)

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額

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

Summary table with 2 columns: Category (e.g., 前月までの未収額), Amount (0)

請求書 (控)

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用者番号

1025

* 田 * 子 様 氏 名

* 田 良 * 様

請求金額 57,729 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

発行日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 20

サービス提供日 ①②③④⑤ 6 ⑦⑧⑨⑩
⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲ 20
⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖ 27 ㉗㉘㉙㉚

居宅介護支援事業所
看護小規模多機能 ●風

Table with 2 columns: Category (e.g., 介護保険請求額), Amount (31,589)

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療保険請求額), Amount (15,840)

Table with 2 columns: Category (e.g., その他費用合計), Amount (10,300)

Table with 2 columns: Category (e.g., 医療費控除対象金額), Amount (47,429 円)

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額

Main item table with columns: 項目名, 単価, 回数, 税, 金額

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

Summary table with 2 columns: Category (e.g., 前月までの未収額), Amount (0)

様式 B A4

領収書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用者番号

1025

* 田 * 子 様 氏 名

* 田 良 * 様

領収金額 57,729 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

入金日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 20

Table with 2 columns: 介護保険請求額 (①+②-③) 31,589, 保険内金額① 31,589, 保険外金額②, 減免金額③

Table with 2 columns: 医療保険請求額 (④) 15,840, 保険分金額合計 52,800, 保険分利用者負担④ 15,840

Table with 2 columns: その他費用合計 10,300, その他費用減免金額 0

Table with 2 columns: 医療費控除対象金額 47,429 円

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

居宅介護支援事業所 看護小規模多機能 ●風

Main item table with columns: 項目名, 単位単価, 回数, 税, 金額. Includes items like 看護小規模14, 看護小規模特別管理加算I, etc.

Main item table with columns: 項目名, 単位単価, 回数, 税, 金額. Includes item 夕食代 with unit price 300 and amount 3,600.

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

※備考

領収印

領収書 (控)

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用者番号

1025

* 田 * 子 様 氏 名

* 田 良 * 様

領収金額 57,729 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

入金日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 20

Table with 2 columns: 介護保険請求額 (①+②-③) 31,589, 保険内金額① 31,589, 保険外金額②, 減免金額③

Table with 2 columns: 医療保険請求額 (④) 15,840, 保険分金額合計 52,800, 保険分利用者負担④ 15,840

Table with 2 columns: その他費用合計 10,300, その他費用減免金額 0

Table with 2 columns: 医療費控除対象金額 47,429 円

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

居宅介護支援事業所 看護小規模多機能 ●風

Main item table with columns: 項目名, 単位単価, 回数, 税, 金額. Includes items like 看護小規模14, 看護小規模特別管理加算I, etc.

Main item table with columns: 項目名, 単位単価, 回数, 税, 金額. Includes item 夕食代 with unit price 300 and amount 3,600.

* . . 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 X X X 番地

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 田 * 子 様

発行日 令和2年5月11日

領収書

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

請求書番号 20

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

サービス提供日 ①②③④⑤ 6 7 8 9 10
⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲ 20
⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚

居宅介護支援事業所
看護小規模多機能 ●風

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
31,589	31,589					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 31,589	②	③ 10,300	④		
	医療保険分	医療負担分				
	52,800	⑤ 15,840				

領収金額	57,729 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	47,429 円

前月までの未収額	0 円
合計請求額	57,729 円

保 険 分

自 費 分

内 容	単 位	回 数	内 容	単 価	回 数	税	金 額
看護小規模 1 4	27,665	1	昼食代	300	17		5,100
看護小規模特別管理加算 I	500	1	朝食代	200	8		1,600
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1	夕食代	300	12		3,600
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1					
基本療養費 I (理学) 週 3 日まで	5,550	3					
基本療養費 I ハ	12,850	1					
長時間訪問看護加算	5,200	4					
特別管理加算	2,500	1					

※備考

891-0115

* 田 良 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 田 * 子 様

入金日 令和2年5月11日

請求書 (控)

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

請求書番号 20

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

サービス提供日 ①②③④⑤ 6 7 8 9 10
⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲ 20
⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚

居宅介護支援事業所
看護小規模多機能 ●風

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
31,589	31,589					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 31,589	②	③ 10,300	④		
	医療保険分	医療負担分				
	52,800	⑤ 15,840				

請求金額	57,729 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	47,429 円

保 険 分

自 費 分

内 容	単 位	回 数	内 容	単 価	回 数	税	金 額
看護小規模 1 4	27,665	1	昼食代	300	17		5,100
看護小規模特別管理加算 I	500	1	朝食代	200	8		1,600
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1	夕食代	300	12		3,600
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1					
基本療養費 I (理学) 週 3 日まで	5,550	3					
基本療養費 I ハ	12,850	1					
長時間訪問看護加算	5,200	4					
特別管理加算	2,500	1					

※備考

891-0115

* 田 良 * 様

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 田 * 子 様

入金日 令和2年5月11日

領収書 (控)

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

請求書番号 20

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

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

居宅介護支援事業所
看護小規模多機能 ●風

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
31,589	31,589					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 31,589	②	③ 10,300	④		
	医療保険分	医療負担分				
	52,800	⑤ 15,840				

領収金額	57,729 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	47,429 円

保 険 分

自 費 分

内 容	単 位	回 数	内 容	単 価	回 数	税	金 額
看護小規模 1 4	27,665	1	昼食代	300	17		5,100
看護小規模特別管理加算 I	500	1	朝食代	200	8		1,600
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1	夕食代	300	12		3,600
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1					
基本療養費 I (理学) 週 3 日まで	5,550	3					
基本療養費 I ハ	12,850	1					
長時間訪問看護加算	5,200	4					
特別管理加算	2,500	1					

※備考

■様式D A5

利用者番号 1025

請求書

田 良 様

令和2年4月 ご利用日

請求日 令和2年5月11日

日 月 火 水 木 金 土

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

請求書番号 20

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

請求金額	特定点数※1
57,729	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	

特定点数※1欄には特別療養加算と特定治療点数の合計が表示されます。

医療費控除対象金額	減免金額
¥47,429	

※備考

サービス内訳	単位	回数
看護小規模 1 4	27,665	1
看護小規模特別管理加算 I	500	1
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1
基本療養費 I (理学) 週3日まで	5,550	3
基本療養費 I ハ	12,850	1
長時間訪問看護加算	5,200	4
特別管理加算	2,500	1

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
昼食代	300	17		5,100
朝食代	200	8		1,600
夕食代	300	12		3,600

*・・・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	57,729

■様式D A5

利用者番号 1025

領収書

田 良 様

令和2年4月 ご利用日

請求日 令和2年5月11日

日 月 火 水 木 金 土

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

請求書番号 20

			①	②	③	④
⑤	6	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
⑫	13	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱
⑲	20	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔
㉖	27	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜

領収金額	特定点数※1
57,729	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	

特定点数※1欄には特別療養加算と特定治療点数の合計が表示されます。

医療費控除対象金額	減免金額
¥47,429	

※備考

サービス内訳	単位	回数
看護小規模 1 4	27,665	1
看護小規模特別管理加算 I	500	1
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1
基本療養費 I (理学) 週3日まで	5,550	3
基本療養費 I ハ	12,850	1
長時間訪問看護加算	5,200	4
特別管理加算	2,500	1

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
昼食代	300	17		5,100
朝食代	200	8		1,600
夕食代	300	12		3,600

*・・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	57,729

居宅介護支援事業所

看護小規模多機能 ●風

■様式D A5

利用者番号 1025

請求書 (控)

田 良 様

令和2年4月 ご利用日

入金日 令和2年5月11日

日 月 火 水 木 金 土

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

請求書番号 20

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

請求金額	特定点数※1
57,729	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	

特定点数※1欄には特別療養加算と特定治療点数の合計が表示されます。

医療費控除対象金額	減免金額
¥47,429	

※備考

サービス内訳	単位	回数
看護小規模 1 4	27,665	1
看護小規模特別管理加算 I	500	1
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1
基本療養費 I (理学) 週3日まで	5,550	3
基本療養費 I ハ	12,850	1
長時間訪問看護加算	5,200	4
特別管理加算	2,500	1

自費利用料内訳	単価	回数	税	金額
昼食代	300	17		5,100
朝食代	200	8		1,600
夕食代	300	12		3,600

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

■様式D A5

利用者番号 1025

領収書 (控)

田 良 様

令和2年4月 ご利用日

入金日 令和2年5月11日

日 月 火 水 木 金 土

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

請求書番号 20

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

領収金額	特定点数※1
57,729	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	

特定点数※1欄には特別療養加算と特定治療点数の合計が表示されます。

医療費控除対象金額	減免金額
¥47,429	

※備考

サービス内訳	単位	回数
看護小規模 1 4	27,665	1
看護小規模特別管理加算 I	500	1
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1
基本療養費 I (理学) 週3日まで	5,550	3
基本療養費 I ハ	12,850	1
長時間訪問看護加算	5,200	4
特別管理加算	2,500	1

自費利用料内訳	単価	回数	税	金額
昼食代	300	17		5,100
朝食代	200	8		1,600
夕食代	300	12		3,600

*・・・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 1025

〒 891-0115

* 田 良 * 様

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11日

* 田 * 子 様

領収印	
-----	--

請求金額	
57,729	
(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	57,729

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	31,589	47,429
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	10,300	
		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	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔
㉕	27	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚

[請求明細]	
看護小規模[ご利用期間:1日~30日]	計: 31,589
看護小規模 1 4	1 × 27,665
看護小規模特別管理加算 I	1 × 500
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	1 × 500
看護小規模処遇改善加算 I	1 × 2,924
看護小規模[ご利用期間:1日~30日]	計: 52,800
基本療養費 I (理学) 週3日まで	3 × 5,550
基本療養費 I ハ	1 × 12,850
長時間訪問看護加算	4 × 5,200
特別管理加算	1 × 2,500
その他費用 看護小規模[ご利用期間:1日~30日]	計: 10,300
昼食代	17 × 300
朝食代	8 × 200

[請求明細]	
夕食代	12 × 300

居宅介護支援事業所
看護小規模多機能 ●風

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

■様式 E A5

請求書 (控)

利用者番号 1025

〒 891-0115

* 田 良 * 様

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11日

* 田 * 子 様

請求金額
57,729
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領収金額
57,729

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	31,589	47,429
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	10,300	
		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 ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕
 ㉖ 27 ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

[請求明細]	
看護小規模 [ご利用期間:1日~30日]	計: 31,589
看護小規模 1 4	1 × 27,665
看護小規模特別管理加算 I	1 × 500
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	1 × 500
看護小規模処遇改善加算 I	1 × 2,924
看護小規模 [ご利用期間:1日~30日]	計: 52,800
基本療養費 I (理学) 週3日まで	3 × 5,550
基本療養費 I ハ	1 × 12,850
長時間訪問看護加算	4 × 5,200
特別管理加算	1 × 2,500
その他費用 看護小規模 [ご利用期間:1日~30日]	計: 10,300
昼食代	17 × 300
朝食代	8 × 200

[請求明細]	
夕食代	12 × 300

居宅介護支援事業所
 看護小規模多機能 ●風

*・・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 1025

〒 891-0115

* 田 良 * 様

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11日

* 田 * 子 様

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 ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕
 ㉖ 27 ㉗ ㉘ ㉙

請求金額
57,729
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領収金額
57,729

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	31,589	47,429
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	10,300	食費居住費

[請求明細]	
看護小規模 [ご利用期間:1日~30日]	計: 31,589
看護小規模 1 4	1 × 27,665
看護小規模特別管理加算 I	1 × 500
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	1 × 500
看護小規模処遇改善加算 I	1 × 2,924
看護小規模 [ご利用期間:1日~30日]	計: 52,800
基本療養費 I (理学) 週3日まで	3 × 5,550
基本療養費 I ハ	1 × 12,850
長時間訪問看護加算	4 × 5,200
特別管理加算	1 × 2,500
その他費用 看護小規模 [ご利用期間:1日~30日]	計: 10,300
昼食代	17 × 300
朝食代	8 × 200

[請求明細]	
夕食代	12 × 300

居宅介護支援事業所
 看護小規模多機能 ●風

*・・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 1025

* 田 * 子 様 氏 名 * 田 良 * 様

請求金額 57,729 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	31,589	医療保険請求額 (④)	15,840
保険内金額①	31,589	保険分金額合計	52,800
保険外金額②		保険分利用者負担④	15,840
減免金額③			

その他費用合計	10,300	医療費控除 対象金額	47,429 円
その他費用減免金額	0		

発行日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 20

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

居宅介護支援事業所
看護小規模多機能 ●風

項目名	単位 単価	回数	税	金額
看護小規模 1 4	27,665	1		
看護小規模特別管理加算 I	500	1		
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1		
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1		
基本療養費 I (理学) 週 3 日まで	5,550	3		
基本療養費 I ハ	12,850	1		
長時間訪問看護加算	5,200	4		
特別管理加算	2,500	1		
昼食代	300	17		5,100
朝食代	200	8		1,600

項目名	単位 単価	回数	税	金額
夕食代	300	12		3,600

※備考

前月までの未収額	0
合計請求額	57,729

*・・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 1025

*田 *子 様 氏 名 *田 良* 様

領収金額 57,729 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

発行日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 20

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

介護保険請求額 (①+②-③)	31,589	医療保険請求額 (④)	15,840
保険内金額①	31,589	保険分金額合計	52,800
保険外金額②		保険分利用者負担④	15,840
減免金額③			

その他費用合計	10,300	医療費控除 対象金額	47,429 円
その他費用減免金額	0		

居宅介護支援事業所
看護小規模多機能 ●風

項目名	単位 単価	回数	税	金額
看護小規模 1 4	27,665	1		
看護小規模特別管理加算 I	500	1		
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1		
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1		
基本療養費 I (理学) 週 3 日まで	5,550	3		
基本療養費 I ハ	12,850	1		
長時間訪問看護加算	5,200	4		
特別管理加算	2,500	1		
昼食代	300	17		5,100
朝食代	200	8		1,600

項目名	単位 単価	回数	税	金額
夕食代	300	12		3,600

※備考

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

前月までの未収額	0
合計請求額	57,729

■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 1025

*田 *子 様 氏 名 *田 良* 様

請求金額 57,729 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

入金日 令和2年5月11日
 請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
 請求書番号 20

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

介護保険請求額 (①+②-③)	31,589	医療保険請求額 (④)	15,840
保険内金額①	31,589	保険分金額合計	52,800
保険外金額②		保険分利用者負担④	15,840
減免金額③			

その他費用合計	10,300	医療費控除 対象金額	47,429 円
その他費用減免金額	0		

居宅介護支援事業所
 看護小規模多機能 ●風

項目名	単位 単価	回数	税	金額
看護小規模 1 4	27,665	1		
看護小規模特別管理加算 I	500	1		
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1		
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1		
基本療養費 I (理学) 週 3 日まで	5,550	3		
基本療養費 I ハ	12,850	1		
長時間訪問看護加算	5,200	4		
特別管理加算	2,500	1		
昼食代	300	17		5,100
朝食代	200	8		1,600

項目名	単位 単価	回数	税	金額
夕食代	300	12		3,600

※備考

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

様式 F A5

領収書 (控)

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

利用者番号 1025

*田 *子 様 氏 名 *田 良* 様

領収金額 57,729 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

入金日 令和2年5月11日
 請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
 請求書番号 20

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

居宅介護支援事業所
 看護小規模多機能 ●風

介護保険請求額 (①+②-③)	31,589	医療保険請求額 (④)	15,840
保険内金額①	31,589	保険分金額合計	52,800
保険外金額②		保険分利用者負担④	15,840
減免金額③			

その他費用合計	10,300	医療費控除 対象金額	47,429 円
その他費用減免金額	0		

項目名	単位 単価	回数	税	金額
看護小規模 1 4	27,665	1		
看護小規模特別管理加算 I	500	1		
看護小規模サービス提供体制加算 I 2	500	1		
看護小規模処遇改善加算 I	2,924	1		
基本療養費 I (理学) 週 3 日まで	5,550	3		
基本療養費 I ハ	12,850	1		
長時間訪問看護加算	5,200	4		
特別管理加算	2,500	1		
昼食代	300	17		5,100
朝食代	200	8		1,600

項目名	単位 単価	回数	税	金額
夕食代	300	12		3,600

※備考

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

納入通知書
(納付書)
領収書

納入書

収入済通知書

番号		納入者	*田 良* 様
令和2年度収入			
金額	57,729 円		
納入期限	令和2年5月27日		
納入場所	看護小規模多機能 ●風		
看護小規模 利用料(4月分)			
発行年月日	令和2年12月7日		
上記の金額を納入してください XXXX会XXX XXXX会XXX所長 XXX XXXX			
上記の金額を領収しました			領収印

番号		納入者	*田 良* 納
令和2年度収入			
金額	57,729 円		
納入期限	令和2年5月27日		
納付金の内容 看護小規模 利用料(4月分)			
発行年月日	令和2年12月7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 XXX法人 XXXX 理事長			収納印

番号		納入者	*田 良* 納
令和2年度収入			
金額	57,729 円		
納入期限	令和2年5月27日		
収入金の内容 (納付金) 看護小規模 利用料(4月分)			
発行年月日	令和2年12月7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

			責任者	主任	担当

看護小規模多機能 ●風

令和2年4月1日(水)	天気	晴れ	作成者	*玉 あや*
-------------	----	----	-----	--------

勤務者 6人
 城 九(ケアマネ)、*京 一*(介護支援専門員)、*玉 あや*(介護支援専門員)、*島 竜*(介護支援専門員)、*崎 六*(介護福祉士)、*知 小*(介護福祉士)

行事
 担当者会議

通所利用者	終日	男性	0名	女性	1名	合計	1名	欠席	0名
	午前	男性	0名	女性	0名	合計	0名	欠席	0名
	午後	男性	0名	女性	1名	合計	1名	欠席	0名
	合計	男性	0名	女性	2名	合計	2名	欠席	0名
	送迎	迎え	0名	送り	0名				

津 花、*田 良*

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	0名	女性	2名	合計	2名	未実施	0名
	夜間	男性	0名	女性	0名	合計	0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	0名	女性	2名	合計	2名	未実施	0名

津 花、*田 良*

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
1025	*田 良*	13:00	14:00	
	津 花	09:00	15:00	

要注意・観察者

利用者	申し送り内容
田 良	

特記事項
 田 良 【実施項目】
 [清潔保持介助]
 洗顔介助, 口腔清潔介助
 [薬剤の使用]
 服薬の変更

要注意・観察者（夜勤）

利用者	申し送り内容（夜勤）
* 田 良 *	

特記事項（夜勤）

薬服の変更

夜勤（2人）

夜勤	* 京 一 *、* 知 小 *

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	0	0	0	0	0	0	0
女	0	0	1	0	0	1	0	0	2
計	0	0	1	0	0	1	0	0	2
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
* 浜 二 *	要介護3				
* 津 花 *	要介護1				
* 道 花 *	要介護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

訪問看護利用者数				
	介護保険法	後期高齢者	健康保険法等	
訪問者延べ数	2	0	0	
保健師	0	0	0	
看護師	0	0	0	
准看護師	0	0	0	
理学療法士	0	0	0	
作業療法士	0	0	0	
言語聴覚士	0	0	0	
訪問延べ回数計	2	0	0	

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	0	1	1
清潔保持介助	口腔清潔介助	0	0	0
清潔保持介助	清拭介助	0	0	0
清潔保持介助	整容介助	0	0	0
更衣介助	更衣の準備等	0	1	1
更衣介助	更衣の見守り	0	0	0
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	0	0	0
入浴介助	洗身介助	0	0	0
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	機械浴	0	0	0
入浴介助	薬浴	0	0	0
食事等介助	食事等の摂取介助	0	1	1
食事等介助	経口流動食の実施	0	0	0
食事等介助	経管栄養	0	1	1
排泄介助	排泄時の移乗、移動介助	0	1	1
排泄介助	排泄の準備	0	0	0
排泄介助	排尿介助	0	0	0
排泄介助	排便介助	0	0	0
排泄介助	おむつ交換	0	0	0
基本動作介助	体位交換介助	0	1	1
基本動作介助	起居介助	0	0	0
基本動作介助	移乗介助	0	0	0
基本動作介助	移動介助	0	0	0
水分摂取介助	水分摂取等の準備	0	1	1

業務日誌（日勤）

			責任者	主任	担当

看護小規模多機能 ●風

令和2年4月1日(水)	天気	晴れ	作成者	*玉 あや*
-------------	----	----	-----	--------

勤務者 6人
 城 九(ケアマネ)、*京 一*(介護支援専門員)、*玉 あや*(介護支援専門員)、*島 竜*(介護支援専門員)、*崎 六*(介護福祉士)、*知 小*(介護福祉士)

行事
 担当者会議

通所利用者	終日	男性	0名	女性	1名	合計	1名	欠席	0名
	午前	男性	0名	女性	0名	合計	0名	欠席	0名
	午後	男性	0名	女性	1名	合計	1名	欠席	0名
	合計	男性	0名	女性	2名	合計	2名	欠席	0名
	送迎	迎え	0名	送り	0名				

津 花、*田 良*

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	0名	女性	2名	合計	2名	未実施	0名
	夜間	男性	0名	女性	0名	合計	0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	0名	女性	2名	合計	2名	未実施	0名

津 花、*田 良*

要注意・観察者

利用者	申し送り内容
田 良	服薬変更あり

特記事項
 田 良 【実施項目】
 [清潔保持介助]
 洗顔介助, 口腔清潔介助
 [薬剤の使用]
 服薬の変更

夜勤(2人)

夜勤	*京 一*、*知 小*

業務日誌（夜勤）

			責任者	主任	担当

看護小規模多機能 ●風

令和2年4月1日(水)	天気	晴れ	作成者	*知小*
-------------	----	----	-----	------

勤務者 6人
 城九(ケアマネ)、*京一*(介護支援専門員)、*玉あや*(介護支援専門員)、*島竜*(介護支援専門員)、*崎六*(介護福祉士)、*知小*(介護福祉士)

行事
 担当者会議

通所利用者	終日	男性	0名	女性	1名	合計	1名	欠席	0名
	午前	男性	0名	女性	0名	合計	0名	欠席	0名
	午後	男性	0名	女性	1名	合計	1名	欠席	0名
	合計	男性	0名	女性	2名	合計	2名	欠席	0名
	送迎	迎え	0名	送り	0名				

津花、*田良*

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	0名	女性	2名	合計	2名	未実施	0名
	夜間	男性	0名	女性	0名	合計	0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	0名	女性	2名	合計	2名	未実施	0名

津花、*田良*

要注意・観察者（夜勤）

利用者	申し送り内容（夜勤）
田良	服薬変更あり

特記事項（夜勤）
 薬服の変更

夜勤(2人)

夜勤	*京一*、*知小*

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	看護小規模多機能 ●風	管理者名	* 阜 梅*
事業所住所	鹿児島県鹿児島市池之上町 X X X X 番地		
電話番号	099-XXX-XXXX	FAX番号	

2 利用者の状況

氏名	* 石 京*	保険者名	北区	被保険者番号	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	看護小規模多機能 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		

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 XX会	報告者名	*玉 あや* (職種 看護師)
事業所名	看護小規模多機能 ●風	管理者名	*阜 梅*
事業所住所	鹿児島県鹿児島市池之上町XXXX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XXXX番地XX				
利用者の生活状況	看護小規模多機能 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、何かに掴まらなると立ち上がれなくなっている。利用者状態の把握ミス		

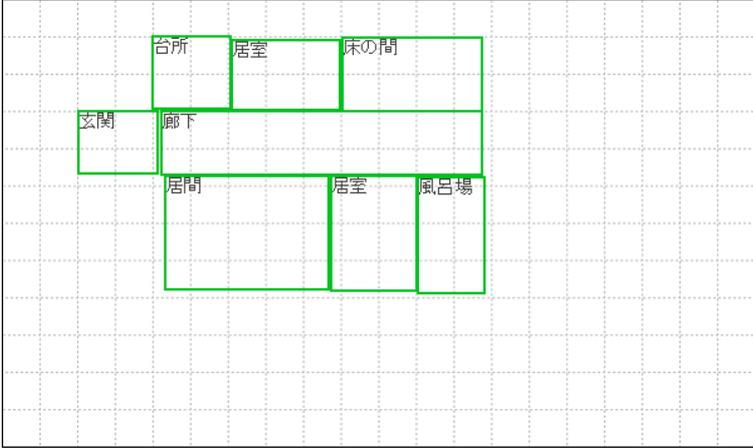
4 事故発生後の対応

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。		

* 石 京 * 様 訪問時の取り決め

作成日： 令和02年04月01日

作成者： * 玉 あや *

訪問時の取り決め		
・ 訪問時、必ず家人へ声掛けし、状況確認を行う。		
持参物品	鍵預かり (有・🌐) SAT (有・🌐) その他 ()	
訪問時	駐車場所 (家の前に壁側に付けて駐車する。早朝・夜間の出入りは静かに行う。)	
準備	必要物品	保管場所
	<ul style="list-style-type: none"> ・ タオル (家人準備) ・ 着替え (家人準備) ・ バケツ (脱衣室) ・ オムツ類 (家人準備) ・ 石鹸 他 (風呂場) ・ 湯の出る場所 (台所) 	<ul style="list-style-type: none"> ()
後始末	<ul style="list-style-type: none"> ・ ゴミの処理 () ・ 汚水の排出場所 () ・ 洗濯物 () ・ 手洗い場所 () ・ その他 () ・ 連絡ノート () 	<ul style="list-style-type: none"> () () () () () ()
室内の様子		

利用者確認日： 令和02年04月01日

■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

890-0073

鹿児島県鹿児島市宇宿××××番地

センチュリー ●●台

御中

899-0122

鹿児島県出水市境町××××番地

看護小規模多機能 ●風

御中

処方箋

利用者番号: 1024

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

処方箋(控え)

利用者番号: 1024

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

会議名	今後のケアの内容について		司会者	*玉 あや*
			記録者	*玉 あや*
作成日	令和03年04月01日			
開催日時	令和03年04月02日 10:00 ~ 12:00			
カンファレンス出席者	*玉 あや*(看護師)、*知 小*(看護師)、*京 一*(介護支援専門員)			
利用者基本情報	氏名	*石 京* 様		
	介護度	要介護4		

【各職種からのコメント】

1	看護師	ADLが低下 → 褥瘡 仙骨・腸骨 体位変換、除圧を行っているが栄養低下あり。
2	看護師	訪問時、拘縮悪化を防ぐためリハを行う。 マッサージ、体位の工夫：踵部、人口呼吸器による圧迫部注意
3	介護支援専門員	今後の計画見直し 訪問看護 3回 訪問リハ 2回 訪問介護 2回

【特記事項】

--

【利用継続】 可 否 検討

注意事項に留意し、プランの見直しで状況を確認していく。

その他

- 利用者台帳 カスタマイズ運用例

診 療 録

ID	1000	介護保険者番号	011007
----	------	---------	--------

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

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

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

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
<p>受診 R 2 . 1 . 10 X X X 病院</p> <p>既往 脳梗塞、高血圧</p> <p>原因 アテローム血栓性脳梗塞</p> <p>主訴 麻痺や感覚障害</p> <p>経過 頭部CT、および脳MRIの検査で、まず脳卒中の症状は起きていない。生活習慣の改善に努める。</p> <p>1/10 X X X 入院</p> <p>1/11 持参薬中止、抗血小板薬投与</p> <p>1/16 頸動脈内皮剥離術（CEA）実施 経過観察中</p>	<p>ラクナ梗塞やアテローム血栓症に対して抗血小板薬による薬物治療で十分に改善していないので外科治療により頸動脈内皮剥離術（CEA）という手術によってプラークを除去する。</p>

《基本情報》

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

《緊急時情報》

緊急時の連絡先	氏名	続柄	電話番号	携帯番号	郵便番号	住所
	国 芳	長男	099-26X-XXXX	090-1XXX-2XXX	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
	国 二	次男	099-XXXX-XXXX	090-XXXX-XXXX	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

《保険情報》

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

《自立度・現状・住環境・経済状況》

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

《生活状況》

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

《処方薬》

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

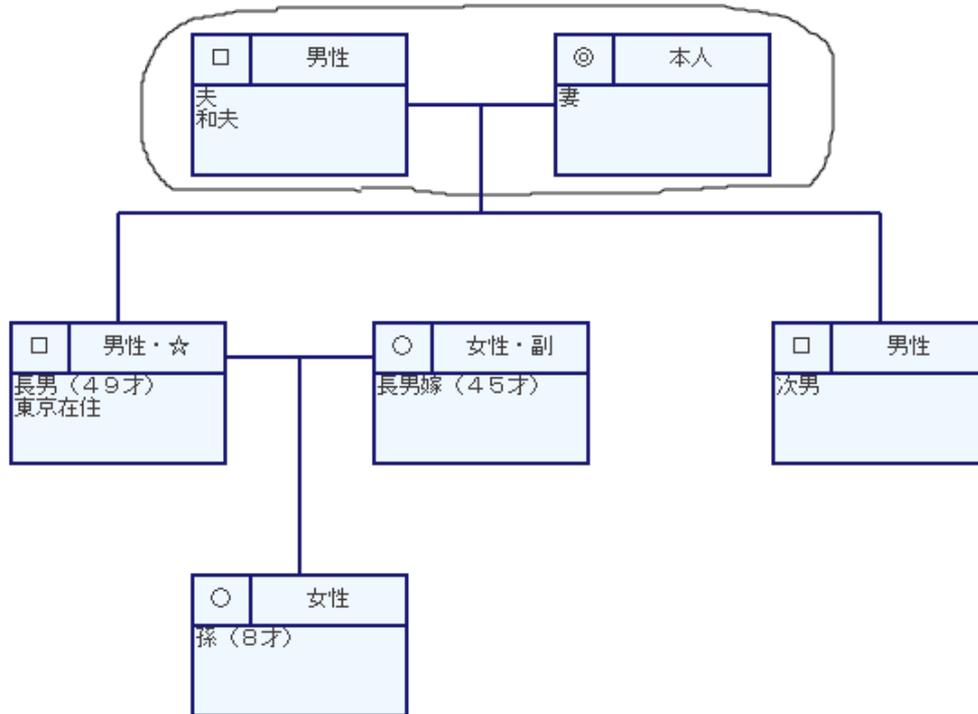
《ADL・IADL》

項目名	評価	備考
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	
項目名	評価	備考
調理	一部介助	
掃除・洗濯	一部介助	
買物	一部介助	
金銭管理	一部介助	
服薬管理	一部介助	
電話利用	自立	
交通手段利用	一部介助	

家族構成図

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

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



《家族情報》

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

《基本情報》

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

《緊急時情報》

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

《保険情報》

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

《自立度・現状・住環境・経済状況》

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

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

種類	等級・種別等	手帳番号	障害名等
その他			

《利用サービス情報》

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

《家族情報》

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

《生活状況》

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

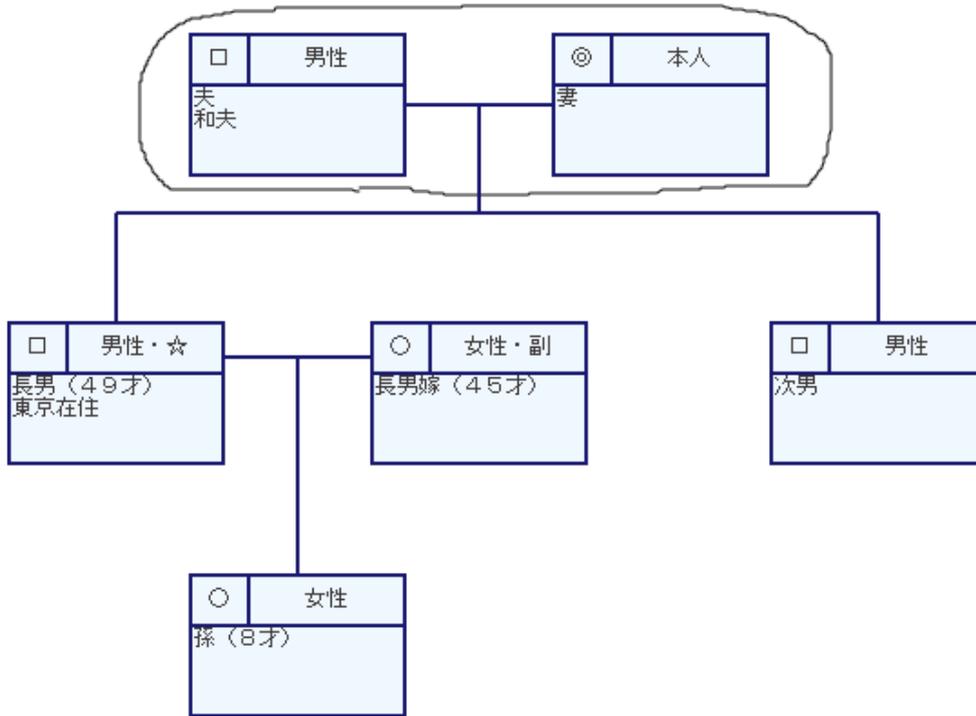
《現病歴・既往歴情報》

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

家族構成図

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

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



《家族情報》

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

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

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

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

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

介護トータルシステム『寿』
看護小規模多機能型居宅介護 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月