

介護トータルシステム『寿』

全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～
R4ケアマネジメント



帳票サンプル



（株）南日本情報処理センター

ご注意

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

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

目 次

■R4ケアマネジメント■

リハビリテーション計画書（通所）	
興味・関心チェックシート	
A-1 インテーク：ニーズアセスメント・シート	
リハビリテーション計画書（アセスメント）	
リハビリテーション計画書	
リハビリテーション会議録（訪問・通所リハビリテーション）	
リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票	
生活行為向上リハビリテーション実施計画書	
モニタリング	
活動チャート（ADL、他）	
活動チャート（IADL）	
活動チャート（合計：行っているADL／現状）	
プレ・インテーク・シート	
A-1 インテーク：ニーズアセスメント・シート	
A-2 インテーク：適性アセスメント（入所）	
A-2 インテーク：適性アセスメント（通所）	
A-3：生活機能（ICF）アセスメント（入所）	
A-3：生活機能（ICF）アセスメント（通所）	
生活機能チャート（重ねて表示、左右に表示）	
総合計画書（入所）	A4版
総合計画書（入所）	A3版
総合計画書（通所）	A4版
総合計画書（通所）	A3版
リハビリテーション実施計画書（1）	
リハビリテーション実施計画書（2）	

R4ケアマネジメント

【様式A】

興味・関心チェックシート

(プレ・インターク・シート)

氏名：* 石 二 *

殿 年齢：68 歳 性別 (男・女)

記入日：令和2年4月1日

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

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

A-1 インテーク：ニーズアセスメント・シート

氏名	*カシジロ*	男	昭和26年6月13日		68 歳		ID	1036			
	石 二	様	住所 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地		Tel. 099-XXX-XXXX		作成日	令和2年4月1日			
保証人： *石 太*		(続柄)	長男		住所： 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地		Tel. 099-XXX-XXXX				
緊急連絡先:① 家族や住民 (続柄)			② 家族や住民 (続柄)			③ (続柄)					
名前: *石 太* 長男			名前: *石 五* 次男			名前:					
住所: 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地			住所: 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地			住所:					
TEL1: 099-XXX-XXXX 住所地			TEL1: 099-XXXX-XXXX 住所地			TEL1:					
TEL2:			TEL2: 090-XXXX-XXXX 携帯番号			TEL2:					
介護保険	保険者: 鹿児島市		被保険者番号: 0000025566				利用者負担段階		第一段階		
	要介護度	要介護4	有効期間	令和2年2月1日 ~ 令和3年1月31日				自立度 (障害/認知)	A1	I	
	保険者意見等: 認定審査会の意見				担当介護支援専門員: 愛●●菊						
	かかりつけ医 ●村 陽●				居宅介護支援事業者: ケアセンター「み●●」						
					連絡先: 鹿児島県出水市米ノ津町XXXX番地						
既往歴	発症日時	病名		治療状況等(入院・通院)				医療機関			
	令和1年10月10日	心筋梗塞						南●●クリニック			
生活史(インテークまでの経緯) ●●県●●市生まれ、地元高校卒業後、実家の鮮魚店を手伝う。 25歳で結婚、2女に恵まれる。 朝早くから立ちっぱなしでお店を切り盛りする。 地元の商店街の野球チームに入り、日曜ごとに試合をしたり 商店街のお祭りの企画をするなど社交的に活動する。 3年前に鮮魚店をたたみ、2階建てにて暮らしている。					利用申し込みに至った経緯 R1/1/30.ろれつが回らなくなり〇健保組合総合病院に 緊急搬送され、脳出血の診断。 保存療法後回復期利は病棟を経て要介護4で施設へ。						
					現在の居所: ●●県●●市●●町XXX番地						
					趣味・嗜好等 テレビ鑑賞						
一日の過ごし方											
4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時	24時	2時
	起床	朝食	テレビ鑑賞	リハビリ	昼食	昼寝	入浴	夕食	就寝		
一週間の過ごし方											

家族図		家族の状況				在宅療養/家族の関わり方に関する状況 長男:週に1回程度、顔を見に行き食事の世話や掃除・選択を手伝う。買い物などで車に乗せて外出することもある。仕事をしているが、日々の介護にはあまり積極的ではないが、頻繁に連絡をとり気にかけている様子。孫は*石さんの世話をよく見ていて、長男さんも頼りにしている様子。 長男:離れている為、頼りにならない。連絡を取ってもすぐに駆けつけることは出来ない様子。
		氏名	年齢	続柄	同居	
		① * 石 太 *	44	長男	同居	
		② * 石 五 *	40	次男	非同居	
		③				
		④				
		⑤				
		⑥				
		⑦				
		⑧				
日付	利用形態 (入所・通所・短期)	本人:サービス利用の目的及び目標			家族:サービス利用の目的及び目標	
R2/4/1	入所	2回目の心筋梗塞発症に、すこしショックを受けている。また前回よりも、左まひの症状がひどく自分で動きたい気持ちと、思うように動かす事が出来ない現実にはいらだちもある。 言語が不明瞭になってしまうこと、起き上がり・歩行などにも苛立ちがある様子。 歩行が出来るような理学・作業的リハビリを取り組み、在宅復帰したい。			長男:まだまだ父は若いので、一人暮らしを望むのであれば早く元気になって欲しい。 一人暮らしは心配もあるが、食事や買い物の手伝いは出来るけれど、仕事もあるので、日々の介護にはなかなか時間が取れない。 もちろん、身体が回復しなければ、自分と同居して息子と共に、生活したいと考えている。 本人の意欲と気持ちを尊重したい。	
特記事項						
利用状況						
サービス種別		事業者		利用状況		備考
老健入所		介護老人保健施設 ●苑		入所中		
◆書類等(確認返却したものには✓マーク、受領したものは○、提出依頼したものは△、不要・無には×を付しておく)				居宅の介護支援専門員との連携状況		
被保険者証	・介護 ○	・医療 ○	○ケアマネジメント連絡表	○栄養士や理学療法士、作業療法士などの専門職の職員には、情報の登録もお願いしています。多職種連携にも本格的に取り組んでいくために、去年から多職種カンファレンス・栄養マネジメント会議に力を入れています。		
負担限度額認定証			○障害手帳			
診療情報提供書			○公費医療受給者証			
サマリー(看介護・リハ)		△				
◆重要事項説明書の説明と合意:			済	未		
◆リスク説明書に基づく説明と合意:			済	未		
◆その他、特記事項						
◆本シートに記入する内容についての合意:			済	未 ※居宅サービスについては、居宅サービス計画書等の写しを参照		

氏名：＊ 石 二 ＊

様

性別： 男

生年月日： 昭和26年6月13日 （ 68 歳 ）

☐ 介護度： 要介護4

■ 居宅サービス計画の総合的援助の方針

安全かつ快適な自宅での生活が続けられる様に支援を行います。また家事などは本人にヒヤリングしながら一緒に
行って頂き、手を出しすぎない様に自立支援をお手伝いします。

■ 居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題

健康に気をつけ、今より悪くならない様にする。

■ 利用者の希望

以前のように近所の友達宅や自宅で囲碁をうちたい。健康に気をつけ、今より悪くならない様にする。

■ 医師の指示

急がずに中長期的な展望を持って計画を策定した方がいい。

■ ご家族の希望

本人にやる気を起させる様に事業所と一緒にになって取り組みたい。

■ 健康状態（介護・支援を要す原因となる疾患）

原疾患名・発症日

病名：	発症日：	直近の入院日：	直近の退院日：
心筋梗塞	令和1年10月10日	令和1年10月10日	令和1年12月15日
経過： 症状は安定しているが、若年期に発症した病気であるので経過観察を続けている。			

■ 合併症・コントロール状況（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）

合併症に対する問題点は特にない

■ 廃用症候群： ☐ あり ☐ なし

廃用シンドロームに関する事項はない。

■ リハビリテーションを実施する際の医学的管理（医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む）

医師の指示通りに急がずにリハビリを実施している。

■ 参加（過去実施していたものと現状について記載する）

家庭内の役割の内容

掃除のお手伝い

余暇活動（内容および頻度）

庭掃きや掃除等

社会・地域活動（内容および頻度）

老人クラブ（月1回）への参加

リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組

町内の体操教室への参加

リスクマネジメント

項目	前回から （初回は過 去6か月）の 既往	対策
転倒		
誤嚥		
褥瘡		
発熱		
脱水		
その他		
その他		
その他		

■ 心身機能

状況	活動へ支障		状況	活動へ支障
運動機能障害 ■ あり □ なし	■ あり □ なし	栄養障害	□ あり ■ なし	□ あり ■ なし
感覚機能障害 （視覚および感覚） ■ なし	□ あり ■ なし	高次脳機 能障害	□ あり ■ なし	□ あり ■ なし
関節拘縮 □ あり ■ なし	□ あり ■ なし	運動性コミュニケー ション障害	■ あり □ なし	■ あり □ なし
疼痛 □ あり ■ なし	□ あり ■ なし	感覚性コミュニケー ション障害（難聴障害）	□ あり ■ なし	□ あり ■ なし
睡眠障害 □ あり ■ なし	□ あり ■ なし	HDSR/MMSE点数	□ HDSR ■ MMSE	
排尿コントロール障害 ■ あり □ なし	□ あり ■ なし	移動能力※	□ TUG ■ 6分間歩行	
排便コントロール障害 □ あり ■ なし	□ あり ■ なし	※TUGの場合は時間を、6分間歩行の場合 は距離を記入		

■活動（※該当に☑する。また、課題として取り上げる課題の優先順位をつける。）

アセスメント項目		行っている ADL	出来る ADL	改善の 可能性	課題 重要性
A D L	基本動作	5	5	5	○
	歩行・移動	3	3	4	○
	排泄	4	5	5	
	入浴	3	4	5	
セルフケア	食事動作	4	5	5	
	嚥下	4			
	口腔ケア	4	3	4	
	整容	3	4	4	
社会参加	衣服着脱	4	5	5	
	余暇	2	3	3	
認知	交流	4	3	5	
	オリエンテーション	2	5	3	
	コミュニケーション	3	4	4	
	精神機能	2	4	5	

【評価の内容の記載方法】
上記評価は、R4システムのICFステージングを用いて、1～5段階の評価する。
（評価段階は、『5』が一番難易度が高く（状態がよいことを示す）、『1』が一番難易度が低い）

アセスメント項目		現状	改善の 可能性	課題 重要性	【評価の内容の記載方法】
I A D L	食事の用意	1	1		※IADL評価点 0:していない 1:まれに 2:時々 3:週3回
	食事の片付け	1	0		
	洗濯	0	0		
	掃除や整頓	0	1		
	服薬管理	3	3		
	買物	0	1		
	報酬を伴う仕事	0	1		
	地域活動 (町内会・老人クラブ)	1	1		
	力仕事	1	1		
	庭仕事	1	1		
	家や車の手入れ	0	0		
	読書	1	1		
合計	9	11			

0 していない
1 時々
2 定期的
3 植替等
0 していない
1 電球取替等
2 ペンキ塗等
3 修理・整備
0 していない
1 まれに
2 月一回程度
3 月二回以上

	項目	項目数	内容	活動へ支障
B P S D	A:陽性症状	1	☐ 世話を拒否する ☒ 不適切に泣いたり笑ったりする ☐ 興奮して手足を動かす ☐ 理由なく金切り声を上げる ☐ 衣服や器物を破壊する ☐ 食物を投げる	☒ あり ☐ なし
	B:陰性症状	1	☒ 食べ過ぎる ☐ タンスの中身を全部出す ☐ 日中屋外や屋内をうろつきまわる ☐ 昼間、寝てばかりいる ☐ 同じことを何度も聞く ☐ 不適切な場所での排尿	☒ あり ☐ なし

■環境因子（※課題ありの場合☑。）		
	課題	備考
家族・介護者	☐	
福祉用具等	☐	
住環境	☒	段差あり
自宅周辺	☐	
地域への 社会参加等	☐	
交通機関	☒	利用頻度が少ない
サービス	☐	
その他	☐	

■特記事項

■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

身体機能においては全身持久力の低下が認められています。認知機能として見当障害・記憶障害が症状として認められます。
リハビリでは声掛けを行い、体操やレクへの参加を促し全身状態の観察を行います。

■他の利用サービス

☐ 通所介護 （週 回） ☐ 訪問介護 （週 回） ☒ 訪問介リハ・通所リハ （週 1 回） ☐ 訪問看護 （週 回） ☐ その他 （ ）

■社会参加支援評価

■ 訪問日 （ 令和2年4月12日 ） ■ 居宅サービス計画 （訪問しない理由: ）

■ サービス等利用あり ☐ 通所介護 （週 回） ■ 通所リハ （週 2 回） ☐ 市町村事業 （週 回） ☐ 地域活動への参加 （ ） ☐ 家庭で役割あり

■現在の生活状況

利用者氏名 * 石 二 *

殿

作成年月日 令和2年4月1日

～

見直し予定時期

令和2年5月 頃

■ リハビリテーションマネジメントⅠ

□ リハビリテーションマネジメントⅡ

■ 訪問・通所頻度(週1回)

■ 利用時間(09:30～14:30)

□ 送迎なし

■ リハビリテーションサービス

No.	目標(解決すべき課題)	期間	具体的支援内容(何を目的に(～ために)～をする)		頻度	時間	訪問の必要性
1	起居動作を見守りで行えるようになる。	1ヶ月	☒ 短期集中(個別)リハ ☐ 生活行為向上リハ ☐ 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ ☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ その他()	起き上がり動作の方法などを口頭説明及び誘導練習を実施して自立をはかる。	週3回	10分	いつ頃
2	トイレ動作時の立ち上がりの失敗を解消する。	4ヶ月	☐ 短期集中(個別)リハ ☐ 生活行為向上リハ ☐ 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ ☒ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ その他()	立ち上がりのしにくさを解消するために、下肢の筋肉強化を図ります。	週4回	30分	いつ頃
3			☐ 短期集中(個別)リハ ☐ 生活行為向上リハ ☐ 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ ☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ その他()				いつ頃
					週合計時間	40分	

■サービス提供中の具体的対応 ※訪問リハビリテーションで活用する場合は下記の記載は不要。

	(9:30)	(10:30)	(11:30)	(12:30)	(13:30)	(14:30)	(15:30)	()	()	()
	開始～1時間	1時間～2時間	2時間～3時間	3時間～4時間	4時間～5時間	5時間～6時間	6時間～7時間	7時間～8時間	～()	
利用者	朝間 お茶やお菓子	リハビリ体操	口腔体操への参加 ・食堂への移動・昼 食	口腔ケア ・排泄・リハビリ	レクリエーション・リラ ックスタイム	帰宅				
看護職	バイタルチェック		口腔体操時の指導	口腔ケアの声掛け ・リハビリ	レクリエーションの準 備・片付け	送迎車への誘導・ 移乗・介助				
介護職	お茶やお菓子の提 供。家族連絡帳の 確認。		口腔体操時の指導 補助・食堂への移 動・配膳		レクリエーションの指 導	送迎車への誘導・ 移乗・送迎の実施				
PT	リハビリ体操への 参加の声掛け・実 施。		リハビリ実施	レクリエーションの指 導						
OT	リハビリ体操への 参加の声掛け・実 施。		リハビリ実施	レクリエーションの指 導						
ST										
その他 ()										
必要な ケアと その方法	移動時は介助が必要となる場合があります。									

☐ 訪問介護の担当者と共有すべき事項	☐ 訪問看護の担当者と共有すべき事項	☐ その他、共有すべき事項 ()

※下記の☐の支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。

【情報提供先】 ■ 介護支援専門員 ■ 医師 □ 通所介護 □ () □ ()

利用者・ご家族への説明 令和2年4月1日

利用者サイン: _____

ご家族サイン: _____ 医師サイン: _____

※なお当該計画の様式をもってリハビリテーション計画とするときは利用者の同意を得るよう留意すること

【様式D】

リハビリテーション会議録(訪問・通所リハビリテーション)

利用者氏名 * 石 二 * 殿

作成年月日 令和2年4月1日

開催日 令和2年4月1日

開催場所 会議室

開催時間 09:00~10:30

開催回数 1

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
	ケアセンター「み●●」(介護支援専門員)	* 玉 あや *	介護老人保健施設 ●苑 (管理栄養士)	* 京 一 *	介護老人保健施設 ●苑 (作業療法士)	* 知 小 *
	介護老人保健施設 ●苑 (理学療法士)	* 京 一 *	介護老人保健施設 ●苑 (介護支援専門員)	* 本 紅 *		
リハビリテーションの支援方針	住宅内の整理整頓や環境整備に心がけ、転倒事故のないよう支援をしていきます。歩行時、急なふらつきもある事から、転倒には注意して見守りを行っていきます。					
リハビリテーションの内容	関節を保護しつつ日常生活上の動作ができるようにする練習。 痛みや腫れを軽くするために温熱療法などを実施する。					
各サービス間の提供に 当たって共有すべき事項						
利用者又は家族構成員 不参加理由	☐ 利用者 ☐ 家族 () ☐ サービス担当者 () () ☐ サービス担当者 () ()					
次回の開催予定と検討 事項	訓練内容の検証					

【様式E】

リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票

利用者氏名: ＊ 石 二 ＊ 殿

作成年月日 令和2年4月1日

チェック	プロセス	参加者及び内容	備考
■	サービス開始時における情報収集	☐ 医師 ☒ 介護支援専門員	
■	リハビリテーション会議の開催によるリハビリテーション計画書の作成	☒ 参加者 (医師・ 介護職 ・看護職・ OT ・OT・ST・介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他) ☒ 日付 (令和2年4月1日)	
■	医師による通所リハビリテーション計画の利用者・家族への説明	☒ 同意 ☐ 変更・意見 ()	
■	リハビリテーション計画書に基づくリハビリテーションの提供	☒ リハビリテーションプログラムの内容 ☒ 短期集中(個別)リハ ☐ 生活行為向上リハ ☐ 認知症短期集中リハⅡ ☒ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ その他 ()	
■	リハビリテーション会議の実施と計画の見直し	☒ (日付: 令和2年4月1日) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☒ (日付: 令和2年5月1日) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☒ (日付: 令和2年6月1日) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☒ (日付: 令和2年6月30日) ☐ (日付:) ☐ (日付:)	
■	訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に係る従業者に対する日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報伝達	☒ (日付: 令和2年5月1日) ☒ CM・CW・家族・その他() ☐ (日付:) CM・CW・家族・その他() ☐ (日付:) CM・CW・家族・その他() ☐ (日付:) CM・CW・家族・その他() ☐ (日付:) CM・CW・家族・その他() ☐ (日付:) CM・CW・家族・その他() ☐ (日付:) CM・CW・家族・その他() ☐ (日付:) CM・CW・家族・その他() ☐ (日付:) CM・CW・家族・その他() ☐ (日付:) CM・CW・家族・その他()	
■	居宅を訪問して行う介護の工夫に関する指導等に関する助言の実施	☒ (日付: 令和2年5月2日) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☐ (日付:)	
■	サービスを終了する1ヶ月前以内のリハビリテーション会議の開催	☒ 参加者 (医師・ 介護職 ・看護職・ OT ・ OT ・ST・介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他) ☒ 日付 (令和2年6月1日)	
■	終了時の情報提供	☐ 医師 ☒ 介護支援専門員 ☐ その他 ()	

※CM:介護支援専門員 CW:指定訪問介護のサービス責任者

【様式 F】

生活行為向上リハビリテーション実施計画

利用者氏名: * 石 二 *

殿

本人の生活行為の目標		身の回りの事は自分でできるだけ実施し、家族に負担をかけたくない。	
家族の目標		専門的なアドバイスをうけながらリハビリを続けて、自立した動作ができるようになってほしい。	
実施期間		通所訓練期 (令和2年4月1日 ~ 令和2年6月30日)	社会適応訓練期 (令和2年5月1日 ~ 令和2年6月30日)
		【通所頻度】 1 回／週	【通所頻度】 1 回／週
活動	プログラム	・自宅の玄関からエレベータに乗って、アパートの庭まで歩く練習。 ・自宅の近くの公園までの散歩。	・歩行器具の検討。 (介護保険で利用可能かケアマネに要相談) ・病院受診へ一人で行く練習 ・スーパーまで一人で買物に行けるかの訓練。
	自己訓練	・趣味の太極拳を継続し、体調を整える。	・近所のコンビニまで買い物に行く。
心身機能	プログラム	・ストレッチ⇒自主訓練へ ・下肢筋力訓練(集団訓練) ・基礎体力向上訓練	※通所訓練期のプログラムを継続
	自己訓練	・通所リハビリで実施したストレッチや筋力訓練の継続	
参加	プログラム		・公的交通機関(バスや電車)を使用した外出訓練
	自己訓練		・家族の買物に同行する。

【支援内容の評価】

【様式 G】 モニタリング

利用者氏名: * 石 二 * 殿

項目		初回アセスメント時		
アセスメント項目		行っているADL	出来るADL	課題重要性
ADL	基本動作	5	5	○
	歩行・移動	3	3	○
	排泄	4	5	
	入浴	3	4	
移動ADL合計点数		15	17	
食事・セルフケア	食事動作	4	5	
	嚥下	4		
	口腔ケア	4	3	
	整容	3	4	
	衣服着脱	4	5	
食事セルフケア合計点数		19	17	
認知	オリエンテーション	2	5	
	コミュニケーション	3	4	
	精神機能	2	4	
認知機能合計点数		7	13	
参加	余暇	2	3	
	交流	4	3	
社会参加合計点数		6	6	
アセスメント項目		点数		課題重要性
IADL	食事の用意	1. まれに		
	食事の片付け	1. まれに		
	洗濯	0. していない		
	掃除や整頓	0. していない		
	服薬管理	3. 週3回		
	買物	0. していない		
	報酬を伴う仕事	0. していない		
	地域活動	1. まれに		
	力仕事	1. まれに		
	庭仕事	1. 時々		
	家や車の手入れ	0. していない		
	読書	1. まれに		
IADL合計点数		9		
BPSD	項目	項目数	活動へ支障	
	A:陽性症状	1	あり	
	B:陰性症状	1	あり	
リスク	項目	過去6か月の既往	対策	
	転倒			
	誤嚥			
	褥瘡			
	発熱			
	脱水			
身体機能	項目	状況	活動へ支障	
	運動機能障害	あり	あり	
	感覚機能障害 (視覚および感覚)	なし	なし	
	関節拘縮	なし	なし	
	疼痛	なし	なし	
	睡眠障害	なし	なし	
	栄養障害	なし	なし	
HDSR点数				
MMSE点数				
移動能力	TUG			
	6分間歩行			
解決すべき具体的課題		健康に気をつけ、今より悪くならない様にする。		

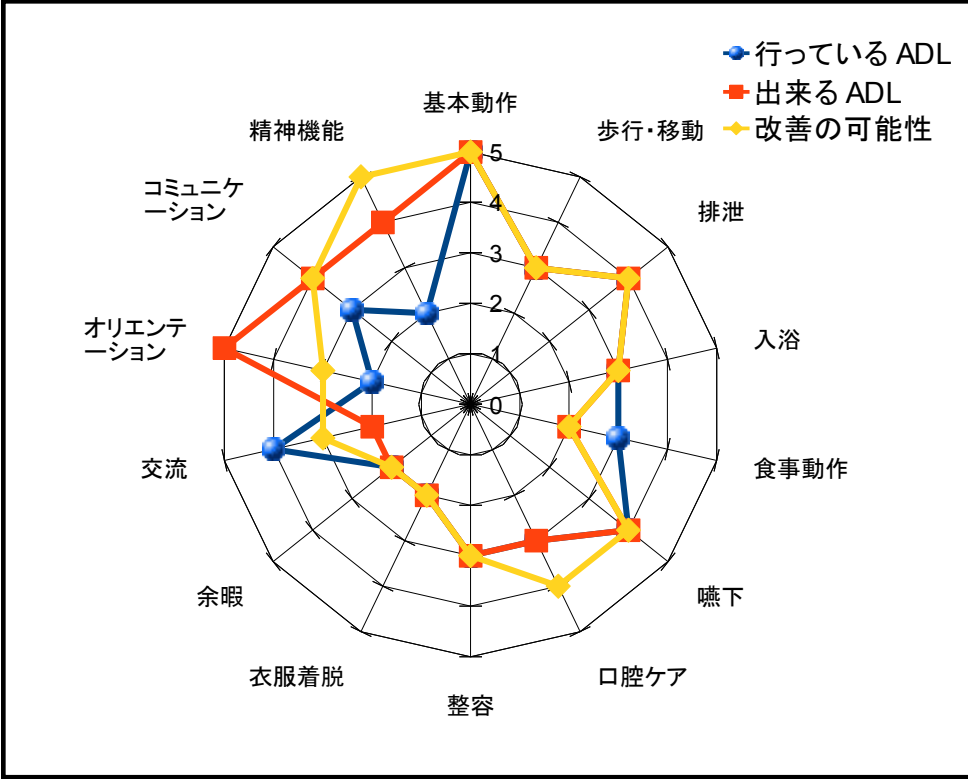
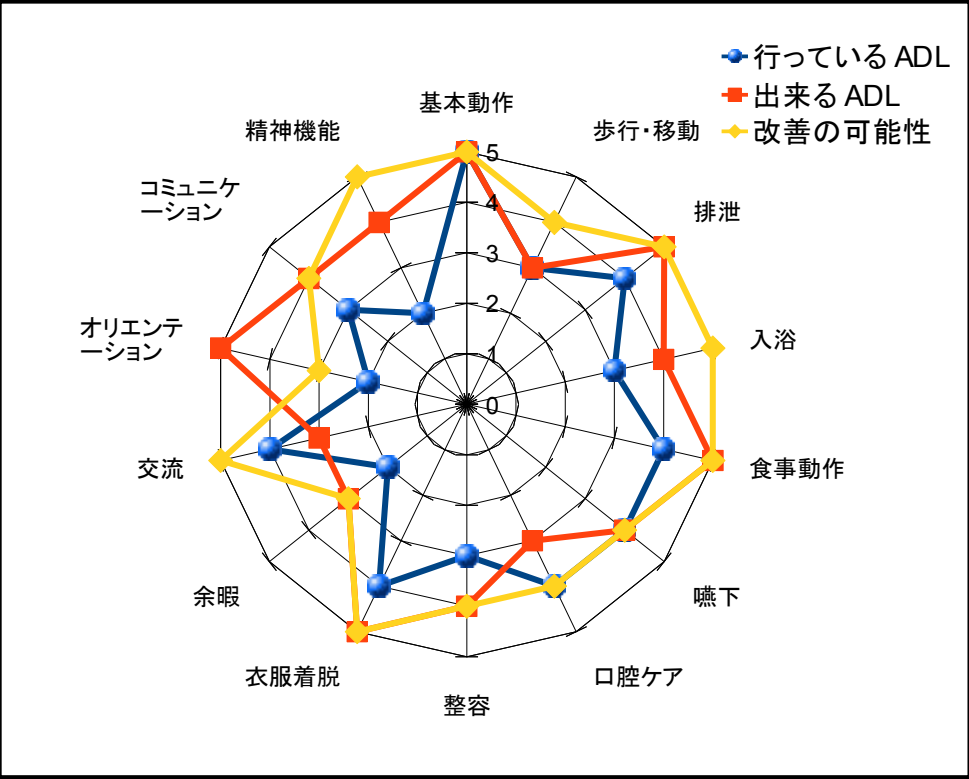
MMSE/HDSR点数 TUG/6分間歩行はそれぞれどちらか一方(様式B-1で選択した項目)を記入

活動チャート(ADL 他)

氏名: * 石 二 * 年齢: 68 歳 性別: (男) ・ 女)

■今回 計画作成日:R2/4/1、記録日:R2/4/1

■前回 計画作成日:R2/1/1、記録日:R2/1/1



<合計> 行っているADL:47 出来るADL:57 改善の可能性:61

<合計> 行っているADL:43 出来るADL:46 改善の可能性:47

アセスメント項目	行っているADL	出来るADL	改善の可能性	アセスメント項目	行っているADL	出来るADL	改善の可能性
基本動作	5	5	5	整容	3	4	4
歩行・移動	3	3	4	衣服着脱	4	5	5
排泄	4	5	5	余暇	2	3	3
入浴	3	4	5	交流	4	3	5
食事動作	4	5	5	オリエンテーション	2	5	3
嚥下	4	4	4	コミュニケーション	3	4	4
口腔ケア	4	3	4	精神機能	2	4	5

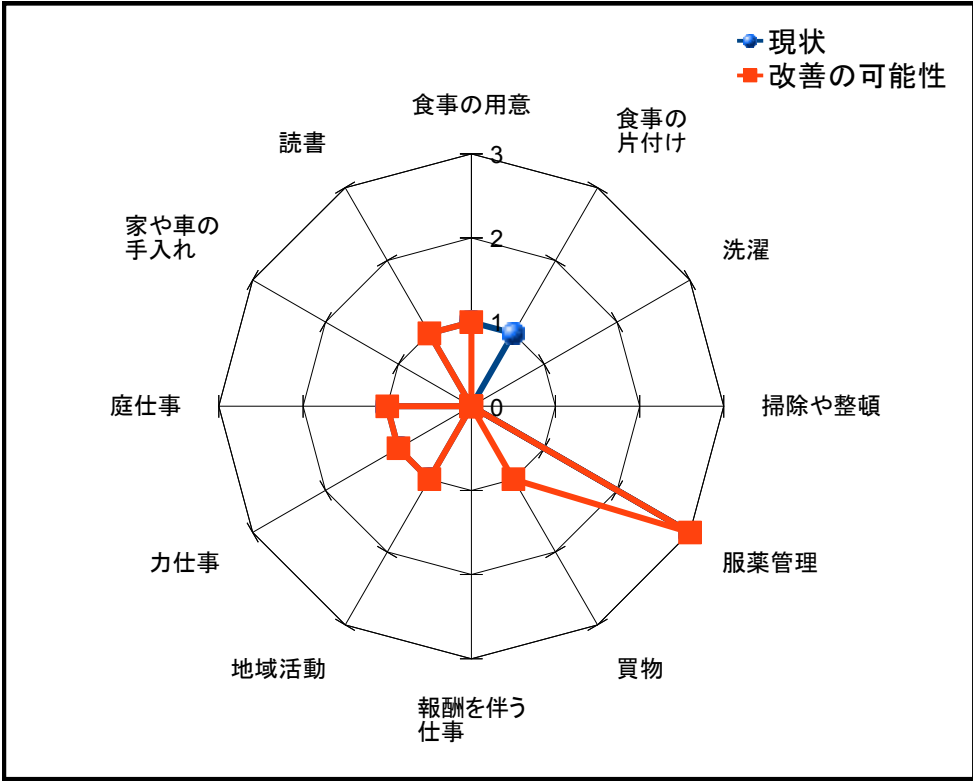
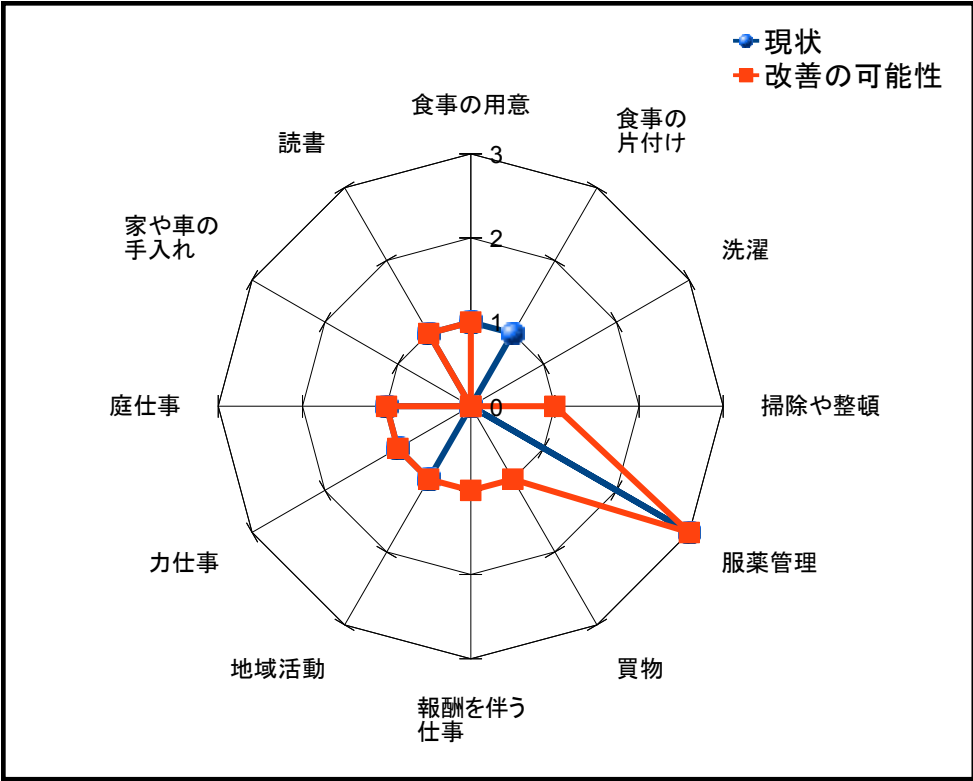
アセスメント項目	行っているADL	出来るADL	改善の可能性	アセスメント項目	行っているADL	出来るADL	改善の可能性
基本動作	5	5	5	整容	3	3	3
歩行・移動	3	3	3	衣服着脱	2	2	2
排泄	4	4	4	余暇	2	2	2
入浴	3	3	3	交流	4	2	3
食事動作	3	2	2	オリエンテーション	2	5	3
嚥下	4	4	4	コミュニケーション	3	4	4
口腔ケア	3	3	4	精神機能	2	4	5

活動チャート(IADL)

氏名: * 石 二 * 年齢: 68 歳 性別: (男) ・ 女)

■今回 計画作成日:R2/4/1、記録日:R2/4/1

■前回 計画作成日:R2/1/1、記録日:R2/1/1



<合計> 現状:9 改善の可能性:11

アセスメント項目	現状	改善の可能性	アセスメント項目	現状	改善の可能性
食事の用意	1	1	報酬を伴う仕事	0	1
食事の片付け	1	0	地域活動	1	1
洗濯	0	0	力仕事	1	1
掃除や整頓	0	1	庭仕事	1	1
服薬管理	3	3	家や車の手入れ	0	0
買物	0	1	読書	1	1

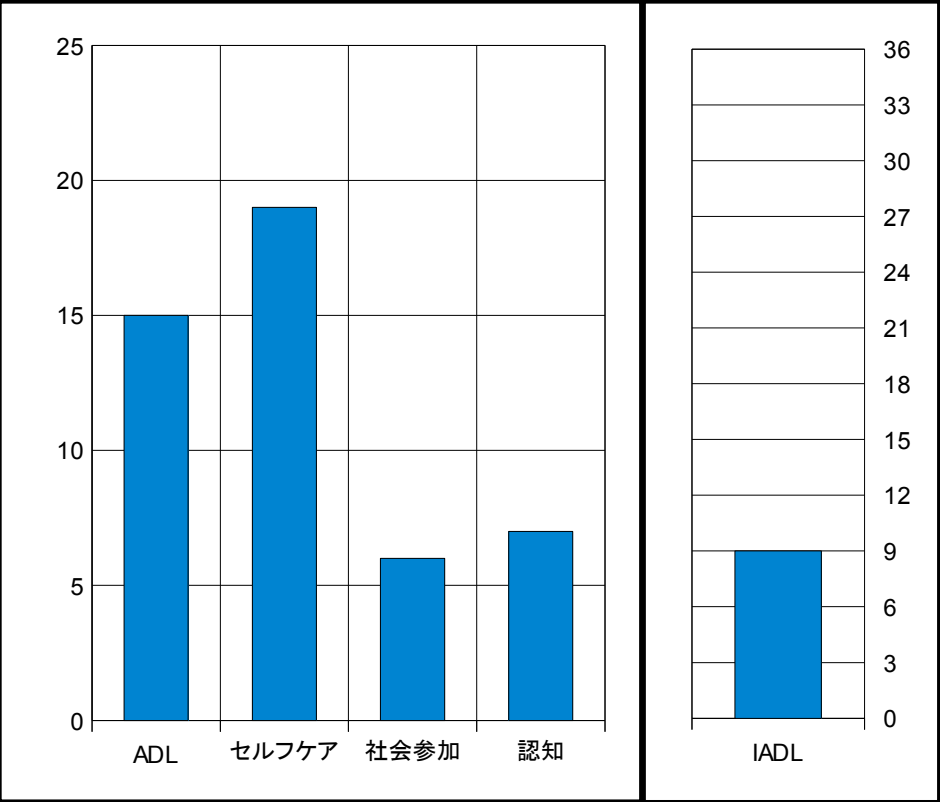
<合計> 現状:9 改善の可能性:9

アセスメント項目	現状	改善の可能性	アセスメント項目	現状	改善の可能性
食事の用意	1	1	報酬を伴う仕事	0	0
食事の片付け	1	0	地域活動	1	1
洗濯	0	0	力仕事	1	1
掃除や整頓	0	0	庭仕事	1	1
服薬管理	3	3	家や車の手入れ	0	0
買物	0	1	読書	1	1

活動チャート （合計:行っているADL/現状）

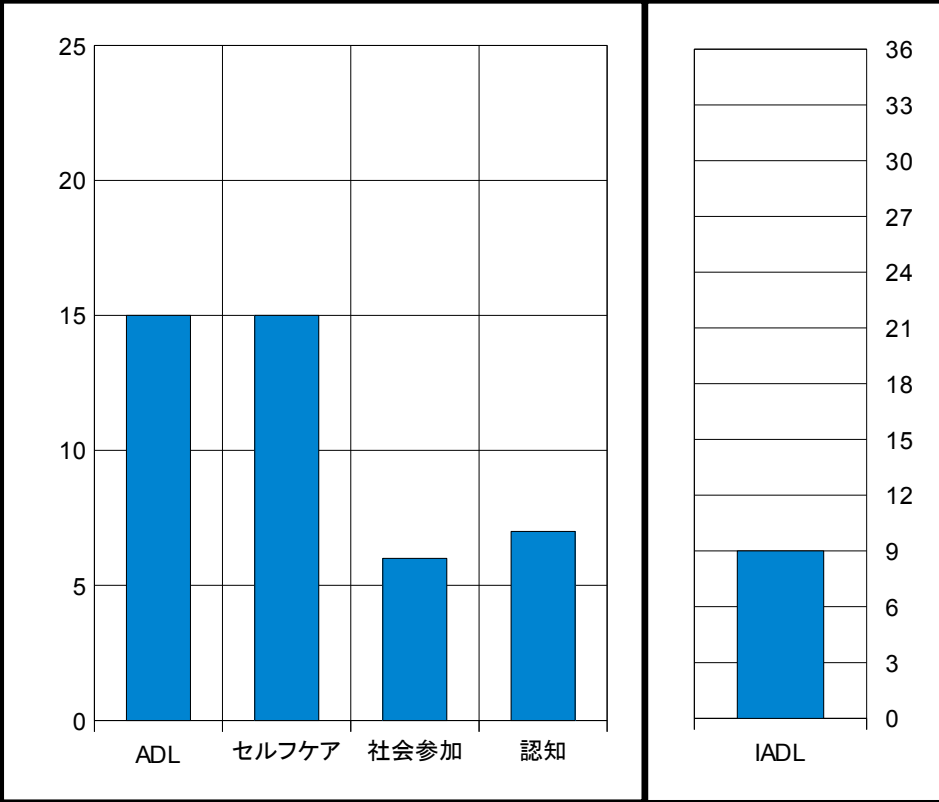
氏名: * 石 二 * 年齢: 68 歳 性別: (男 ・ 女)

■今回 計画作成日:R2/4/1、記録日:R2/4/1



<合計> ADL:15 セルフケア:19
社会参加:6 認知:7
IADL:9

■前回 計画作成日:R2/1/1、記録日:R2/1/1



<合計> ADL:15 セルフケア:15
社会参加:6 認知:7
IADL:9

プレ・インタビュー・シート

お名前：*石 二*

様

これは当施設のご利用を希望される皆さまに、より適切なサービスを提供することができるよう、ご要望などをおうかがいするための用紙です。
 ご本人、主に介護をされている（今後、介護を予定されている）方、ご親族の皆さまともよくご相談をなさってください。
 そのうえで率直なお考えをお書きください。
 そして次回の面接日にお持ちください。事前にお送りいただいても結構です。
 ※サービス利用にあたっての「必ず提出しなければならない書類」ではありませんが、できるかぎりご提出をお願いいたします。
 もちろん、ご記入できるところだけで結構です。

【サービスの利用目的】

サービス利用をご希望されるのは、どのような目的ですか？

該当するものすべてに○印をつけてください。

また、入所を申し込みされる理由として、特に伝えておきたいことがあれば、具体的に記述欄にお書きください。

利用希望サービス：施設入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリテーション

ご本人

1. 今の時点では自宅の生活に支障があるのでサービスを利用したい
2. その支障は、身体機能に困難なことがあるから
3. その支障は、認知機能に困難なことがあるから
4. その支障は、介護している人やご家族が困難を感じているから
5. その支障は、家の中の段差などの構造によるものだから
6. ひとつふたつではなく、いろいろな理由から
7. ほかに人から勧められたから
8. とにかく在宅での生活が無理だから
9. その他()

※記述欄

利用希望サービス：施設入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリテーション

ご家族

1. 今の時点では自宅の生活に支障があるのでサービスを利用したい
2. その支障は、身体機能に困難なことがあるから
3. その支障は、認知機能に困難なことがあるから
4. その支障は、介護している人やご家族が困難を感じているから
5. その支障は、家の中の段差などの構造によるものだから
6. ひとつふたつではなく、いろいろな理由から
7. ほかに人から勧められたから
8. とにかく在宅での介護をしていくのが無理だから
9. その他()

※記述欄

【サービスを利用の希望と目標】

サービスを利用することで、どのような目標を達成できればよいとお考えですか？
 また、サービスを利用されるにあたり、私たちにどのような要望がありますか？
 ごく簡単に結構ですから、お書きください。
 例えば、「車椅子から便器へ自力で乗り移りができるようになれば・・・」とか
 「夜は眠れるように生活のリズムを整えたい」、
 「介護をしている家族の体調が回復して、上手な介護方法を知りたい」、
 「今よりは少しでも介護の手間が少なくなるものなれば・・・」
 などというようなことです。

ご本人

ご家族

【ご自宅で(ご自宅での生活に向けて)困っていること、不安や不便に感じること】

ご面倒をおかけしますが、「こんなことに不便している・困っている」とか「手すりがあるとい
 いと思うが、どこにつけると便利なのか？」というような、ご自宅の生活での困りごとを記してく
 ださい。(大まかで結構ですので、ご自宅の間取りや広さ、庭や近隣の様子が見取り図をお
 描きいただければ、さらに助かります。)

お書きいただいた方(方々)のお名前と続柄

・ ()

・ ()

・ ()

・ ()

ご協力ありがとうございました。

入所		A-1 インテーク:ニーズアセスメント・シート								新規			
氏名	*カシロ*		男	昭和26年6月13日					68 歳	ID	1036		
	石 二		様	住所 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地					TEL. 099-XXX-XXXX		作成日	令和2年4月1日	
保証人: *石 太*			(続柄) 長男	住所: 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地								TEL. 099-XXX-XXXX	
緊急連絡先:① 家族や住民			(続柄)	② 家族や住民			(続柄)	③					(続柄)
名前: *石 太*			長男	名前: *石 五*			次男	名前:					
住所: 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地				住所: 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地				住所:					
TEL1: 099-XXX-XXXX			住所地	TEL1: 099-XXXX-XXXX			住所地	TEL1:					
TEL2:				TEL2: 090-XXXX-XXXX			携帯番号	TEL2:					
介護保険	保険者: ●●市		被保険者番号: 00000XXXXX					利用者負担段階		第一段階			
	要介護度	要介護4	有効期間	令和2年2月1日 ~ 令和3年1月31日				自立度 (障害/認知)		A1 I			
	保険者意見等: 認定審査会の意見						担当介護支援専門員: 東● ●朗						
	かかりつけ医 ●村 陽●						居宅介護支援事業者: ケアセンター「み●●」						
							連絡先: 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地						
現病歴	発症日時		病名		治療状況等(入院・通院)					医療機関			
	令和1年10月10日		心筋梗塞							南●●クリニック			
生活史(インテークまでの経緯) 鹿児島県鹿児島市生まれ、地元高校卒業後、実家の鮮魚店を手伝う。 25歳で結婚、2女に恵まれる。 朝早くから立ちっぱなしでお店を切り盛りする。 地元の商店街の野球チームに入り、日曜ごとに試合をしたり 商店街のお祭りの企画をするなど社交的に活動する。 3年前に鮮魚店をたたみ、2階建てにて暮らしている。							利用申し込みに至った経緯 R1/1/30.ろれつが回らなくなり〇健保組合総合病院に 緊急搬送され、脳出血の診断。 保存療法後回復期利は病棟を経て要介護4で施設へ。						
							現在の居所:						
							趣味・嗜好等						
一日の過ごし方													
4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時	24時	2時		
	起床	朝食	テレビ鑑賞	リハビリ	昼食	昼寝	入浴	夕食	就寝				
一週間の過ごし方													

家族図		家族の状況				在宅療養/家族の関わり方に関する状況 長男:週に1回程度、顔を見に行き食事の世話や掃除・選択を手伝う。買い物などで車に乗せて外出することもある。仕事をしている為、日々の介護にはあまり積極的ではないが、頻繁に連絡をとり気にかけている様子。孫は*石さんの世話をよく見ていて、長男さんも頼りにしている様子。 長男:離れている為、頼りにならない。連絡を取ってもすぐに駆けつけることは出来ない様子。
		氏名	年齢	続柄	同居	
		① * 石 太 *	44	長男	同居	
		② * 石 五 *	40	次男	非同居	
		③				
		④				
		⑤				
		⑥				
		⑦				
		⑧				
日付	利用形態 (入所・通所・短期)	本人:サービス利用の目的及び目標			家族:サービス利用の目的及び目標	
R2/4/1	入所	2回目の心筋梗塞発症に、すこしショックを受けている。また前回よりも、左まひの症状がひどく自分で動きたい気持ちと、思うように動かす事が出来ない現実には落ち込みもある。言語が不明瞭になってしまうこと、起き上がり・歩行などにも苛立ちがある様子。歩行が出来るような理学・作業的リハビリを取り組み、在宅復帰したい。			長男:まだまだ父は若いので、一人暮らしを望むのであれば早く元気になって欲しい。一人暮らしは心配もあるが、食事や買い物の手伝いは出来るけれど、仕事もあるので、日々の介護にはなかなか時間が取れない。もちろん、身体が回復しなければ、自分と同居して息子と共に、生活したいと考えている。本人の意欲と気持ちを尊重したい。	
特記事項						
利用状況						
サービス種別		事業者		利用状況		備考
老健入所		介護老人保健施設 ● 苑		入所中		
◆書類等(確認返却したものには✓マーク、受領したものは○、提出依頼したものは△、不要・無には×を付しておく)				居宅の介護支援専門員との連携状況		
被保険者証		・介護 ○	・医療 ○	ケアマネジメント連絡表		○ 栄養士や理学療法士、作業療法士などの専門職の職員には、情報の登録をお願いしています。多職種連携にも本格的に取り組んでいくために、去年から多職種カンファレンス・栄養マネジメント会議に力を入れています。
負担限度額認定証		○ 障害手帳		○		
診療情報提供書		○ 公費医療受給者証		○		
サマリー(看介護・リハ)		△				
◆重要事項説明書の説明と合意:				ⓧ		未
◆リスク説明書に基づく説明と合意:				ⓧ		未
◆その他、特記事項						
◆本シートに記入する内容についての合意:				ⓧ		未
※居宅サービスについては、居宅サービス計画書等の写しを参照						

A-2 インテーク: 適性アセスメント・シート		利用者氏名	要介護度	障害自立度	A1
〔及び(判定後)→暫定ケアプラン〕		*カシジロ* *石 二*	要介護4	認知症自立度	I
ID: 1036		様			
添付書類等:		作成開始日: 令和2年4月1日			
ステージ 図 等 区分		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)			
基本動作		④	④座位での乗り移り 健側のみでしっかりした固定物につかまれば可能だが、日常的には2分間以上立っていることは稀。		
歩行・移動		③	③安定した歩行 杖を使用したり、壁などあればゆっくりでも歩行は可能。		
移動手段	○ 1. T字杖の利用 8. × 2. 装具(短下肢装具等) 9. × 3. 歩行器(ウォーカー、シニアカー等)の利用 10. × 4. しがみつき歩行器の利用(サークル歩行) ○ 5. 車椅子の利用 × 6. リクライニング式車椅子の利用 × 7. 介助者や付き添いの必要				
認知機能	a オリエンテーション	③	③他者に関する見当識 認知機能についてはなんら支障はない。		
	b コミュニケーション	⑤	⑤複雑な人間関係の保持 妻に用事を言いつけるほか、テレビをみながらコメントをしている。		
	c 精神活動	⑤	⑤時間管理ができる 全て、妻まかせ。昔ながらの習慣で、家庭内の事は、何もしない。		
	d 周辺症状	A群		B群	
		■ 世話を拒否する ■ 不適切に泣いたり笑ったりする □ 興奮して手足を動かす □ 理由なく金切り声をあげる □ 衣服や器物を破壊する □ 食物などを投げる 合計数: 2		■ 食べ過ぎる □ タンス等の中身を出したり、引っかき回す □ 日中屋外や屋内をうろつきまわる □ 昼間、寝てばかりいる ■ 同じことを何度も聞く □ 不適切な場所での排尿 合計数: 2	
		その他の周辺症状			
食事動作		⑤	⑤上手に食べること 食べこぼしは無いが、準備が出来ない。		
食事形態	【主食】 軟飯 軟飯 【副食】 軟菜 きざみ 軟飯 【水分】 通常 ソフト 【補助具】 スプーン 通常 【療養食】 きざみ食 スプーン スプーン				
排泄動作		④	④ズボンやパンツの上げ下ろし 床上で自力でしているが、パジャマで居る事の方が多い。		
排泄の形態	日中: ポータブルトイレ 夜間: おむつ				
尿意	尿意 有り 便意 有り		尿意は1日、4~5回 便意は2日に1回程度		
入浴動作		②	②入浴の実施 シャワー浴のみ、洗身は妻が介助している。		
入浴手段	洗身は妻の介助				
整容	a 口腔ケア	④	④歯みがき 妻にセッティングしてもらった電動歯ブラシを使用。手入れも妻が対応している。		
	b 整容	④	④髭剃り・スキンケア・整髪 爪切りは、両手とも妻に対応して貰っている。髭剃りは、電動シェーバーで、自分でしている。		
	c 衣服	④	④ズボンやパンツの着脱 床上で自力でしているが、着替える回数が、週に2~3回だけ		
余暇		②	②テレビ 外に出る事無く、歌番組等観ている。		
交流		③	③友人との会話 妻や長男、月に何度か訪れる兄や友人とは会話あり。		
嚥下機能		④	④吸引(ストロー・吸飲み) 【菌】 自菌 もともと咳き込む(気管炎が弱い)ため、嚥下時にむせることがある。		
入所前 早期訪問の情報(在宅環境の状況) 訪問日: 令和2年3月15日 移動機能を中心に入所後は機能向上が確実なので、退所を検討する時点で再訪問して環境整備を考える事とした。		その他特記事項			

医療

特記事項（器具・補助具の状況及びリスク等）
現病の状況及び投薬：安定性も含めて、添付の診療情報提供所の写しを参照のこと現主治医の「病状の安定性」の意見
⇒安定・不安定・不明・コメントなし

身体状況等、その他の特記事項

- ・身長・体重： 160cm、50Kg、(R2/4/1 時点)
- ・麻痺・拘縮： 左足関節やや尖足気味で可動域制限あり
- ・筋力： 両下肢筋力低下
- ・視力： 近視と乱視で、眼鏡使用
- ・聴力： 普通の声量で、問題無し
- ・認知関連データ： 正常と思われる。(HDR-SIは、拒否)
- ・皮膚の状態等： 特記事項なし
- ・嗜好・禁忌等： アレルギー含め、特になし
- ・その他： なし

リスクマネジメント情報
(概ね過去6か月間に発生した事象)

転倒	無し	誤嚥	無し
発熱	無し	骨折	無し
褥瘡	有り	せん妄	有り
脱水	無し		
転落	無し		

インテークに関わった専門職のコメント

介護相子(SW兼CM): 廃用の認識はあったものの、周囲から怠情さを指摘され続けた事に反発して、投げやりな気分でしたようである。
主治医の勧めや今回の面談を通して、老健入所に前向きな発言があり、本人や家族曰く「その気」になった様子。
OT: A-2のステージング評価を実施。訪問面談で簡易評価をして可逆性を示唆した所、SWのコメントの通り。
入所して1ヶ月ほどした後の評価をしてから検討したい。

令和2年4月1日 : 愛媛 悟朗

新規 サービス利用判定会議

区分: 入所

開催日	令和2年4月1日				判定結果	適当(一般)
出席者	医師	* 知 小 *	栄養士		判定理由	本人、家族とともに老健について理解した上で入所してのリハビリを希望し、運動機能向上を期待しており、期待に応えられると考えられる。 また、環境評価と整備の希望もあり、それにも応じられる。 一方で、退所後の居宅介護支援も希望されているが、それは、後日、現在の介護支援専門員と相談して検討。
	看護師	* 賀 桐 *	支援相談員			
	介護職	* 分 *	介護支援専門員	* 京 一 *		
	リハ職	* 阜 梅 *	リスクマネジャー			

暫定ケアプラン(リスク・リハビリテーション等)

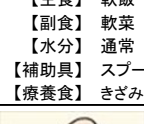
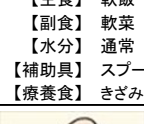
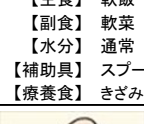
- ①転倒のリスクが高いため、療養室を和室仕様としたうえで、ベッドを使用(現在の家庭環境と同様にする)。
②PT、OTの評価に基づき、生活の中でのリハビリとリスクについて早急に全スタッフに周知し、実行する。
③リハ室のトラックアウトを使ってもらい、楽しみを見つけてもらう。
④年齢のことを気にされているので、他の利用者とのコミュニケーションについて観察する。
- ⑤1日中パジャマ生活で下着もあまり着替えない⇒老健では 日中は、普段着であることを踏まえ、働きかけよりも観察重視。
⑥出来ない事も「自分で出来る」と言われているとの事⇒動作時は近位監視を原則とする。

サービスの提供	短期集中リハビリの実施	有り	入所後の早期訪問の実施	有り
	認知症短期集中リハビリの実施	無し	リハビリマネジメントの実施(通所)	無し
	個別リハビリの実施	有り	通所リハビリ計画作成、見直し	無し
	栄養ケア・マネジメントの実施	有り		
	経口移行加算	無し		
	経口維持加算(Ⅰ、Ⅱ)	無し		

本暫定ケアプランについて、その内容の説明を受け、同意致します。
ご家族氏名:

年 月 日

説明者

A-2インテーク:適性アセスメント・シート 〔及び(判定後)→暫定ケアプラン〕			利用者氏名 *カシジロ* * 石 二 *		要介護度		障害自立度		A1																						
			ID: 1036		要介護4		認知症自立度		I																						
添付書類等:					作成開始日: 令和2年4月1日																										
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">ステージ</th> <th rowspan="2">特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)</th> </tr> <tr> <th>図</th> <th>等</th> </tr> <tr> <td rowspan="2">基本動作</td> <td></td> <td>④</td> </tr> <tr> <td></td> <td>③</td> </tr> </table>					ステージ		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)	図	等	基本動作		④		③	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">ステージ</th> <th rowspan="2">特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)</th> </tr> <tr> <th>図</th> <th>等</th> </tr> <tr> <td rowspan="2">食事動作</td> <td></td> <td>⑤</td> </tr> <tr> <td></td> <td>④</td> </tr> </table>							ステージ		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)	図	等	食事動作		⑤		④
ステージ		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)																													
図	等																														
基本動作		④																													
		③																													
ステージ		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)																													
図	等																														
食事動作		⑤																													
		④																													
移動手段 ○ 1. T字杖の利用 8. × 2. 装具(短下肢装具等) 9. × 3. 歩行器(ウォーカー、シニアカー等)の利用 10. × 4. しがみつき歩行器の利用(サークル歩行) ○ 5. 車椅子の利用 × 6. リクライニング式車椅子の利用 × 7. 介助者や付き添いの必要					排泄動作 ④ズボンやパンツの上げ下ろし 床上で自力でしているが、パジャマで居る事の方が多い。																										
認知機能 a オリエンテーション ③ ③他者に関する見当識 認知機能についてはなんら支障はない。 b コミュニケーション ⑤ ⑤複雑な人間関係の保持 妻に用事を言いつけるほか、テレビをみながらコメントをしている。 c 精神活動 ⑤ ⑤時間管理ができる 全て、妻まかせ。昔ながらの習慣で、家庭内の事は、何もしない。 d 周辺症状 <table border="1"> <tr> <th>A群</th> <th>B群</th> </tr> <tr> <td> ■ 世話を拒否する ■ 不適切に泣いたり笑ったりする □ 興奮して手足を動かす □ 理由なく金切り声をあげる □ 衣服や器物を破壊する □ 食物などを投げる 合計数: 2 </td> <td> ■ 食べ過ぎる □ タンス等の中身を出したり、引っかき回す □ 日中屋外や屋内をうろつきまわる □ 昼間、寝てばかりいる ■ 同じことを何度も聞く □ 不適切な場所での排尿 合計数: 2 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他の周辺症状</td> </tr> </table>					A群	B群	■ 世話を拒否する ■ 不適切に泣いたり笑ったりする □ 興奮して手足を動かす □ 理由なく金切り声をあげる □ 衣服や器物を破壊する □ 食物などを投げる 合計数: 2	■ 食べ過ぎる □ タンス等の中身を出したり、引っかき回す □ 日中屋外や屋内をうろつきまわる □ 昼間、寝てばかりいる ■ 同じことを何度も聞く □ 不適切な場所での排尿 合計数: 2	その他の周辺症状		尿意 有リ 尿意は1日、4~5回 便意 有リ 便意は2日に1回程度 入浴動作 ② ②入浴の実施 シャワー浴のみ、洗身は妻が介助している。 入浴手段 洗身は妻の介助 a 口腔ケア ④ ④歯みがき 妻にセッティングしてもらった電動歯ブラシを使用。手入れも妻が対応している。 b 整容 ④ ④髭剃り・スキンケア・整髪 爪切りは、両手とも妻に対応して貰っている。髭剃りは、電動シェーバーで、自分でしている。 c 衣服 ④ ④ズボンやパンツの着脱 床上で自力でしているが、着替える回数が、週に2~3回だけ 余暇 ② ②テレビ 外に出る事無く、歌番組等観ている。 交流 ③ ③友人との会話 妻や長男、月に何度か訪れる兄や友人とは会話あり。																				
A群	B群																														
■ 世話を拒否する ■ 不適切に泣いたり笑ったりする □ 興奮して手足を動かす □ 理由なく金切り声をあげる □ 衣服や器物を破壊する □ 食物などを投げる 合計数: 2	■ 食べ過ぎる □ タンス等の中身を出したり、引っかき回す □ 日中屋外や屋内をうろつきまわる □ 昼間、寝てばかりいる ■ 同じことを何度も聞く □ 不適切な場所での排尿 合計数: 2																														
その他の周辺症状																															
嚥下機能 ④ ④吸引(ストロー・吸飲み) 【菌】 自菌 もともと咳き込む(気管支炎が弱い)ため、嚥下時にむせることがある。					その他特記事項																										
入所前 早期訪問の情報(在宅環境の状況) 訪問日: 令和2年3月15日 移動機能を中心に入所後は機能向上が確実なので、退所を検討する時点で再訪問して環境整備を考える事とした。																															

1036	* 石 二 *	様	介護老人保健施設 ● 苑		
医療	特記事項（器具・補助具の状況及びリスク等） 現病の状況及び投薬：安定性も含めて、添付の診療情報提供所の写しを参照のこと現主治医の「病状の安定性」の意見 ⇒安定・不安定・不明・コメントなし				
身体状況等、その他の特記事項 ・身長・体重： 160cm、50Kg、(R2/4/1 時点) ・麻痺・拘縮： 左足関節やや尖足気味で可動域制限あり ・筋力： 両下肢筋力低下 ・視力： 近視と乱視で、眼鏡使用 ・聴力： 普通の声量で、問題無し ・認知関連データ： 正常と思われる。(HDR-SIは、拒否) ・皮膚の状態等： 特記事項なし ・嗜好・禁忌等： アレルギー含め、特になし ・その他： なし		リスクマネジメント情報 (概ね過去6か月間に発生した事象)			
		転倒	無し	誤嚥	無し
		発熱	無し	骨折	無し
		褥瘡	有り	せん妄	有り
		脱水	無し		
		転落	無し		
インテークに関わった専門職のコメント 介護相子(SW兼CM)：廃用の認識はあったものの、周囲から怠惰さを指摘され続けた事に反発して、投げやりな気分であったようである。 主治医の勧めや今回の面談を通して、老健入所に前向きな発言があり、本人や家族曰く「その気」になった様子。 OT：A-2のステージング評価を実施。訪問面談で簡易評価をして可逆性を示唆した所、SWのコメントの通り。 入所して1ヶ月ほどした後の評価をしてから検討したい。					
令和2年4月1日 愛媛 悟朗					
新規 サービス利用判定会議 区分： 入所					
開催日	令和2年4月1日			判定結果	適当(一般)
出席者	医師	* 知 小 *	栄養士	判定理由	本人、家族とともに老健について理解した上で入所してのリハビリを希望し、運動機能向上を期待しており、期待に応えられると考えられる。 また、環境評価と整備の希望もあり、それにも応じられる。 一方で、退所後の居宅介護支援も希望されているが、それは、後日、現在の介護支援専門員と相談して検討。
	看護師	* 賀 桐 *	支援相談員		
	介護職	* 分 *	介護支援専門員		
	リハ職	* 阜 梅 *	リスクマネジャー		
暫定ケアプラン(リスク・リハビリテーション等)					
①転倒のリスクが高いため、療養室を和室仕様としたうえで、ベッドを使用(現在の家庭環境と同様にする)。 ②PT、OTの評価に基づき、生活の中でのリハビリとリスクについて早急に全スタッフに周知し、実行する。 ③リハ室のトラックアウトを使ってもらい、楽しみを見つけてもらう。 ④年齢のことを気にされているので、他の利用者とのコミュニケーションについて観察する。			⑤1日中パジャマ生活で下着もあまり着替えない⇒老健では 日中は、普段着であることを踏まえ、働きかけよりも観察重視。 ⑥出来ない事も「自分で出来る」と言われているとの事⇒動作時は近位監視を原則とする。		
サービスの提供	短期集中リハビリの実施	有り	継続的・定期的な利用についての希望・見通し等		
	認知症短期集中リハビリの実施	無し			
	個別リハビリの実施	有り			
	栄養ケア・マネジメントの実施	有り			
	経口移行加算	無し			
	経口維持加算(Ⅰ、Ⅱ)	無し			

本暫定ケアプランについて、その内容の説明を受け、同意致します。	年 月 日	説明者
ご家族氏名：		

A-3:生活機能(ICF)アセスメント [ICFステージング]			利用者氏名 *カシジロ* * 石 二 *		要介護度 要介護4		障害自立度 認知症自立度		A1 I		
ID: 1036			入所日: 令和2年4月1日		評価日: 令和2年4月3日						
入所時			ヶ月後		入所日		評価日				
ステージ			特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)		ステージ			特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)			
図 等 区分					図 等 区分						
基本動作			②		②寝返り 健側のみでしっかりした固定物につかまれば可能だが、日常的には3分間以上立っていることは稀。		食事動作			④	
	→							→			
歩行・移動			③		③安定した歩行 杖を使用したり、壁などあればゆっくりでも歩行は可能。		食事形態	【主食】 軟飯		軟飯	
	→							【副食】 軟菜		きざみ ソフト	
移動手段							排泄動作	【水分】 通常		通常	
								【補助具】 スプーン		スプーン スプーン	
移動手段	○ 1. T字杖の利用		8.				排泄の形態	日中: ポータブルトイレ 夜間: おむつ			
	× 2. 装具(短下肢装具等)		9.								
移動手段	× 3. 歩行器(ウォーカー、シニアカー等)の利用		10.				尿意	尿意 有り		尿意は1日、4~5回	
	× 4. しがみつき歩行器の利用(サークル歩行)							便意 有り		便意は2日に1回程度	
移動手段	○ 5. 車椅子の利用						入浴動作			②	
	× 6. リクライニング式車椅子の利用							→			
移動手段	× 7. 介助者や付き添いの必要						入浴手段				
認知機能	a オリエンテーション		⑤		⑤年月日がわかる 認知機能についてはなんら支障はない。		口腔ケア			④	
	→							→			
認知機能	b コミュニケーション		⑤		⑤複雑な人間関係の保持 数人の利用者との会話を、楽しんでいる。		整容			④	
	→							→			
認知機能	c 精神活動		⑤		⑤時間管理ができる 感情が突然、表出することがまれにある。		衣服			④	
	→							→			
認知機能	d 周辺症状						余暇			②	
								→			
嚥下機能			④		④吸引(ストロー・吸飲み) 【菌】 自菌 もともと咳き込む(気管支炎が弱い)ため、嚥下時にむせることがある。		交流			③	
	→							→			
入所後 早期訪問の情報(在宅環境の状況) 訪問日: 令和2年4月6日 移動機能を中心に入所後は機能向上が確実なので、退所を検討する時点で再訪問して環境整備を考える事とした。						その他特記事項					

医 療	特記事項（器具・補助具の状況及びリスク等） 現病の状況及び投薬：安定性も含めて、添付の診療情報提供所の写しを参照のこと現主治医の「病状の安定性」の意見 ⇒安定・不安定・不明・コメントなし					
	実行状況の評価及び見直し判定 判定日： 令和2年5月1日					
各 職 種 か ら の コ メ ン ト	実行状況の評価（利用者満足度も含む）			見直し判定		
	介護師 * 玉 あや *	①依存心が強く、出来る事もしない。 ②部屋にこもりがちなので、楽しみを見つけてもらう。			①語れた入所目標を伝えつつ、先ずは着替えと入浴時のできる範囲の洗身・洗髪をするように少しずつ促していく。 ②共通の趣味を持つ利用者との交流の仲介をする。	
	リハビリ * 形 壮 *	①キャパシティは確実にあり、現時点でも自立レベル ②リスクに対する認識が薄い			①着替えや入浴等含めてリハ室でのADL訓練を短期集中で行いフロアリハビリに繋げていく。 ②性格的なものと思われ、移乗時等はコールで見守って貰うよう伝達済み。認知機能に問題無くコールはしっかりと使っている。	
	医師 * 媛 悟 *	①特に問題はない			①通常のバイタルチェックで良く、隠れ飲酒と隠れタバコ以外は、取り立てて注意する事はない。	
	看護 * 賀 桐 *	①バイタルは安定しており、特に問題は無い			①今後、機能訓練等で日常生活上の負荷が増大する為の変化に留意する。	
	栄養 * 賀 撫 *	①自歯あり、嚥下機能も問題無い ②食事の味付け、メニューに不満がある ③BMI19.4で標準値である			①軟食で問題ない ②家族に持ち込み食を依頼して、気分を紛らわしてもらう ③維持を目標に筋力の強化を図るリハメニューを、活動量アップしてくれば、体重推移を見ながら食事量の調整を行う。	
	支援相談員 * 京 一 *	①入所目的を自信で理解されているが、それが日常生活に反映していない ②病院から退院時に「やってみたい事」を語られていた			①面談を通して少しずつ確認作業を行っていく ②妻、長男にも伝えて意欲をもって貰えるよう介入する	
本人・家族の意向	本人：這って生活しているのは不便だし、もっと動けなくなるのは不安、退院したときのようにになりたい気持ちはある 家族：一人暮らしは心配もあるが、食事や買い物の手伝いは出来るけれど、仕事もあるので、日々の介護にはなかなか時間が取れない。 もちろん、身体が回復しなければ、自分と同居して息子と共に、生活したいと考えている。 本人の意欲と気持ちを尊重したい。					
判定結果	入所継続	退所後に利用が想定されるサービスの検討： リハビリでの機能回復及び短期入所を検討		居宅介護支援専門員等への引継事項 栄養士や理学療法士、作業療法士などの専門職の意見を引継ぎします。多職種カンファレンス・栄養マネジメント会議を実施予定。		
判定理由	本人、家族共に老健について理解したうえで入所してのリハビリを希望し、運動機能向上を期待しており、期待に応えられると考えられる。 一方で、退所後の居宅介護支援も希望されているが、それは、後日、現在の介護支援専門員と相談して検討。	出席者	医師	* 媛 蜜 *	栄養士	* 賀 撫 *
			看護師	* 賀 桐 *	支援相談員	* 玉 あや *
			介護職	* 取 史 *	介護支援専門員	* 京 一 *
			リハ職	* 本 紅 *	リスクマネジャー	* 取 史 *

A-3: 生活機能 (ICF) アセスメント 【ICFステージング】			利用者氏名 *カシロ* * 石 二 *			要介護度 要介護4			障害自立度 認知症自立度			A1 I		
ID: 1036			利用開始日 令和2年4月1日			評価日 令和2年4月3日								
利用開始時			ヶ月後			利用開始日			評価日					
ステージ 図 等 区分			特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)			ステージ 図 等 区分			特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)					
基本動作 			② 寝返り 健側のみでしっかりした固定物につかまれば可能だが、日常的には3分間以上立っていることは稀。			食事動作 			④ 食べこぼし 食べこぼしは無いが、準備が出来ない。					
歩行・移動 			③ 安定した歩行 杖を使用したり、壁などあればゆっくりでも歩行は可能。			食事形態 【主食】 軟飯 【副食】 軟菜 【水分】 通常 【補助具】 スプーン 【療養食】			軟飯 きざみ 通常 スプーン 軟飯 ソフト 通常 スプーン					
移動手段 ○ 1. T字杖の利用 × 2. 装具(短下肢装具等) × 3. 歩行器(ウォーカー、シニアカー等)の利用 × 4. しがみつき歩行器の利用(サークル歩行) ○ 5. 車椅子の利用 × 6. リクライニング式車椅子の利用 × 7. 介助者や付き添いの必要			8. 9. 10.			排泄動作 			④ ④ズボンやパンツの上げ下ろし 床上で自力でしているが、パジャマで居る事が多い。					
認知機能 a オリエンテーション 			⑤ ⑤年月日がわかる 認知機能についてはなんら支障はない。			尿意 尿意 有り 便意 有り			尿意は1日、4~5回 便意は2日に1回程度					
b コミュニケーション 			⑤ ⑤複雑な人間関係の保持 数人の利用者との会話を、楽しんでいる。			入浴動作 			② ②入浴の実施 シャワー浴のみ、洗身は妻が介助している。					
c 精神活動 			⑤ ⑤時間管理ができる 感情が突然、表出することがまれにある。			入浴手段 a 口腔ケア 			④ ④歯みがき ラシを使用。手入れも妻が対応している。					
d 周辺症状 A群 ■ 世話を拒否する □ 不適切に泣いたり笑ったりする □ 興奮して手足を動かす □ 理由なく金切り声をあげる □ 衣服や器物を破壊する □ 食物などを投げる 合計数: 1			B群 ■ 食べ過ぎる □ タンス等の中身を出したり、引っかき回す □ 日中屋外や屋内をうろつきまわる ■ 昼間、寝てばかりいる □ 同じことを何度も聞く □ 不適切な場所での排尿 合計数: 2			整容 b 整容 			④ ④髭剃り・スキンケア・整髪 爪切りは、両手とも妻に対応して貰っている。髭剃りは、電動シェーバーで、自分でしている。					
④ ④吸引(ストロー・吸飲み) 【歯】 自歯 もともと咳き込む(気管支炎が弱い)ため、嚥下時にむせることがある。			④ ④ズボンやパンツの着脱 床上で自力でしているが、着替える事にそれ程気にせずに、容易に出来る様になった。			余暇 			② ②テレビ鑑賞の時間が少なくなった。					
嚥下機能 			④ ④友人との会話 利用者との会話を楽しめる様になった。			交流 			③ ③					
医療 特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等) 現病の状況及び投薬: 安定性も含めて、添付の診療情報提供所の写しを参照のこと現主治医の「病状の安定性」の意見 ⇒ 安定・不安定・不明・コメントなし														

実行状況の評価及びモニタリング結果

実施日： 令和2年5月1日

実行状況の評価(利用者満足度も含む)			サービス提供量・プログラム変更の必要性				
各職種からのコメント	介護師 * 玉 あや *	①依存心が強く、出来る事もしない。 ②部屋にこもりがちなので、楽しみを見つけてもらう。	①語れた入所目標を伝えつつ、まずは着替えと入浴時のできる範囲の洗身・洗髪をするように少しずつ促していく。 ②共通の趣味を持つ利用者との交流の仲介をする。				
	リハビリ * 形 壮 *	①キャパシティは確実にあり、現時点でも自立レベル ②リスクに対する認識が薄い	①着替えや入浴等含めてリハ室でのADL訓練を短期集中で行いフロアリハビリに繋げていく。 ②性格的なものと思われ、移乗時等はコールで見守って貰うよう伝達済み。認知機能に問題無くコールはしっかりと使えている。				
	医師 * 媛 悟 *	①特に問題はない	①通常のバイタルチェックで良く、隠れ飲酒と隠れタバコ以外は、取り立てて注意する事はない。				
	看護 * 賀 桐 *	①バイタルは安定しており、特に問題は無い	①今後、機能訓練等で日常生活上の負荷が増大する為の変化に留意する。				
	栄養 * 賀 撫 *	①自菌あり、嚥下機能も問題無い ②食事の味付け、メニューに不満がある ③BMI19.4で標準値である	①軟食で問題ない ②家族に持ち込み食を依頼して、気分を紛らわしてもらう ③維持を目標に筋力の強化を図るリハメニューを、活動量アップしてくれば、体重推移を見ながら食事量の調整を行う。				
	支援相談員 * 京 一 *	①入所目的を自信で理解されているが、それが日常生活に反映していない ②病院から退院時に「やってみたい事」を語られていた	①面談を通して少しずつ確認作業を行っていく ②妻、長男にも伝えて意欲をもって貰えるよう介入する				
判定結果	利用開始	居宅介護支援専門員等との協議・検討・連絡すべき事項： (利用が想定される他サービス等) 栄養士や理学療法士、作業療法士などの専門職の意見を引継ぎします。多職種カンファレンス・栄養マネジメント会議を実施予定。					
判定理由	本人、家族共に老健について理解したうえで入所してのリハビリを希望し、運動機能向上を期待しており、期待に応えられると考えられる。一方で、退所後の居宅介護支援も希望されているが、それは、後日、現在の介護支援専門員と相談して検討。		出席者	医師	* 媛 蜜 *	栄養士	* 賀 撫 *
		看護師		* 賀 桐 *	支援相談員	* 玉 あや *	
		介護職		* 取 史 *	介護支援専門員	* 京 一 *	
		リハ職		* 本 紅 *	リスクマネジャー	* 取 史 *	

生活機能チャート 重ねて表示

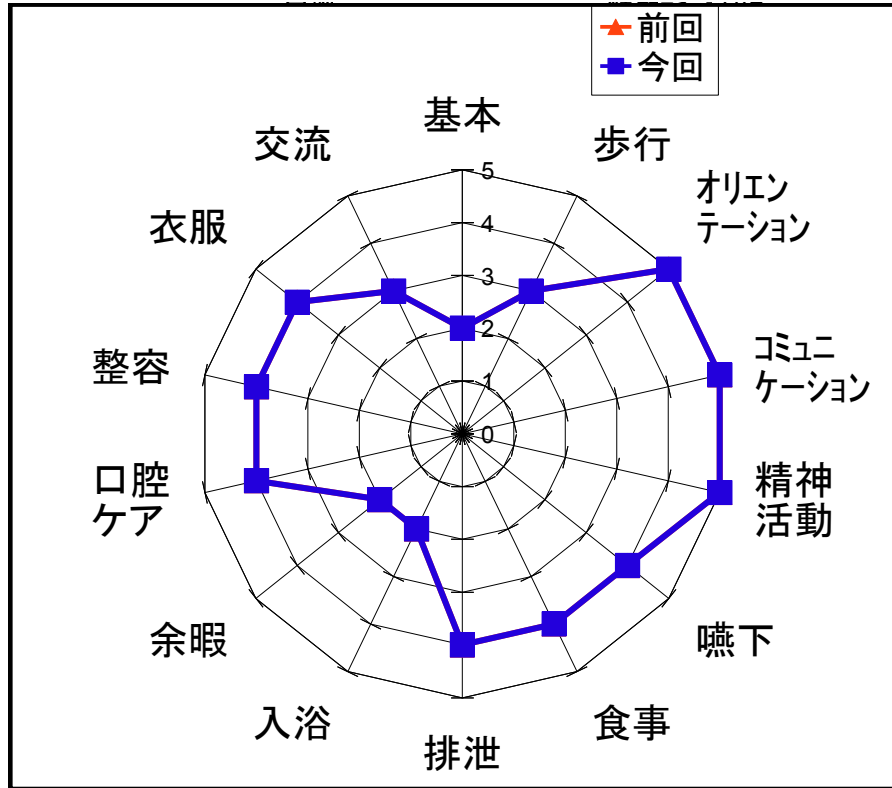
利用者名: * 石 二 *

68 歳 要介護4

今回 合計:51点 作成日:R2/4/1 記録日:R2/4/1

印刷日: R2/8/13

前回 合計:51点 作成日:H29/6/1 記録日:H29/6/1

[illegible]

生活機能チャート 左右に表示

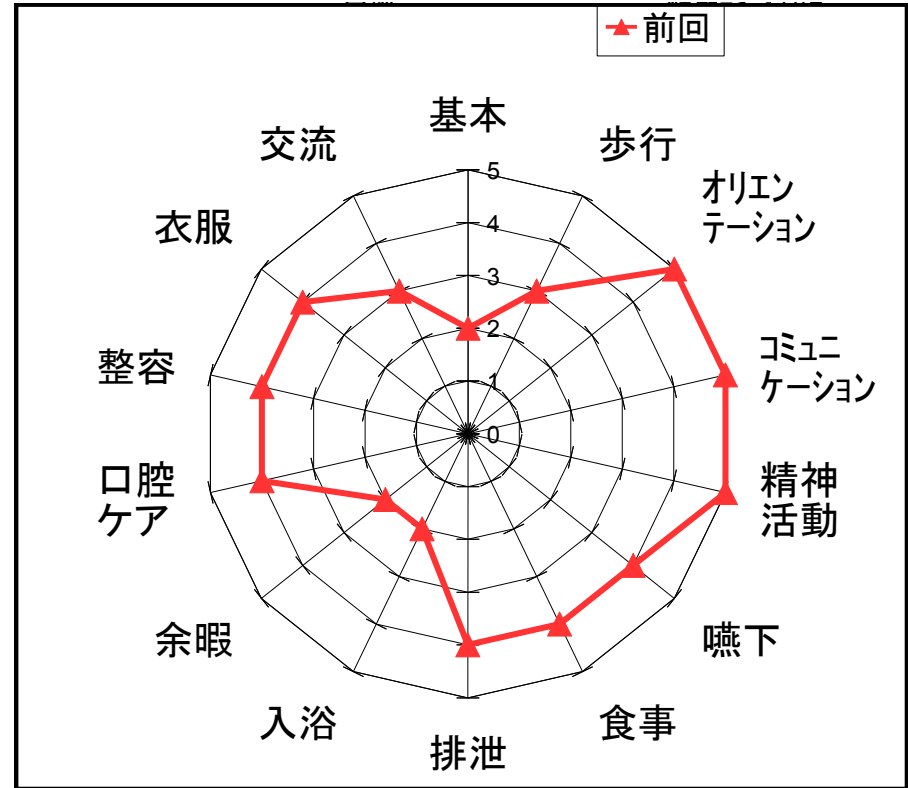
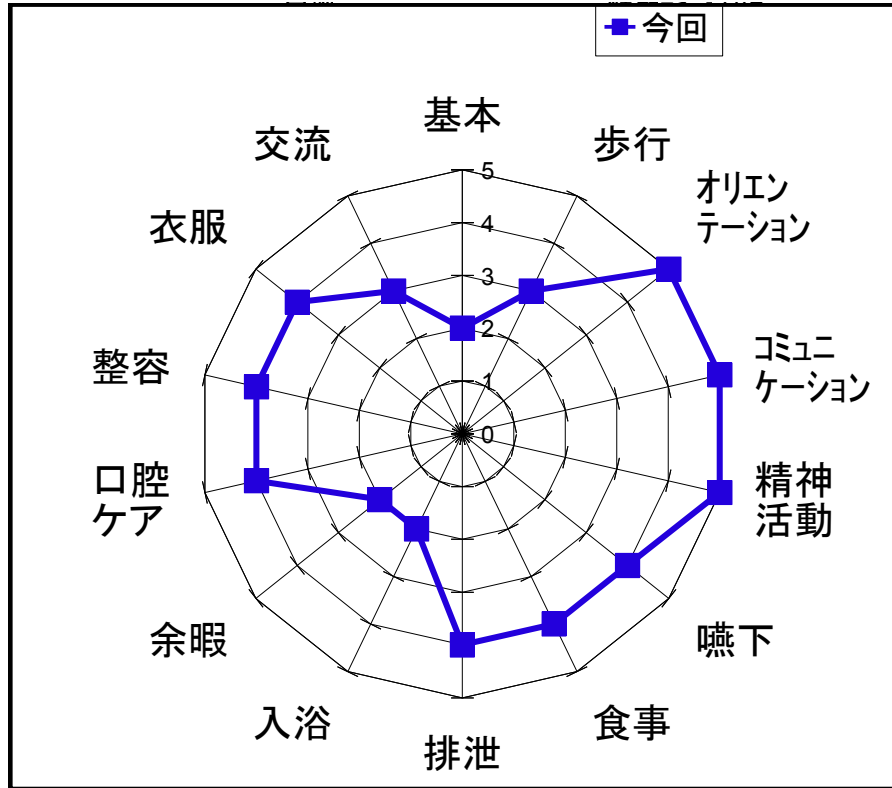
利用者名: * 石 二 *

68 歳 要介護4

今回 合計:51点 作成日:R2/4/1 記録日:R2/4/1

印刷日: R2/8/13

前回 合計:51点 作成日:H29/6/1 記録日:H29/6/1

[illegible]

入所

介護老人保健施設 ● 苑

利用者氏名 *カシジロ*	障害 自立度 A1	要介護度 要介護4	認定有効期間 令和2年2月1日 ～ 令和3年1月31日
* 石 二 *	様 認知症 自立度 I	介護支援専門員	愛 ● ● 菊 ㊞ 担当者 * 玉 あや * ㊞
原因疾患		発症及び経過	
脳出血後遺症左半身麻痺		H16/1/30.ろれつが回らなくなり○健保組合総合病院に緊急搬送され、脳出血の診断。 保存療法後回復期利は病棟を経て要介護1(A1/なし)で在宅へ。 特に介護保険サービスを利用せず、重荷長女がサポートするもADLが低下。	
専門職(チーム)アセスメント 及び 実施計画内容等の要点			
介護師 担当 * 玉 あや *	①依存心が強く、出来る事もしない。 ⇒語れた入所目標を伝えつつ、先ずは着替えと入浴時のできる範囲の洗身・洗髪をするように少しずつ促していく。 ②部屋にこもりがちなので、楽しみを見つけてもらう。 ⇒共通の趣味を持つ利用者との交流の仲介をする。	リハビリ 担当 * 形 壮 *	①キャパシティは確実にあり、現時点でも自立レベル ⇒着替えや入浴等含めてリハ室でのADL訓練を短期集中で行いフロアリハビリに繋げていく。 ②リスクに対する認識が薄い ⇒性格的なものと思われ、移乗時等はコールで見守って貰うよう伝達済み。認知機能に問題無くコールはしっかりと使っている。
医師 担当 * 媛 悟 *	①特に問題はない ⇒通常のバイタルチェックで良く、隠れ飲酒と隠れタバコ以外は、取り立てて注意する事はない。	看護 担当 * 賀 桐 *	①バイタルは安定しており、特に問題はない ⇒今後、機能訓練等で日常生活上の負荷が増大する為の変化に留意する。
栄養 担当 * 賀 撫 *	①自菌あり、嚥下機能も問題無い ⇒軟食で問題ない ②食事の味付け、メニューに不満がある ⇒家族に持ち込み食を依頼して、気分を紛らわしてもらう ③BMI19.4で標準値である ⇒維持を目標に筋力の強化を図るリハメニューを、活動量がアップしてくれば、体重推移を見ながら食事量の調整を行う。	支援相談員 担当 * 京 一 *	①入所目的を自信で理解されているが、それが日常生活に反映していない ⇒面談を通して少しずつ確認作業を行っていく ②病院から退院時に「やってみたい事」を語られていた ⇒妻、長男にも伝えて意欲をもって貰えるよう介入する

利用者及び家族の意向	総合的な援助方針
2回目の脳梗塞発症に、すこしショックを受けている。また前回よりも、左まひの症状がひどく自分で動きたい気持ちと、思うように動かし事が出来ない現実にはらだちもある。 言語が不明瞭になってしまうこと、起き上がり・歩行などにも苛立ちがある様子。 歩行が出来るような理学・作業的リハビリを取り組み、在宅復帰したい。 長女:まだまだお父さんは若いので、一人暮らしを望むのであれば早く元気になって欲しい。 一人暮らしは心配もあるが、食事や買い物の手伝いは出来るけれど、仕事もあるので、日々の介護にはなかなか時間が取れない。 もちろん、身体が回復しなければ、自分と同居して息子と共に、生活したいと考えている。 本人の意欲と気持ちを尊重したい。	・新たに何か病気になったり怪我をされた訳ではありませんので、心配される事無く、確実に今の状態は改善されますから、私どもと作ったプランで療養しましょう。

利用者氏名 *カシジロ*	障害 自立度 A1	要介護度 要介護4	認定有効期間 令和2年2月1日 ~ 令和3年1月31日
* 石 二 *	様 認知症 自立度 I		介護支援専門員 愛 ● ● 菊 担当者 * 玉 あや *

作成日 平成29年5月20日	目標(長期)	加算項目 短期集中リハ
-------------------	--------	----------------

課題 / ニード	目標(短期3か月)	ケア項目	ケア内容	担当	評価(日付:)
1. できること、できないことを確認して、できる事を行う	・日中は普段着ですごせる	生活リハビリ	・モーニングケア時に声掛けをする。最初の1週間は、着替えをベッド上に置くようにする	奈良 林 檜	
2. 「リハ室」でのリハビリの意欲が強いのでリハ室にいる時間を通常以上に増やす	・別添、リハ計画書に基づいたリハとは別に生活の中でのリハについて理解し、自主トレをする	・短期集中リハビリ ・個別リハビリ／趣味活動	・OTの訓練後、リハ室で看護・介護が自主トレに付き合う ・ストラックアウトをリハ室に移動しボラと楽しんでもらう	大分 萩	
3. 療養環境に馴染めるようにする	・好きなテレビ番組が見られる ・外出して外食を食べる	・趣味活動	・2週目からの歩行はあくまでも目安。評価を受けてから実施 テレビとヘッドホンを持参してもらい、療養室を301に変更する。個室が空けば個室に移動。 ・娘さんの協力を得て外食に出かけてもらう。食事に介助方法を指導。	大分 萩	

週 間 サ ー ビ ス 計 画 書								一日を通して特別必要な対応及び注意点
	月	火	水	木	金	土	日	
朝		短期集中リ ハビリ			短期集中リ ハ	フロアリハ ビリ		・服薬管理はしっかりとする ・食事は、出前か外出を希望されているので、できるだけ希望に応える ・指示をすると気に障るので、自発を促す 短期集中リハ・廃用症候群についての認識を高める
昼	趣味活動	入浴	個別リハビ リ 趣味活動	趣味活動	入浴			
夜								

本ケアプランについてその内容の説明を受け、同意し交付を受けました。

同意日: _____ 利用者氏名: _____ ご家族氏名: _____

利用者氏名 *カシロ*		障害自立度 認知症自立度	A1 I	要介護度 要介護4	認定有効期間 介護支援専門員	令和2年2月1日 ~ 令和3年1月31日	
様 * 石 二 *					愛● ● 菊 ㊞	担当者	* 玉 あや *
原因疾患					発症及び経過		
脳出血後遺症左半身麻痺					H16/1/30.ろれつが回らなくなり〇健保組合総合病院に緊急搬送され、脳出血の診断。 保存療法後回復期利は病棟を経て要介護1(A1／なし)で在宅へ。 特に介護保険サービスを利用せず、重荷長女がサポートするもADLが低下。		
専門職(チーム)アセスメント 及び 実施計画内容等の要点							
介護師 担当 * 玉 あや *	①依存心が強く、出来る事もしない。 ⇒語れた入所目標を伝えつつ、先ずは着替えと入浴時のできる範囲の洗身・洗髪をするように少しずつ促していく。 ②部屋にこもりがちなので、楽しみを見つけてもらう。 ⇒共通の趣味を持つ利用者との交流の仲介をする。				リハビリ 担当 * 形 壮 *	①キャパシティは確実にあり、現時点でも自立レベル ⇒着替えや入浴等含めてリハ室でのADL訓練を短期集中で行いフロアリハビリに繋げていく。 ②リスクに対する認識が薄い ⇒性格的なものと思われ、移乗時等はコールで見守って貰うよう伝達済み。認知機能に問題無くコールはしっかりと使っている。	
医師 担当 * 媛 悟 *	①特に問題はない ⇒通常のバイタルチェックで良く、隠れ飲酒と隠れタバコ以外は、取り立てて注意する事はない。				看護 担当 * 賀 桐 *	①バイタルは安定しており、特に問題はない ⇒今後、機能訓練等で日常生活上の負荷が増大する為の変化に留意する。	
栄養 担当 * 賀 撫 *	①自歯あり、嚥下機能も問題無い ⇒軟食で問題ない ②食事の味付け、メニューに不満がある ⇒家族に持ち込み食を依頼して、気分を紛らわしてもらう ③BMI19.4で標準値である ⇒維持を目標に筋力の強化を図るリハメニューを、活動量がアップしてくれば、体重推移を見ながら食事量の調整を行う。				支援相談員 担当 * 京 一 *	①入所目的を自信で理解されているが、それが日常生活に反映していない ⇒面談を通して少しずつ確認作業を行っていく ②病院から退院時に「やってみたい事」を語られていた ⇒妻、長男にも伝えて意欲をもって貰えるよう介入する	

利用者及び家族の意向	総合的な援助方針
2回目の脳梗塞発症に、すこしショックを受けている。また前回よりも、左まひの症状がひどく自分で動きたい気持ちと、思うように動かす事が出来ない現実には落ち込みもある。言語が不明瞭になってしまうこと、起き上がり・歩行などにも苛立ちがある様子。歩行が出来るような理学・作業的リハビリを取組み、在宅復帰したい。 長女:まだまだお父さんは若いので、一人暮らしを望むのであれば早く元気になって欲しい。一人暮らしは心配もあるが、食事や買い物の手伝いは出来るけれど、仕事もあるので、日々の介護にはなかなか時間が取れない。 もちろん、身体が回復しなければ、自分と同居して息子と共に、生活したいと考えている。本人の意欲と気持ちを尊重したい。	・新たに何か病気になったり怪我をされた訳ではありませんので、心配される事無く、確実に今の状態は改善されますから、私どもと作ったプランで療養しましょう。

作成日 平成29年5月20日	目標(長期)	加算項目1: 短期集中リハ	加算項目2:
		加算項目3:	加算項目4:

課題／ニーズ	目標(短期3ヶ月)	ケア項目	ケア内容	担当	評価(日付:)
1.できること、できないことを確認して、できる事を行う	・日中は普段着ですごせる	生活リハビリ	・モーニングケア時に声掛けをする。最初の1週間は、着替えをベッド上に置くようにする。	奈良 林檎	
2.「リハ室」でのリハビリの意欲が強いのでリハ室にいる時間を通常以上に増やす	・別添、リハ計画書に基づいたリハとは別に生活の中でのリハについて理解し、自主トレをする	・短期集中リハビリ ・個別リハビリ／趣味活動	・OTの訓練後、リハ室で看護・介護が自主トレに付き合う ・ストラックアウトをリハ室に移動しボラと楽しんでもらう	大分 萩	
3.療養環境に馴染めるようにする	・好きなテレビ番組が見られる ・外出して外食を食べる	・趣味活動	・2週目からの歩行はあくまでも目安。評価を受けてから実施 テレビとヘッドホンを持参してもらい、療養室を301に変更する。個室が空けば個室に移動。 ・娘さんの協力を得て外食に出かけてもらう。食事に介助方法を指導。	大分 萩	

	週 間 サ ー ビ ス 計 画 書							一日を通して特別必要な対応及び注意点
	月	火	水	木	金	土	日	
朝		短期集中リハ ハビ			短期集中リハ ハ	フロアリハ ビ		・服薬管理はしっかりとする ・食事は、出前か外出を希望されているので、できるだけ希望に応える ・指示をすると気に障るので、自発を促す 短期集中リハ・廃用症候群についての認識を高める
昼	趣味活動	入浴	個別リハ リ 趣味活動	趣味活動	入浴			
夜								

本ケアプランについてその内容の説明を受け、同意し交付を受けました。
同意日: _____ 利用者氏名: _____ ご家族氏名: _____

通所

介護老人保健施設 ● 苑

利用者ID	1036	障害自立度	A1	要介護度	認定有効期間	令和2年2月1日 ～ 令和3年1月31日		
利用者氏名	*カシシロ*	認知症自立度	I	要介護4	担当居宅介護支援専門員	愛 ● ● 菊	担当者	* 玉 あや *
* 石 二 *								
専門職(チーム)アセスメント 及び 実施計画内容等の要点								
看護・介護	①依存心が強く、出来る事もしない。 ⇒語れた入所目標を伝えつつ、まずは着替えと入浴時のできる範囲の洗身・洗髪をするように少しずつ促していく。 ②部屋にこもりがちなので、楽しみを見つけてもらう。 ⇒共通の趣味を持つ利用者との交流の仲介をする。				リハビリ	①キャパシティは確実にあり、現時点でも自立レベル ⇒着替えや入浴等含めてリハ室でのADL訓練を短期集中で行いフロアリハビリに繋げていく。 ②リスクに対する認識が薄い ⇒性格的なものと思われ、移乗時等はコールで見守って貰うよう伝達済み。認知機能に問題無くコールはしっかりと使っている。		
* 玉 あや *					* 形 壮 *			
他専門職①	①バイタルは安定しており、特に問題は無い ⇒今後、機能訓練等で日常生活上の負荷が増大する為の変化に留意する。				他専門職②	①入所目的を自信で理解されているが、それが日常生活に反映していない ⇒面談を通して少しずつ確認作業を行っていく ②病院から退院時に「やってみたい事」を語られていた ⇒妻、長男にも伝えて意欲をもって貰えるよう介入する		
* 賀 桐 *					* 賀 撫 *			

利用者及び家族の意向	総合的な援助の方針
前回よりも、左まひの症状がひどく自分で動きたい気持ちと、思うように動かす事が出来ない現実にはなかなかに時間がかかり、言葉が不明瞭になってしまうこと、起き上がり・歩行などにも苛立ちがある様子。歩行が出来るような理学・作業的リハビリを取り組み、在宅復帰したい。長女:まだまだお父さんは若いので、一人暮らしを望むのであれば早く元気になって欲しい。 一人暮らしは心配もあるが、食事や買い物の手伝いは出来るけれど、仕事もあるので、日々の介護にはなかなか時間が取れない。もちろん、身体が回復しなければ、自分と同居して息子と共に、生活したいと考えている。本人の意欲と気持ちを尊重したい。	・新たに何か病気になったり怪我をされた訳ではありませんので、心配される事無く、確実に今の状態は改善されますから、私どもと作ったプランで療養しましょう。

作成日	令和2年3月25日	通所リハ長期目標	短期集中リハビリにて、歩行が改善するようにしたい。	利用曜日	月	火	水	木	金	土	日
				利用曜日		9:30			9:30		
					}	}	}	}	}	}	}
						14:30			14:30		

時間	10:00	11:00			14:00			
プログラム	短期集中リハビリ	フロアリハビリ			歩行訓練			

加算項目	1	短期集中リハ1	2		3		4		5	
	6		7		8		9		10	

課題／ノード	ケア項目	ケア内容	担当	評価
1.できること、できないことを確認して、できる事を行う	生活リハビリ	・モーニングケア時に声掛けをする。最初の1週間は、着替えをベッド上に置くようにする。	* 玉 あや *	○
2.「リハ室」でのリハビリの意欲が強いのでリハ室にいる時間を通常以上に増やす	・短期集中リハビリ ・個別リハビリ	・OTの訓練後、リハ室で看護・介護が自主トレに付き合う ・ストラックアウトをリハ室に移動しボラと楽しんでもらう	* 知 小 *	○
3.療養環境に馴染めるようにする	・趣味活動	・2週目からの歩行はあくまでも目安。評価を受けてから実施 テレビとヘッドホンを持参してもらい、療養室を301に変更する。個室が空けば個室に移動。 ・娘さんの協力を得て外出にかけってもらう。 食事に介助方法を指導。	* 玉 あや *	食事の介助方法の伝達にて問題無く出来ているとの事。

本ケアプランについてその内容の説明を受け、同意し交付を受けました。

同意日: _____ 利用者氏名: _____ ご家族氏名: _____

利用者ID	1036	障害 自立度	A1	要介護度	認定有効期間	令和2年2月1日 ～ 令和3年1月31日					
利用者氏名	*カシ シロ*			要介護4		担当居宅 介護支援専門員	愛● ●菊	担当者	*玉 あや*		
石 二		様	認知症 自立度	I							
専門職(チーム)アセスメント 及び 実施計画内容等の要点											
看護・介護	①依存心が強く、出来る事もしない。 ⇒語れた入所目標を伝えつつ、先ずは着替えと入浴時のできる範囲の洗身・洗髪をするように少しずつ促していく。 ②部屋にこもりがちなので、楽しみを見つけてもらう。 ⇒共通の趣味を持つ利用者との交流の仲介をする。				リハビリ	①キャパシティは確実にあり、現時点でも自立レベル ⇒着替えや入浴等含めてリハ室でのADL訓練を短期集中で行いフロアリハビリに繋げていく。 ②リスクに対する認識が薄い ⇒性格的なものと思われ、移乗時等はコールで見守って貰うよう伝達済み。認知機能に問題無くコールはしっかりと使っている。					
玉 あや					*形 壮*						
他専門職①	①バイタルは安定しており、特に問題は無い ⇒今後、機能訓練等で日常生活上の負荷が増大する為の変化に留意する。				他専門職②	①入所目的を自信で理解されているが、それが日常生活に反映していない ⇒面談を通して少しずつ確認作業を行っていく ②病院から退院時に「やってみたい事」を語られていた ⇒妻、長男にも伝えて意欲をもって貰えるよう介入する					
賀 桐					*賀 撫*						

利用者及び家族の意向	総合的な援助の方針
前回よりも、左まひの症状がひどく自分で動きたい気持ちと、思うように動かす事が出来ない現実にはらだちもある。 言語が不明瞭になってしまうこと、起き上がり・歩行などにも苛立ちがある様子。歩行が出来るような理学・作業的リハビリを取り組み、在宅復帰したい。長女:まだまだお父さんは若いので、一人暮らしを望むのであれば早く元気になって欲しい。 一人暮らしは心配もあるが、食事や買い物の手伝いは出来るけれど、仕事もあるので、日々の介護にはなかなか時間が取れない。 もちろん、身体が回復しなければ、自分と同居して息子と共に、生活したいと考えている。本人の意欲と気持ちを尊重したい。	・新たに何か病気になったり怪我をされた訳ではありませんので、心配される事無く、確実に今の状態は改善されますから、私どもと作ったプランで療養しましょう。

作成日	令和2年3月25日	通所リハ長期目標	短期集中リハビリにて、歩行が改善するようにしたい。	利用曜日 利用時間	月	火	●	水	木	金	●	土	日
						9:30			9:30				
					}	}	}	}	}	}	}		
						14:30			14:30				

時間	10:00	11:00			14:00			
プログラム	短期集中リハビリ	フロアリハビリ			歩行訓練			

加算項目	1	短期集中リハ1	2		3		4		5	
	6		7		8		9		10	

課題／ニード	ケア項目	ケア内容	担当	評価
1.できること、できないことを確認して、できる事を行う	生活リハビリ	・モーニングケア時に声掛けをする。最初の1週間は、着替えをベッド上に置くようにする。	*玉 あや*	○
2.「リハ室」でのリハビリの意欲が強いのでリハ室にいる時間を通常以上に増やす	・短期集中リハビリ ・個別リハビリ	・OTの訓練後、リハ室で看護・介護が自主トレに付き合う ・ストラックアウトをリハ室に移動しボラと楽しんでもらう	*知小*	○
3.療養環境に馴染めるようにする	・趣味活動	・2週目からの歩行はあくまでも目安。評価を受けてから実施 テレビとヘッドホンを持参してもらい、療養室を301に変更する。個室が空けば個室に移動。 ・娘さんの協力を得て外食に出かけてもらう。食事に介助方法を指導。	*玉 あや*	食事の介助方法の伝達にて問題無く出来ているとの事。

本ケアプランについてその内容の説明を受け、同意し交付を受けました。		
同意日:	利用者氏名:	ご家族氏名:

[入所]

計画評価実施日 令和2年4月1日

要介護度： 要介護4

心身機能	
運動機能障害	右片麻痺(ステージ:右 upper Ⅲ、右手指Ⅲ、下肢Ⅲ)(グレード:右 upper 3、右手指3、下肢6)
感覚機能障害	足指深部感覚低下
高次脳機能障害	運動性失語(軽症)

[illegible]

ご本人の希望 (令和2年4月1日)
また、歩けるようになりたい。身の回りのことは一人でやりたい。
以前のように近所の友達宅や自宅で囲碁をうちたい。

ご家族の希望 (令和2年4月1日)
日中は一人で自宅生活をしてほしい。(特に一人でトイレに行けるようになって欲しい。)

生活目標
その人らしく生活するためのポイント
基会所や集会所でのサークル活動や町内会活動を中心として、外出も活発に行う。
友人宅にも訪問したり、公共交通機関を利用して旅行を楽しむ。
身の回りのことはできるだけ自分で行う。

リハビリテーションプログラム
ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい楽しみの支援に向けての取り組み
①担当者が家族とともに写真や見取り図などで自宅の環境を確認し、自宅生活を想定した日常生活行為の訓練を開始時から行います。
②退所後頻回に外出できるように、自宅周辺の野外環境を想定し訓練を行っていきます。
③試行的退所の際、施設のケアマネージャー等がご自宅を訪問し、在宅での介護サービスの利用について検討を行っていきます。
・まず移動に関し、車いすではなく歩行で行なえるようにします。
入所前までの「訓練室だけで歩行(T字杖歩行)、実生活は車いす」から、「実生活でも歩行」を目指します。これまでのT字杖から四脚杖と短下肢装具を使うことで安定して歩けることを目指します。理学療法士・作業療法士も、病棟でトイレや洗面所などでやり方歩き方を一緒に練習しながら行います。さらに、看護・介護職員とともにそれらを生活の中で定着させます。
・歩行が自立した後は、ご自分でも心がけて歩いてください。これによって活動性の向上を図ります。
具体的にはまず整容の際に歩いていくことや、立って行うことが自立するようにし、その後トイレ歩行、屋外歩行へとすすめます。
・自宅内で必要なこと、また外出先で必要な生活上の行為のやり方を丁寧に練習していきます。
病院内と自宅や外出先では違いますので、退院後の生活でのやり方が上手になることを重視して進めていきます。
到達の目標としては、
・4月下旬を目途に、屋内の歩行や日中の排泄、整容が安定して行えることを目指します。

ご本人に行ってもらうこと

- ・歩く機会を増やすようにしてください。介助されながらであっても行きたいところに積極的に行くようにしましょう。
- ・日中はデイルームで囲碁を左手でうったりすることをおすすめします。

ご家族にお願いしたいこと

- ・入所直後から退所後の生活を考えていきましょう。
- ・試行的退所を活用して、入所中にもなるべく自宅に帰っていただくようにしますので、その際には、施設でできるようになったことが、自宅でもできるか確認し、難しいことなどがあれば担当者に教えてください。

病気との関係で気をつけること

”まとめ”および前回計画書作成時からの改善・変化等 ()

備考

リハビリテーションは実際の生活で行う行為を上手にできるようにしていくものです。何をしたいかについても希望を出してください。

担当医: ●村 陽●
●PT・OT・ST: * 形 壮 * (理学療法士)、 * 城 九 * (歯科衛生士)、 ()、 ()
●看護・介護: * 知 小 * (介護支援専門員)、 * 賀 桐 * (看護師)、 ()、 ()
●栄養士 * 賀 撫 * (管理栄養士)、 ()、 ()、 ()
()内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意: 令和2年4月1日

ご本人サイン: 説明者サイン: ご家族サイン:

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

介護トータルシステム『寿』

全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～
R4ケアマネジメント 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月