

明るい笑顔を咲かせたい 介護保険請求ソフト

居宅サービス計画ガイドライン方式 パンジー 帳票見本



使い方はだれでもわかるくらいにカンタンに。

商品ラインナップは色とりどりに。

「Flowers NEXT」はみなさんが安心して使える
「クレヨン」のような介護保険請求ソフトです。



conduct

目次

■ 基本情報	
・管理設定	1
・個人台帳(基本)	2
・個人台帳(確認情報)	3
・介護保険証情報	4
・お知らせ一覧	5
・利用者一覧	6
・認定調査票	7
・主治医意見書	14
・興味・関心チェックリスト	16
・課題整理総括表	17
■ アセスメント	
・アセスメント表	18
■ 介護ケアプラン管理	
・居宅サービス計画書(1)(2)	29
・施設サービス計画書(1)(2)	31
・サービス担当者会議の要点	33
・居宅介護支援経過	34
・施設支援経過	35
■ 予防ケアプラン管理	
・利用者基本情報	36
・「介護予防のための生活機能評価」判定報告書	38
・基本チェックリスト	39
・介護予防サービス・支援計画表(1)(2)	40
・介護予防支援経過(サービス担当者会議の要点を含む)	42
・介護予防支援・サービス評価表	43
■ リスト	
・利用者名簿	44
・事業所一覧表	45

略称	赤とんぼケアプランセンター			事業区分	指定事業所
	赤とんぼケアプランセンター			事業所コード	0000000001
事業所名	赤とんぼケアプランセンター			医療機関コード	
施設設置主体					
施設管理者名				職種	
県番号	17: 石川県	市町村設定コード	0000000002	社福軽減対応	なし
都道府県名	石川県	郵便番号	345		
市区町村名	金沢市	電話番号	076-		
町名番地	コンダクト町▲▲番地		割引率	0 %	
地域区分	3級地				
ネットワークID	000000000	利用者番号初期値	00000000001	内部番号	下限値: 0000000001 上限値: 9999999999
事業所名称		赤とんぼケアプランセンター			
県番号	17: 石川県		市区町村設定コード	0000000002	
都道府県名	石川県		郵便番号	345	
市区町村名	金沢市		電話番号	076-	
町名番地	コンダクト町▲▲番地				
介護給付費算定に係る体制等状況: 居宅介護支援					
加算体制	特別地域加算	なし	特定事業所加算	加算 I	
	小規模事業所加算 (地域)	非該当	小規模事業所加算 (規模)	非該当	
	特定事業所集中減算	なし			

■個人台帳(基本)

利用者番号	0000000001
-------	------------

ヨミ	ヒマワリ タロウ					
氏名	ひまわり 太郎					
性別	男	血液型	A型	生年月日	大正 8年 9月10日 (89 歳)	
住所	〒111-2233 東京都港区赤坂 1-1-1				職業	無職
	所要時間	30 分				
	距離	15 Km				
他住所	電話番号 1	03-5545-3456	電話番号 2		FAX1	03-5545-3457
	〒106-0047 東京都港区南麻布 5-5-5 (Tel 03-1111-1234)					
旧住所	〒108-0072 東京都港区白金 3-3-3					

<家族・連絡者>

1	住所	同居	氏名	ひまわり 花子 (女) 80歳	続柄	妻	
		別居	介護担当区分 主介護者				
	電話番号 1	03-5545-3456	電話番号 2		FAX	03-5545-3457	
備考							
2	住所	同居	氏名	ひまわり 一郎 (男) 57歳	続柄	長男	
		別居	介護担当区分 キーパーソン				
	電話番号 1	03-1111-2234	電話番号 2	090-2222-3333	FAX	03-1111-2234	
備考 緊急時連絡は携帯へ							
3	住所	同居	氏名		続柄		
		別居	介護担当区分				
	電話番号 1		電話番号 2		FAX		
4	氏名						続柄
							職業
5	氏名						続柄
							職業
6	氏名						続柄
							職業
7	氏名						続柄
							職業

<障害者手帳>

障害者手帳名	種 級 号
交付年月日	

<備考>

■個人台帳 (確認情報)

利用者番号:0000000001

利用者名:ひまわり 太郎

< 事業所契約履歴 >

期 間	内 容
H17/ 1/ 1~	[給付管理(終了年月)] する [居宅サービス計画依頼届出年月日] H17/ 1/ 1

< 介護保険証 >

期 間	内 容
1 H21/ 5/ 1~ H22/ 4/ 30	[申請中・生保単独] [居宅・施設区分] 居宅 [要介護度] 要介護4 [被保険者番号] 1234567891 [保険者番号] 00131000 [保険者名] 港区
2 H20/ 5/ 1~ H21/ 4/ 30	[申請中・生保単独] [居宅・施設区分] 居宅 [要介護度] 要介護3 [被保険者番号] 1234567891 [保険者番号] 00131000 [保険者名] 港区
3 H19/ 5/ 1~ H20/ 4/ 30	[申請中・生保単独] [居宅・施設区分] 居宅 [要介護度] 要介護3 [被保険者番号] 1234567891 [保険者番号] 00131000 [保険者名] 港区

< 居宅支援事業所 >

期 間	内 容
1 H17/ 1/ 1~	《居宅介護支援事業所》 [届出年月日] 平成17年 1月 1日 [事業所番号] 1111111111 [事業所名] フラワー居宅介護支援事業所

< 公費受給者証 >

期 間	内 容
	登録なし

■介護保険証情報

No. 1 利用者番号: 0000000001

氏名: ひまわり 太郎

平成26年 6月26日

PAGE: 1

有効期限		訪問通所サービス (13年以前有効)	区分支給限度基準額	給付制限		
交付年月日	平成23年 4月 1日		H26/ 4/ 1 ~ H27/ 3/31			
被保険者番号	0098740192	短期入所サービス (13年以前有効)	区分支給限度基準額			
保険者名	金沢市					
保険者番号	00172015					
要介護区分	要介護 3	認定審査会の 意見及びサー ビス種類の 指定		居宅介護支援事業者 / 介護予防支援事業者	名称	ひまわり居宅介護支援事業所
居宅・施設	居宅				事業所No.	1700000001
申請中・生保					届出日付	平成21年 1月 1日
認定年月日	平成23年 4月 1日				期 間	H21/ 1/ 1 ~
認定有効期間	H26/ 4/ 1 ~ H27/ 3/31				名 称	
居宅サービス等 (14年以降有効)	区分支給限度基準額(1ヶ月当たり)				事業所No.	
	H26/ 4/ 1 ~ H27/ 3/31 ① 26931単位 ② ③				届出日付	
種類 支給 限度 基準 額	①	サービスの種 類の指定			期 間	
					名 称	
					事業所No.	
②					届出日付	
					期 間	
					名 称	
③					事業所No.	
					届出日付	
					期 間	

お知らせ一覧

印刷：令和 3年 2月 8日 15:24

■介護保険証 有効期限切れ

該当件数： 1件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
1000000011	コンダクト 太郎	介護保険証の有効期限が切れています。【1月31日】	要介護度：要介護4 認定有効期間：令和 2年 1月 1日～令和 3年 1月31日

■負担割合証 有効期限切れ

該当件数： 1件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
0000000009	コスモス 次郎	負担割合証の有効期限が今月切れます。【2月28日】	負担割合：2割 適用年月：令和 3年 1月～令和 3年 2月

■サービス計画書 長期目標期限切れ

該当件数： 1件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
0000000015	ききょう次郎	サービス計画書の長期目標期間が終了しています。【2月1日】	計画作成(変更)日：令和 2年 4月11日 長期目標期間：平成26年 4月 1日～令和 3年 2月 1日 長期目標：歩きやすい体作り

■サービス計画書 短期目標期限切れ

該当件数： 1件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
0000000011	あやめ太郎	サービス計画書の短期目標期間が終了しています。【2月2日】	計画作成(変更)日：令和 3年 2月 8日 短期目標期間：令和 2年12月 9日～令和 3年 2月 2日 短期目標：ああああ

■介護予防サービス支援計画表

該当件数： 1件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
0000000008	アサメント 太郎	介護予防サービス支援計画表を作成してから期間が経過していません。【計画作成日1月1日】	最終作成日：令和 3年 1月 1日 整理番号：0000000017

■お誕生日

該当件数： 1件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
0000000001	すみれ太郎	今月誕生日を迎えます。【2月9日】	生年月日：昭和43年 2月 9日 まもなく53歳になります。

利用者一覧

印刷：平成28年10月17日 15:59

検索条件

- ・ヨミガナ区分：全行
- ・利用区分：全登録者
- ・基準日区分：今日
- ・基準日：平成28年10月17日
- 現在
- ・システム利用：利用している
- ・並び順：ヨミガナ

該当件数： 29件

利用者番号	ヨミガナ	氏名	性別	要介護度	お知らせ
0000000004	ヲガオ ヒゴオ	あさがお 秀雄	男	要介護3	サービスク画書の短期目標期間が終了していま す。【9月30日】
0000000009	ヅサ イ ヨオ	あじさい 良夫	男	要介護3	
0000000008	ヲメ マキ	あやめ 文子	女	要介護2	
0000000005	イサヨ カズオ	いちよう 一男	男	要介護2	
0000000023	キ ヲサ	きく 正史	男		
0000000018	カクバ シュウ コ	くろーばー 順 子	女	要支援2	
0000000003	カズ イサヨ	こすもす 一郎	男	要介護3	介護保険証の有効期限が今月切れます。【10 月30日】
0000000020	サカ フク	さくら 愛子	女	要支援2	
0000000013	サトピー サオ	さいーとびー 幸男	男		
0000000012	サセ ヲサ	さいせん 幸子	女	要介護1	
0000000011	スラシ ジヨ	すずらん 次郎	男		
0000000002	スシ アコ	すみれ 花子	女	要介護3	
0000000031	タジ イサヨ	たくしー 一郎	男		
0000000032	タホホ ミヨ	たんぼぼ 純代	女	要介護2	
0000000006	タホホ ヲサ	たんぼぼ 正子	女	要介護3	
0000000015	ツシ ショウイ	つくし 昭一	男		
0000000021	ツバキ サゴロ	つばき 三郎	男	要支援1	
0000000051	ツキ アコ	テスト 花子	女		
0000000052	ツメ ミヨ	ツメ みよ	女	要介護3	介護保険証の有効期限が来月切れます。【11 月15日】
0000000007	ナハ ヲサ	なのばな 正夫	男	要介護5	
0000000025	パオ ヒゴキ	ばら 英樹	男	要介護1	
0000000010	パソウ ヨシ	ばんじー 義男	男	要介護3	
0000000001	ヒサリ タロ	ひまわり 太郎	男	要介護3	
0000000033	カシラ ショウ キ	ふりーじあ 正 三	男	要介護5	
0000000024	ホタケ ケコ	ぼたん 明子	女	要介護3	
0000000029	ミドリ タロ	みどり 太郎	男	要介護1	
0000000016	モジ ヒロ	もみじ 弘子	女	要介護2	
0000000022	キ キコ	ゆり 君子	女	要介護2	
0000000014	ヲバタ マキ	らべんだー 光 子	女	要介護3	

保険者番号 00131000 被保険者番号 1234567891

調査は、調査対象者が通常の状態(調査可能な状態)であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

認定調査票(概況調査)

I 調査実施者(記入者)

実施日時	平成21年 5月 19日	実施場所	自宅内 ・ 自宅外 ()	
記入者氏名	ふりかた ちようさ たろう 調査 太郎	所属機関		

II 調査対象者

過去の認定	初回 ・ <u>2回目以降</u> (前回認定 20年 4月 1日)	前回認定結果	要介護3	
対象者氏名	ふりかた ひまわり 太郎	性別	<u>男</u> ・ 女	生年月日
現住所	〒111-2233 東京都港区赤坂1-1-1	電話	03-5545-3456	
家族等 連絡先	〒111-2233 東京都港区赤坂1-1-1 氏名(ひまわり 花子) 調査対象者との関係(妻)	電話	03-5545-3456	

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用	[認定調査を行った月のサービス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月の品目数を記載)]			
<input checked="" type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月 16 回	<input checked="" type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	1 品目	
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月 回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売	品目	
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月 回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし	
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月 回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日	
<input checked="" type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デ・サービス)	月 8 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デ・ケア)	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月 日			
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付	[]			
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス	[]			

施設利用	施設連絡先
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	施設名
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	郵便番号
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	施設住所
<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)	電話
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)	
<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)	
<input type="checkbox"/> その他の施設	

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境(外出が困難)になるなど日常生活に支障となるような環境の有無)、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

特になし

認定調査票(基本調査)

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

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

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

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

1-3 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|---------------|---------------|---------|
| 1. つまらないうでできる | ② 向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. つまらないうでできる | ② 向かにつかまればできる | 3. できない |
|---------------|---------------|---------|

1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

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

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

1-7 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|---------------|----------------|--------|
| 1. つまらないうでできる | 2. 何かにつかまればできる | ③ できない |
|---------------|----------------|--------|

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|---------------|----------------|--------|
| 1. つまらないうでできる | 2. 何かにつかまればできる | ③ できない |
|---------------|----------------|--------|

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

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

1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない
- ② 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない
2. 見守り等
- ③ 一部介助
4. 全介助

2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる
- ② 見守り等
3. できない

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない
- ② 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない
- ② 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない
2. 見守り等
- ③ 一部介助
4. 全介助

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない
- ② 一部介助
3. 全介助

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない
- ② 一部介助
3. 全介助

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

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

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

2-11 ベロ等々の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|---------|----------|----------|
| ① 週1回以上 | 2. 月1回以上 | 3. 月1回未満 |
|---------|----------|----------|

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | |
|----------------------|-------------|
| 1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる | ② ときどき伝達できる |
| 3. ほとんど伝達できない | 4. できない |

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

- | | |
|-------|---------|
| ① できる | 2. できない |
|-------|---------|

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

- | | |
|-------|---------|
| ① できる | 2. できない |
|-------|---------|

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

- | | |
|--------|--------|
| 1. できる | ② できない |
|--------|--------|

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

- | | |
|-------|---------|
| ① できる | 2. できない |
|-------|---------|

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

- | | |
|-------|---------|
| ① できる | 2. できない |
|-------|---------|

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

- | | |
|-------|---------|
| ① できる | 2. できない |
|-------|---------|

3-8 徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

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

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

4-1 物を盗られたなど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 |
|-------|---|--------|-------|

4-4 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 |
|-------|-----------|---|----|

4-6 大声をだす事について、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 |
|-------|---|--------|-------|

4-7 介護に抵抗することにについて、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」等と言いつつ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 |
|-------|---|--------|-------|

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

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

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

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

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

- ① ない 2. ときどきある 3. ある

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

1. ない ② ときどきある 3. ある

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

1. ない ② ときどきある 3. ある

5-1 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- ① 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助

5-2 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない ② 一部介助 3. 全介助

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

1. できる (特別な場合でもできる) ② 特別な場合を除いてできる 3. 日常的に困難 4. できない

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

1. ない 2. ときどきある ③ ある

5-5 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 見守り等 ③ 一部介助 4. 全介助

5-6 簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 ④ 全介助

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

(複数回答可)

処置内容	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. レスビレーター(人工呼吸器)	7. 気管切開の処置	
	⑧ 疼痛の看護	9. 経管栄養		
特別な対応	10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	11. ビョクそうの処置		
	12. カテーテル(コブドームカテーテル、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、各々該当するもの一つだけ○印をつけてください。

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	自立・J1・J2・A1	④ A2	B1	B2	C1	C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I	II a	④ II b	III a	III b	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

()
()
()
()

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 スポーツ等の着脱、2-12 外出頻度

()
()
()
()
()

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

()
()
()
()
()

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

()
()
()
()
()

※ 本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい

主治医意見書

記入日 平成 21 年 4 月 2 日

申請者	(ふりがな) ヒヤリ コロ	男 女	〒 111-2233
	ひまわり 太郎		東京都港区赤坂 1-1-1
明・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 8 年 9 月 10 日生 (89 歳)		連絡先 03-5545-3456	
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 <input checked="" type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに			
医師氏名 山田 一郎		電話 03-1111-1114	
医療機関名 山田医院		FAX 03-1111-1114	
医療機関所在地 東京都港区赤坂 1-2-3			
(1) 最終診察日	平成 21 年 4 月 2 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <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 type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科	

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. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

2. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

3. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明

(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

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

2. 特別な医療

(過去 1 4 日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input checked="" type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input checked="" type="checkbox"/> レスビレーター <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
	<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
特別な対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コロンドームカテーテル、留置カテーテル 等)
失禁への対応	

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 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I II a II b III a III b IV M

(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶 問題なし 問題あり

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

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

(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てでチェック：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 [病状名: _____ 専門医受診の有無 有 () 無]

(5) 身体の状態
 利き腕 (右 左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)
 四肢欠損 (部位: _____)
 麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)
 右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)
 その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
 筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)
 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
 関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)
 失調・不随意運動 (部位: 程度: 軽 中 重)
 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下さい。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 看護職員の訪問による相談・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 (_____) ・移動 特になし あり (_____)
 ・摂食 特になし あり (_____) ・運動 特になし あり (_____)
 ・嚥下 特になし あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい) 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。)

興味・関心チェックシート

利用者氏名：介護すみれ

様

記入日：平成29年 4月 1日

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

課題整理総括表

利用者名：介護すみれ

様

作成年月日：平成28年 4月 22日

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	① 高血圧症	② 手足マヒ	③
	④	⑤	⑥

利用者及び家族の 生活に対する意向	
----------------------	--

状況の事実 ※1		現在 ※2		要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4	備考(状況・支援内容等)
移動	屋内移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		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		改善 維持 悪化	
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助		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	①	改善 維持 悪化	
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助	②	改善 維持 悪化	
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助	①	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	②	改善 維持 悪化	
金銭管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
買物		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
コミュニケーション能力			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
認知			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
社会との関わり			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
居住環境			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
					改善 維持 悪化	

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】	※6
今後も見守る。現在、日常生活は順調なため	食事が1人で食べられない	1
	右手がマヒしているため、家事が困難	3
	家がバリアフリーではないため、車いす移動が困難	2

※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。

1 フォームシート

年 月 日相談受付 訪問・電話・来所・その他 ()

) 初回相談受付者

本人氏名	ハンジュー太郎		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	年齢	M 36 年 2 月 24 日 生れ (58 歳)
住所	〒246-654 石川県金沢市			TEL 076-	携帯
緊急連絡先	氏名	ハンジュー父	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢 (92 歳)	本人との続柄 (父)
	住所			TEL 携帯	
相談者	氏名		男・女	年齢 (歳)	本人との続柄 ()
	住所			TEL 携帯	
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	年 月 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)

■これまでの生活の経過 (主な生活史)

(本人)

(介護者・家族)

介護保険	利用者負担割合	<input 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 type="checkbox"/> 第1段階)			
要介護認定	済	→ 非該当・要支援 1・2 要介護 ①・2・3・4・5	認定日	平成26年 4月 1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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	等級	種 級	交付日	年 月 日
療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	程度		交付日	年 月 日
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 日
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	障害高齢者認知症	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M1	判定者 (機関名 (機関名))	判定日	年 月 日

アセスメント実施日 (初回) 年 月 日 (更新) 令和 1 年 10 月 9 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		
氏名(主たる介護者には※)	続柄	同別居	勤労の状況	健康状態等
※パンジー父	父	同・別	有	特記事項(自治会、ボランティア等社会的活動) 92歳
男・女	男・女	同・別		
男・女	男・女	同・別		
男・女	男・女	同・別		
男・女	男・女	同・別		
男・女	男・女	同・別		

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

■ 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、自治会の地域の団体等)

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

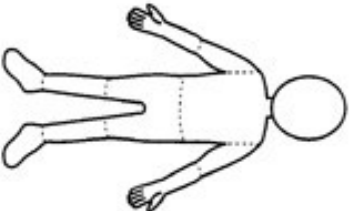
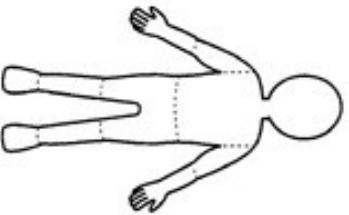
3 サービス利用状況

(平成27年 4月 1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カ月の品目数を記載)

□訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	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
□(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
□通所介護(デイサービス)	月	回	□(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月
□(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
□(介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月	回	□(介護予防)定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月
□(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月	回		日
□(介護予防)特定施設入居者生活介護	月	回		日
□看護小規模多機能型居宅介護	月	回		日

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				<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>(正面)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>(背面)</p> </div> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;"> △障害部位 ×欠損部位 ●褥瘡部位 </p>							
身長								cm	体	重	kg
歯の状況								<input type="checkbox"/> 歯あり <input type="checkbox"/> 歯なし <input 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】 (病気やけが、障害等に関わる事項。改善の可能性等)											
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(歯科含む)											
病名											
薬の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
発症時期 <small>※主治医意見書を を参考に記入</small>											
受診頻度		<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	<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 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	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診				
医療機関											
診療科											
受診病院 主治医											
連絡先		TEL	TEL	TEL	TEL	TEL	TEL				
受診方法 留意点等											
往診可能な医療機関		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	() TEL				
緊急入院できる医療機関		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	() TEL				
相談、処方を受けている薬局 (かかりつけ薬局)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	() TEL				
【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

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

現在、在宅サービス等で実施している
 場合○
 現在、家族が実施している
 場合は○
 時々実施の場合は△
 現在、在宅サービス等で実施している
 場合○
 本人・家族がサービス実施を希望する
 場合○
 要援助と判断される場合に▽
 計画した場合に○(確認)

体位変換・起居

6-①1-1、 1-2関係	援助の現状 家族実施 ▽サービス実施	希望	要援助 →計画	リハビリの必要性 □あり→P9 □なし
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】

入浴

6-①1-10 関係	援助の現状 家族実施 ▽サービス実施	希望	要援助 →計画	2)移乗移動介助 現状 計画 □見守りのみ □見守り必要 □介助あり □介助必要 3)洗身介助 □見守りのみ □見守り必要 □介助あり □介助必要
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				

【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 コックリト使用 補聴器使用

イ.電話
あり なし

ウ.言語障害
あり () なし
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)

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 ズボン等の着脱	1	2	3	4
2-12 外出頻度	1	2	3	
2-13 飲水摂取	1	2	3	4

要介護認定項目

＜その他食事の現状(6-②2-4関係)＞	
ア. 食事場所	<input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 居室ベッ ト上
	<input type="checkbox"/> 布団上 <input type="checkbox"/> その他居室内
イ. その他()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
イ. 食堂までの段差	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ウ. 咀嚼の状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
→ <input type="checkbox"/> 噛みにくい <input type="checkbox"/> 時々噛みにくい	<input type="checkbox"/> とても噛みにくい
エ. 食事の内容	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> K ^カ ₂
	<input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 抗潰瘍食
	<input type="checkbox"/> その他()

＜その他排泄の状況(6-②2-5、2-6関係)＞	
ア. 尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない
イ. 便秘	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない

食事

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

【特記、解決すべき課題など】

主食	
現状	計画
<input 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 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 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 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	
現状	計画
<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

排泄等

6-②2-5～ 2-11関係	援助の現状 家族実施 サービス実施	希望	要援助 →計画
1) 準備・後始末			
2) 移乗移動介助			
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			

排尿介助(2-5)	
現状	計画
<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
<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ
<input type="checkbox"/> ホール・トイレ	<input type="checkbox"/> ホール・トイレ
<input type="checkbox"/> 尿収器	<input type="checkbox"/> 尿収器
<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 導尿
<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> おむつ

排便介助(2-6)	
現状	計画
<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
<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ
<input type="checkbox"/> ホール・トイレ	<input type="checkbox"/> ホール・トイレ
<input type="checkbox"/> 差し込み便器	<input type="checkbox"/> 差し込み便器
<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> おむつ
<input type="checkbox"/> 摘便	<input type="checkbox"/> 摘便
<input type="checkbox"/> 洗腸	<input type="checkbox"/> 洗腸
<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工肛門

【特記、解決すべき課題など】

外出

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

【特記、解決すべき課題など】

6-③認知機能

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	

6-③認知機能、6-④精神・行動障害 全般

家族等からの情報と観察	
(家族)	(サービス)

●6-④精神・行動障害

4-1	被害妄想(物を盗られたなど)	1	2	3	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	
-------	--

援助の希望(本人)	
-----------	--

援助の希望(家族)	
-----------	--

援助の計画	
-------	--

【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
	5-4 集団への不適応	1	2	3
	5-5 買い物	1	2	3
	5-6 簡単な調理	1	2	3
	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	3

＜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	
-------------	--

→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	4-①7実施		
	1) 金銭管理			
	2) 買い物			
	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	4-①7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			
	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				

【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	要介護認定項目	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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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"/>	<input type="checkbox"/>	定期的な病状観察
3. 透析					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	内服薬
4. ストーマ（人工肛門）の処置					<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	眼・耳・鼻等の外用薬の使用等
6. レスビレーター（人工呼吸器）					<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	注射
8. 疼痛の看護					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸引
9. 経管栄養					<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養法
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素療法
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工呼吸療法
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	気管カニューレ管理
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己導尿
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己腹膜灌流
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膀胱留置カテーテル管理
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工肛門・人工膀胱管理
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	疼痛管理
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	褥瘡管理

介護に関する医師の意見（「主治医意見書」を転記）

(1) 移動 屋外歩行 車いすの使用 歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 用いている <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している <input type="checkbox"/> 屋内で使用
(2) 栄養・食生活 食事行為 現在の栄養状態 → 栄養・生活上の留意点（ → 対処方針（	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 不良	
(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下さい。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 □訪問リハビリテーション □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（ ・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下さい。) □無 □有（			

■ 1日のスケジュール

4 3 2 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8 7 6 5 4	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√計画した場合に○(確認)
			家族実施	サービス実施	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
4					

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

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 平成24年 1月16日

初回 ・ 紹介 ・ **継続** ・ 認定済 ・ 申請中

利用者名 ひまわり 太郎 様 性別 **男**・女 生年月日 大正 8年 9月10日

電話番号 076-222-xxxx

住所 石川県金沢市高尾台1丁目△△番地

FAX番号 076-222-xxxx

居宅サービス計画作成者氏名 福祉 花子

電話番号 076-296-xxxx

居宅介護支援事業所名 ひまわり居宅介護支援事業所

所在地 石川県金沢市高尾台1丁目4 2 3 番地

居宅サービス計画作成(変更)日 平成24年 1月16日 初回居宅サービス計画作成日 平成18年12月 1日

認定日 平成23年 4月 1日 認定の有効期間 平成23年 4月 1日～平成24年 3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	本人は家が一番いいと言っているが妻は夫の入院を希望している。長男は入院すれば認知症が進行するのでこのまま在宅で生活させたいと言っている。本人の気持ちを汲み取り、できるだけ在宅で介護を続けたい。家事の負担を訪問介護で助けてほしい。
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	本人の認知症進行予防と妻の精神的負担軽減のためデイサービスを利用する。生活維持のために家事を訪問介護で援助する。妻と長男の負担を軽減するためショートステイを利用する。出血傾向があるので訪問看護を利用する。「自分で歩けるようになりたい」や「最後まで食事を自分で食べられるようになりたい」という本人の思いを尊重し、在宅において、訪問介護・通所リハビリ等のサービスを利用しながら日常生活動作の維持・向上を図る。
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()

私は、上記居宅サービス計画書(1)について説明を受け、その内容に同意し、これを受領致します。

平成 年 月 日 利用者(代理人) 氏名

続柄 印

居宅サービス計画書(2)

利用者名 ひまわり 太郎 様

No. 1

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(サービス提供事業所)	頻度	期間
病気があがるが、自宅で見守りを受け安心して生活を送りたい。	H24/ 1/16～H24/ 7/15 在宅での生活を維持することができる。	H24/ 1/16～H24/ 4/15 安全な療養環境が整い	食事/食事の介助	○	訪問介護	ヘルパーステーションコンダクト	毎日	H24/ 1/16～ H24/ 4/15
		H24/ 1/16～H24/ 4/15 事故のない生活を送ることができる。外に出て、人と交流ができるようになる	移乗/起き上がり動作の介助	○	訪問介護	ヘルパーステーションコンダクト		H24/ 1/16～ H24/ 4/15
		H24/ 1/16～H24/ 4/15 健康チェック、レクリエーション、生活リズムと共に精神安定をはかる	移乗/車椅子の移乗の介助	○	訪問介護	すみれヘルパーステーション	3回/週	H24/ 1/16～ H24/ 4/15
社会の人々と交流したい。	H24/ 1/16～H24/ 7/15 精神活動が活発になり認知症が進行しない。	H24/ 1/16～H24/ 4/15 他者との交流ができ、楽しく過ごすことができる。	健康チェック、レクリエーション、生活リズムと共に精神安定をはかる	○	通所介護	デイサービスセンターもも	3回/週	H24/ 1/16～ H24/ 4/15
		H24/ 1/16～H24/ 4/15 介護者の負担の軽減	家族が自宅での介護を継続できる。	○	短期入所生活介護	デイサービスなのはな	1回/月	H24/ 1/16～ H24/ 4/15
体調が安定して生活したい。	H24/ 1/16～H24/ 7/15 病状が安定して生活できる。	H24/ 1/16～H24/ 4/15 定期的な健康チェックができ、病状管理ができる。	看護/バイタルチェックと病状の観察	○	訪問看護	訪問看護ステーションうめ	1回/週	H24/ 1/16～ H24/ 4/15

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」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。

私は、上記居宅サービス計画書(2)について説明を受け、その内容に同意し、これを受領致します。

平成 年 月 日 利用者(代理人) 氏名

続柄 印

施設サービス計画書(1)

作成年月日 平成24年 1月19日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 ひまわり 太郎 様 性別 (男)・女 生年月日 大正 8年 9月10日

電話番号 076-222-xxxx

住所 石川県金沢市高尾台1丁目△△番地

FAX番号 076-222-xxxx

施設サービス計画作成者氏名及び職種

電話番号 076-296-xxxx

施設サービス計画作成介護保険施設名 ひまわり居宅介護支援事業所

所在地 石川県金沢市高尾台1丁目4 2 3 番地

施設サービス計画作成(変更)日 平成24年 1月19日

初回施設サービス計画作成日 平成24年 1月19日

認定日 平成23年 4月 1日

認定の有効期間 平成23年 4月 1日～平成24年 3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 (その他:)
利用者及び家族の生活に対する意向	足腰が弱く、店頭が心配である。怪我の無いように気をつけて欲しい。 ----- ----- ----- ----- -----
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	----- ----- -----
総合的な援助の方針	杖歩行をされているが、下肢筋力の衰えが目立ってきている。転倒などの無い様、見守りを怠らないよう注意する。あまり外から干渉事を好まないようなので、適度に距離を置いた対応で、かつ注意の視線がおろそかにならないようにしていく。 ----- ----- ----- ----- -----

私は、上記施設サービス計画書(1)について説明を受け、その内容に同意し、これを受領致します。

平成 年 月 日 利用者(代理人) 氏名

続柄 印

施設サービス計画書(2)

利用者名 ひまわり 太郎 様

No. 1

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	担当者	頻度	期間
誰かが自分の家に連れて帰ってこないかと、玄関口のソファにずっと座っていることがある。	H24/ 1/19~H24/ 7/18	H24/ 1/19~H24/ 4/18	事務所の職員に事情を説明し、見守りを行ってもらう。	担当職員	早急に	H24/ 1/19~H24/ 4/18
	施設外部での事故防止	無断外出の無い様、見守る。	玄関自動ドアのチャイムが鳴ったら必ず確認を行う。	事務員	随時	H24/ 1/19~H24/ 4/18
			玄関口のソファに据わっている場合は、部屋に戻ろうと声かけしてみる。	寮母・指導員	玄関にいるのを見たとき	H24/ 1/19~H24/ 4/18
		H24/ 1/19~H24/ 4/18	足腰が弱いので、歩行時に注意し見守る。	介護スタッフ	毎日	H24/ 1/19~H24/ 4/18
下肢筋力の低下が著しい。脱衣室内・浴室は滑りやすく、店頭の恐れがある。	H24/ 1/19~H24/ 7/18	H24/ 1/19~H24/ 4/18	浴室内での見守り。場合によって身体を支えるなどの介助。	一般浴担当者	毎入浴時	H24/ 1/19~H24/ 4/18
施設内部での転倒事故の防止						
下肢筋力の低下が著しい。杖歩行より安全な歩行器の使用を薦めるが、嫌がって使おうとしない。	H24/ 1/19~H24/ 7/18	H24/ 1/19~H24/ 4/18	気長に歩行器の使用を薦めてみる。	寮母・指導員	随時	H24/ 1/19~H24/ 4/18
施設内部での転倒事故の防止		杖歩行中の見守りと、安全の確保。	頑として断れば、無理強いはしない。 廊下に転倒する危険のあるものなどあれば直ちに撤去する。			

私は、上記施設サービス計画書(2)について説明を受け、その内容に同意し、これを受領致します。

平成 年 月 日 利用者(代理人) 氏名 続柄 印

サービス担当者会議の要点

作成年月日 平成24年 1月16日

利用者名 ひまわり 太郎 殿

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 福祉 花子

開催日 平成24年 1月16日

開催場所 利用者宅

開催時間 12:00 ~ 13:30

開催回数 1 回目

会議出席者	所属（職種） / 氏名	所属（職種） / 氏名	所属（職種） / 氏名
	ひまわり居宅介護支援 ケアマネジャー 介護 一郎		
	すみれ訪問介護 サ責 ヘルパー 郁美		
	あさがおデイサービス 出井 太郎		
検討した項目	・リハビリテーションの必要性・有効性の確認		
検討内容	<ul style="list-style-type: none"> ・現状のADLの確認。 ・今後の方向性について。 ・転倒の危険はなかったかどうかの確認。 		
結論	<ul style="list-style-type: none"> ・下肢に負担のかかる姿勢は避ける。 ・全般的によくやってもらい大変助かっている（本人・妻より）。 ・生活拡大のためのリハビリテーション目標に1回/週のリハの継続をしていく。 		
残された課題	リハビリテーションのレベルを定期的にあセスメントしていく。		
（次回の開催時期）	必要時随時		

居宅介護支援経過

作成年月日 平成24年 1月16日

利用者名 ひまわり 太郎 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 介護 一郎

年月日	内 容	年月日	内 容
平成21年12月21日(月) 14:00 ~ 15:30	[方法]: 訪問 [項目]: アセスメント [概要]: アセスメントのため初回訪問する。 本人と主介護者である長女が対応する。 ①介護に対する意向の確認 下肢筋力低下を改善。安定歩行のためのリハビリについては、本人・長女とも同じ考えである。ただし、最終的な目標については、本人は家事参加を希望しているのに対し、長女はトイレ歩行レベルで良いと考えている。アセスメントを行い、サービス担当者会議で検討する。 ②アセスメントの実施 アセスメント票に基づいて実施する	平成23年 1月25日(火) 13:00 ~ 14:00	サービスが提供されており、サービスの継続を希望している。 ②利用者の状況: 低血糖発作や転倒事故は発生していない。ただし、間食をとってしまうことがあるので、家族に購入しないようお願いする。 [方法]: 電話・FAX [項目]: サービス担当者会議の依頼 [概要]: 居宅サービス計画書の原案を送付しサービスの内容を事前に調整する。 3月1日14:00~サービス担当者会議を開催する旨を電話で依頼。その後FAXにて依頼書を送付する。
平成22年 2月 1日(月) 12:00 ~ 13:30	[方法]: 訪問 [項目]: サービス担当者会議の実施 [概要]: 第4表参照。出席できなかった石川医師については紹介(依頼)し、合意を得る。		
平成22年 3月20日(土) 15:00 ~ 16:00	[方法]: 訪問 [項目]: モニタリング [概要]: ①サービスの実施状況: 計画通りに		

施設介護経過

作成年月日 平成24年 1月19日

利用者名 ひまわり 太郎 殿

施設サービス計画作成者(照会者)氏名

年月日	内 容	年月日	内 容
平成21年12月21日(月) 14:00 ~ 15:30	[方法]: 訪問 [項目]: アセスメント [概要]: アセスメントのため初回訪問する。 本人と主介護者である長女が対応する。		医師については紹介(依頼)し、合意を得る。
	①介護に対する意向の確認 下肢筋力低下を改善。安定歩行のためのリハビリについては、本人・長女とも同じ考えである。ただし、最終的な目標については、本人は家事参加を希望しているのに対し、長女はトイレ歩行レベルで良いと考えている。アセスメントを行い、サービス担当者会議で検討する。	平成23年 1月25日(火) 13:00 ~ 14:00	[方法]: 電話・FAX [項目]: サービス担当者会議の依頼 [概要]: 居宅サービス計画書の原案を送付しサービスの内容を事前に調整する。 3月1日14:00~サービス担当者会議を開催する旨を電話で依頼。その後FAXにて依頼書を送付する。
	②アセスメントの実施 アセスメント票に基づいて実施する。		
平成22年 2月 1日(月) 12:00 ~ 13:30	[方法]: 訪問 [項目]: サービス担当者会議の実施 [概要]: 第4表参照。出席できなかった石川		
	医師については紹介(依頼)し、合意を得る。		
平成22年 3月10日(水) 15:00 ~ 16:00	[方法]: 訪問 [項目]: サービス担当者会議の実施 [概要]: 第4表参照。出席できなかった石川		

利用者基本情報

作成年月日 平成21年 5月 1日

作成担当者：予防担当

《基本情報》

相 談 日	平成21年 5月 1日 (金)		来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来(前)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()				
フリガナ 本人氏名	ツバキ サダヲ つばき 三郎		男・女	M・(T)・S 5年 2月10日生 (93) 歳	
住 所	東京都品川区 1 2 - 1 1 1 - 1 2 3 3		Tel	03-1211-2322	
			Fax		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・経要介・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：平成18年 4月 1日～平成19年 3月31日 (前回の介護度)				
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、他 ()				
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無				
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護				
来 所 者 (相 談 者)	つばき 花代		家族構成		
	千葉県千葉市〇〇100		◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死に、☆=主 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)		
住 通 絡 先	氏名	続柄	住所・連絡先	家族構成	
		同上	同上		長女
		長女			
緊急連絡先				家族関係等の状況	

利用者基本情報

作成年月日 平成21年 5月 1日

《介護予防に関する事項》

作成担当者：予防担当

今までの生活	<p>本人は電気関係の技術職で、サラリーマンだった。妻は退職後は専業主婦となり、2人の介護はできない。最近、本人は電気関係の技術職で、サラリーマンだった。妻は退職後は専業主婦となり、2人の介護はできない。最近、</p>		<p>60歳で定年後も、5年間嘱託で勤務。退職後は妻と旅行に行ったり、趣味に興味がなくなり、年1回の苦取の同僚との旅行は行かず、よく疲れたが、最近では体調を崩し、体力も弱くなり、体調が悪く、2人の介護はできない。最近、</p>				
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	<p>一日の生活・過ごし方</p> <p>朝食後の散歩を日課にしていたが、最近はやや体調が悪く休みがち。日中テレビ、後はうたた寝と昼寝。夕食後は空いた時間はテレビ鑑賞</p>	<p>趣味・楽しみ・特技</p> <p>テレビ。晩酌が楽しみ。釣りや水墨画は性に合ったこと。特技は電気製品の修理。</p>					
<table border="1"> <tr> <th>時間</th> <th>本人</th> <th>介護者・家族</th> </tr> <tr> <td>6:30 12:00 14:00 18:00 21:30</td> <td>起床・朝食 昼食 夕食 就寝</td> <td>介護時間 テレビ鑑賞</td> </tr> </table>	時間	本人	介護者・家族	6:30 12:00 14:00 18:00 21:30	起床・朝食 昼食 夕食 就寝	介護時間 テレビ鑑賞	<p>友人・地域との関係</p> <p>近所づきあいは挨拶程度。友人は市外のため、たまに電話をかける程度。</p>
時間	本人	介護者・家族					
6:30 12:00 14:00 18:00 21:30	起床・朝食 昼食 夕食 就寝	介護時間 テレビ鑑賞					

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見書作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
63年10月 1日	胃潰瘍	コンダクト病院	Tel	治療中 経観中 その他	
40年11月 3日	痔疾手術	ウエルネット外科病院	Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見書、及事業所、介護施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

「介護予防のための生活機能評価」判定報告書

記入日：平成21年 5月19日

氏名 つばき 三郎

下記の通り判定いたしました。

1. **総合判定** にチェックを入れ、矢印に進み記載してください。）

① 「生活機能の著しい低下」の有無

- 有：生活機能の低下があり、要支援・要介護状態となるおそれが高いと考えられる場合
- 無：生活機能が比較的よく保たれ、要支援・要介護状態となるおそれが高いとは考えられない場合

↓
有の場合、②を記入してください。

② 医学的観点から見た事業利用の適否

介護予防事業の利用が望ましい 2 を記載してください。

医学的な理由により次の介護予防事業は不相当 「全て」をチェックしない場合、2 を記載してください。

病状悪化のおそれがある
治療上の支障がある等

- 全て
 栄養改善
 その他 (

- 運動器の機能向上
 口腔機能の向上

)



2. 介護予防に資するサービスの利用にあたっての留意事項等

サービス利用の際の医学的管理からの留意事項等について記載してください。

【利用の際の医学的管理からの留意事項】

【その他サービスの利用にあたって特記事項等あれば記載してください。】

医師氏名 山田 一郎

評価機関名 山田医院

電話 03-1111-1234

基本チェックリスト

作成年月日 平成21年 5月 1日

氏名 つばき 三郎

No.	質問項目	回 答 (いずれかに○を お付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 172.0cm 体重 53.0kg (BMI = 17.9) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶か汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われま すか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられ る	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

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

介護予防サービス・支援計画表（1）

作成年月日 平成21年 5月19日

PAGE 1

No. 000000007

利用者名 つばき 三郎 様

計画作成者氏名 介護 一郎

計画作成（変更）日 平成21年 5月19日（初回作成日 平成18年12月 1日）

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） フラワー居宅介護支援事業所

東京都港区赤坂3-16-11 TEL:03-5545-3560 FAX:

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

認定年月日 平成20年 4月 1日 認定の有効期間 平成21年 4月 1日～平成22年 3月31日

担当地域包括支援センター ありまつ地域包括支援センター

目標とする生活

1日	食事がおいしく食べられ、毎日散歩ができる。	1年	昔の仲間と旅行したり、ボランティア活動ができる。
----	-----------------------	----	--------------------------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題 (背景と原因)	総合的課題	課題に対する目標と 具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
運動・移動について 歩行はつかまらずに行えるが、最近長く歩くことができない。外出の機会は図書館や郊外のスーパーに月に2～3回行く程度だが、最近減少傾向。	本人：どこに行くわけではないので不自由ではない。 家族：このままでは歩けなくなるのではと心配。	■有 □無 機能的には問題はないが、出かける目的もなく歩くきっかけもないため、下肢機能が低下してきており、このままの生活を続けることにより、歩行に支障が生じるおそれがある。	1. 活動性が低下したことによる下肢筋力と体力の低下が生じている。	1. (目標) 図書館やスーパーなど週1回でかける。 (具体策) ①運動器の機能向上教室などに行き、機能訓練を行う。 ②自分で買い物に行く機会などを増やしていく。 ③生活機能評価を受ける。	1. 本人：どこも具合が悪くないが、健診（生活機能評価）なら行ってみたい。 体力は落ち、足腰も弱っているが、どこかに通うのは気が引けるが、このままでは旅行にも行けない。 家族：是非健診も受けてほしいし、機能訓練も行ってほしい。活動的になってくれると良い。
日常生活（家庭生活）について 身の回りの行為は自立している。食事作りが行わない。簡単な片付けやゴミ捨て、洗濯は行う。娘が週1回来訪し、掃除や調理を行う。簡単な家電製品の修理は自分でしている。	本人：食事作りは面倒。家事はやれないのではなく、やらないだけ。 家族：母親が亡くなってから心配でずっと手伝っている。誰かやってくれる人がいればお願いしたい。	■有 □無 妻が死亡後、食生活の偏りから栄養状態が悪化している恐れがあるが、本人、家族ともに健康状態ともに問題意識はない。	2. 義歯を含めた口腔状態や食生活が良くないことにより、低栄養や体力低下をきたす可能性がある。	2. (目標) 義歯を含めた口腔内状態を整えることで、おいしく食事が食べられる。 (具体策) ①歯科医院に受診する。 ②口腔内状態を整える。 ③栄養についての情報を収集する。 ④地域の会食会に参加する。 ⑤娘と一緒に食事を作る。	2. 本人：以前に何回も歯医者で調節したがうまくいかなかった。歯医者に行っても治らないだろう。手入れは教えてもらいたい。娘と一緒に料理するのは恥ずかしい。会食も、毎年誘われるが女性ばかりで気が引ける。栄養の話は聞きたい。 家族：ヘルパーさんにしてもらえば、良いと思っていたが、それでは本人にとってあまり良くない。本人も少し興味もあるみたいだし、教室に参加することは良いことだと思う。
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 老人会や、地域の行事には参加しない。昔の仕事仲間との電話や手紙のやり取りはあり、旅行にも2年前まで参加していた。普段は、娘の電話以外まったく会話しなないこともある。	本人：高齢者の集まりに参加することは好まない。昔仲間との旅行は、参加したい。 家族：万が一の時のために近所とも交流してほしい。	■有 □無 本人は旅行への参加を希望しており、体力低下と共に閉じこもりにならないよう社会参加の方法を考える。本人の得意分野である電気修理技術を生かす方策も考慮する。	3. 活動性の低下や趣味にも興味を持たなくなったという状況から、社会参加等の外出の機会がなくなり、閉じこもりとなる可能性がある。	3. (目標) 特技である電気技術でボランティア活動を行い、外出の機会を作る。 (具体策) ①市のボランティアセンターに相談する。 ②児童館でおもちゃ修理を行う	3. 本人：ボランティアなんて考えたこともなかったが、役立つことがあればやってみたい。 家族：昔から子煩悩な人だったので、子供相手は良いのではないかと。
健康管理について 退職以来、健康診断を受けず、定期受診もない。残存歯がぐらつき、部分義歯が合わなくなっているが、受診していない。タバコは1日1箱、飲酒は2合と決めている。運動は散歩を日課にしていたが、寒くなったことと風邪を引きやすくなり、中止している。テレビの健康番組は好んでみている。	本人：どこも悪くないので受診は必要ない。風邪を引きやすいのは歳のせいと思う。義歯は今更作り直すのも面倒だし、あきらめている。 娘：急に倒れたら困るので、健康診断ぐらいは受けてほしい。	■有 □無 体重の減少、体力の低下について総合的な健康状態の把握が必要。歯の状態も低栄養や風邪の引きやすさにつながっているとされる。本人は健康に関心があるが、一般論として知識があっても自分にあった方法がわからないことや諦めが見られる。			

介護予防サービス・支援計画表（2）

作成年月日 平成21年 5月19日

PAGE 2

No. 000000007 利用者名 つばき 三郎 様

目 標	支 援 計 画					
	目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の 支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス または地域支援事業	サービス種別	事業所	期 間
1. 図書館やスーパーなど週1回でかける。	(1) 急に機能訓練などに行くには躊躇があるようなので、まずは生活機能評価、次に機能訓練の見学などを勧めていく。	・たばこは自分で買いに行く。	生活機能評価を受ける 運動機能向上教室で下肢機能を強化する	介護予防通所介護	デイサービスセンターも	3ヶ月
2. 義歯を含めた口腔内状態を整えることで、おいしく食事が食べられる。	(2) 自分の健康状態を把握して、自分にあった体力向上のための方法を学び、実践できるようにする。	・うがい・歯磨きを毎食後にする。 ・家族は、調理技術や食事のとり方、本人が行う日課を確認する。	口腔機能評価と手入れを学ぶ。 会食会や男の料理教室などきっかけがあったら声をかけてもらう。	介護予防通所介護	デイサービスセンターも	3ヶ月
3. 特技である電気技術でボランティア活動を始める。	(3) 機会があったら声をかけ本人の負担にならないように勧めていく。児童館でおもちゃの修理などの場を紹介する。	・ボランティアセンターに相談に行く。		地域介護予防支援事業		6ヶ月

健康状態について

□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

主治医意見書からは、貧血、低コレステロール血症、胃炎が診断されていますが、治療の必要は今のところない。体調をみながら、主治医と相談しながら介護予防サービスを受けていく。

【本来行うべき支援が実施できない場合】

適切な支援の実施に向けた方針

ボランティア活動などについては、外出することに慣れたり、良い機会があったときに支援に結び付けていくことにする。

総合的な方針：生活不活発の改善・予防のポイント

ご本人に興味があり、特技を活かしながら活動を促し、閉じこもり予防を行っていく。また、下肢筋力の向上や健康状態を改善した後、地域の活動に参加を促していく。

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

運動 不足	栄養 改善	口腔内 ケア	閉じこも り予防	物忘れ 予防	うつ 予防
○	○	○			

地域包括支援 センター	意見	普及啓発事業などは興味のある催しの際にはきっかけを逃さないよう参加できるようにしていきましょう。
	確認印	予防担当

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

介護予防支援経過（サービス担当者会議の要点を含む）

作成年月日 平成21年 5月19日

利用者名 つばき 三郎 殿

計画作成者氏名

介護 一郎

年月日	内 容	年月日	内 容
18.12.1	（自宅）本人宅で、本人・長女と一緒に介護予防サービス計画を作成し、同意を得られたため、同日にデイサービスセンターももに連絡。口腔機能向上と栄養改善のプログラムの日程を確認した。両プログラム同時参加の調整が必要なため、後日デイサービスセンターももにて担当者会議を開催することになり、長女にも参加をお願いして、本人と一緒に出席することを決めた。		今後の予定：それぞれのプログラムでの指導内容・アセスメント内容などは個別の計画や介護予防手帳等で確認し、必要に応じて担当保健師に連絡を取るようにする。口腔機能向上プログラムは、3ヶ月後に終了予定。栄養プログラムは6ヶ月後に終了予定。
19.1.20	（デイサービスセンターもも） 担当者会議開催 時間：午後1時半～2時半 参加者：本人・娘・保健師・A歯科衛生士・B管理栄養士		本人は、自分のやり方を尊重するという話に満足した様子。「がんばってみよう」と話していた。娘は「自分の家にも高齢者を抱えており、栄養の勉強をしたいので本人と一緒に参加したい」と希望したので、確認し、了解が得られた。
	検討テーマ：①目標の確認と方法の共有②日程や内容の調整 検討結果：①本人が主体的に体力向上に取り組めるよう、本人の好みや方法を取り入れて行うことが確認された。栄養プログラムは、生活機能評価後に参加する。口腔機能向上プログラムは歯科医師が講義と個別相談を行う予定である。	19.1.25	（電話）本人に様子を聞くと、「久しぶりの健診で緊張した。一緒に受けている人がみな元気そうで、毎年受けていると自慢していたのでまだまだ自分も負けれないと思った」と話していた。それは素晴らしいことだと支持しボランティアセンター訪問と口腔機能向上プログラムの参加の日程の確認をした。

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判定し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

介護予防支援・サービス評価表

作成年月日 平成21年 5月19日

評価日 平成21年 5月19日

利用者名 つばき 三郎 殿

計画作成者氏名 介護 一郎

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
1. 図書館やスーパーなど、週1回でかける。	3ヶ月	生活機能評価は受けた。近所への買い物は自分で行くようになったし、体力もついてきた。図書館、スーパーだけでなく、今では自分でバスに乗ってボランティアセンターに行っている。	達成			運動機能については、ほぼ改善したと考えられる。外出の機会が確保されている限りにおいては、維持すると考えられる。運動機能については、サービス終了とする。
2. 義歯を含めた口腔内状態を整えることで、おしく食事が食べられる。	3ヶ月	うがいは忘れるが、歯磨きと、治した義歯の手入れは毎食後行っている。	達成			義歯の手入れは、毎食後行えている。今後は、年一回の生活機能評価で口腔内の評価を行い、変化があったとき支援をしていくこととし、本サービスも終了する。
3. 特技である電気技術でボランティア活動を始める。	6ヶ月	すでにシルバー人材センターに登録し、おもちゃ病院への参加や公営住宅の電気修理を行っている。また、民生委員からも時々高齢者宅の電球取替えや、コンセント修理を頼まれている。	達成			プランを立てたときは、出かけるまでに時間がかかるかと思っただが、早く計画が進んだ。目標が達成したため、計画終了とする。 地域の中で役割を持つようになってきた。

<p>総合的な方針</p> <p>評価期間を迎える目標はほとんど達成できている。これを維持継続させるためにも、住民活動などの参加を勧めていく。</p>	<p>地域包括支援センター意見</p> <p>栄養改善についてサービスが継続となる。介護予防事業と連携をとりながら、現状の維持向上を図っていく。</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"> <input checked="" type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 </td> <td style="width: 33%; border: none;"> <input type="checkbox"/> 介護給付 <input checked="" type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了 </td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input checked="" type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了
<input checked="" type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input checked="" type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了			

■利用者名簿

平成30年 1月26日
PAGE : 1/2

期間：平成29年 4月 1日～平成29年 4月30日 該当件数：21件 利用区分：利用者 利用者指定：無

利用者番号 被保険者番号	ヨミガナ 氏名	生年月日	性別	電話番号 1	住所	保険者番号	担当ケアマネジャー	負担 割合証
		年齢	郵便番号	電話番号 2		要介護度	認定有効期間	
000000001 4262642564	カイク ^レ オスミ 介護すみれ	S43/ 2/ 9	男	076-	石川県金沢市222222	00171234	佐藤 太郎	2割
		4 9歳	〒234-521			要介護 2	平成28年10月 6日～平成30年 3月31日	
000000002 H234546457	セイト ^ト クスミ 生保単独すみれ	S20/ 5/ 7	男	076-	石川県金沢市22-2	00171234		
		7 2歳				要介護 2	平成26年 4月 1日～平成35年 4月15日	
000000003 1753452134	ナノハタ ^ン キョウト なのはな短期シヨ...	S19/ 3/ 3	男	076-	石川県金沢市いちほら2-2	00171234	介護 花子	
		7 3歳				要介護 2	平成26年 4月 1日～平成36年 4月 1日	
000000006 0006873236	アヤメホ ^{ウツ} ヨリハ あやめ予防通所リハ	H27/12/19	男	076-4563-7788	石川県金沢市34-21	00331009	佐藤 太郎	
		2 歳	〒2765-532			要支援 1	平成26年 2月20日～平成36年 4月17日	
000000007 4677680906	スミレホ ^{ウコ} レハコ すみれ花子	S30/ 8/ 2	女	076-	石川県白山市高尾台	00271007	佐藤 太郎	
		6 2歳	〒345-766			要支援 2	平成27年 9月22日～平成35年 5月 1日	
000000008 0034567899	アセメント ^{タロウ} アセメント 太郎	S30/ 7/ 4	男	123-65-8763	石川県金沢市西念3-5	00177782		
		6 2歳	〒276-7653			要介護 1	平成26年 1月 1日～平成35年 1月 1日	
000000009 9324485245	コスモス ^コ コスモス 子	S24/ 5/ 7	女	234-7565-7543	石川県金沢市西念276-54	00171234	介護 花子	2割
		6 8歳	〒276-5432			要介護 3	平成29年 4月 1日～平成30年 3月31日	
000000010 0057886532	アサガ ^{カク} あさがお介護	S30/10/12	女		石川県金沢市北安江3-5-19	00171234	介護 花子	
		6 2歳	〒276-6544			要介護 3	平成27年 4月16日～平成35年 4月10日	
000000011 4679553625	アヤメ ^{カク} コツヨリハ あやめ通所リハ介護	S 5/ 2/ 7	女			00171234	佐藤 太郎	1割
		8 7歳				要介護 3	平成26年 2月 1日～平成36年 1月 1日	
000000013 0783645264	フリージア ^コ フリージア子	S 2/ 7/ 7	女		石川県金沢市北安江	00171234	佐藤 太郎	
		9 0歳	〒276-5443			要介護 3	平成29年 3月 3日～平成30年 3月30日	
000000015 4689897026	ヨウエン ^{カク} コ ^タ 要支援→要介護太	S20/ 1/ 1	男		石川県金沢市北安江	00171234	佐藤 太郎	
		7 3歳				要介護 1	平成26年 4月15日～平成36年 4月14日	
000000016 5765151351	ロウジ ^ン ホーム ^シ ロウニ... 老人ホーム入所次...	S 5/ 1/ 2	男			00171234	佐藤 太郎	
		8 8歳				要介護 3	平成26年 1月 1日～平成36年 1月 1日	
000000017 7993366366	モミジ ^{タロウ} もみじ太郎	S20/ 1/ 1	男		石川県金沢市北安江	00171234	佐藤 太郎	
		7 3歳	〒243-221			要介護 1	平成26年 2月 1日～平成35年 2月 1日	
000000018 1234566777	フリージア ^{タロウ} フリージア太郎	S 5/10/ 4	男		石川県金沢市北安江53-5	00171234	佐藤 太郎	
		8 7歳				要介護 5	平成29年 1月14日～平成30年 1月30日	
000000019 6624554444	スイセン ^シ ロウ すいせん 次郎	S25/ 4/ 3	男			00171234	佐藤 太郎	
		6 7歳				要介護 1	平成26年 4月 1日～平成35年 4月 1日	

※介護保険証、負担割合証の情報は、「平成29年 4月」で最新の情報を記載しています。

■事業所一覧表

※検索条件
サービス検索年月日：平成21年 5月20日

平成21年 5月20日

PAGE : 1/5

該当事件数： 26 件

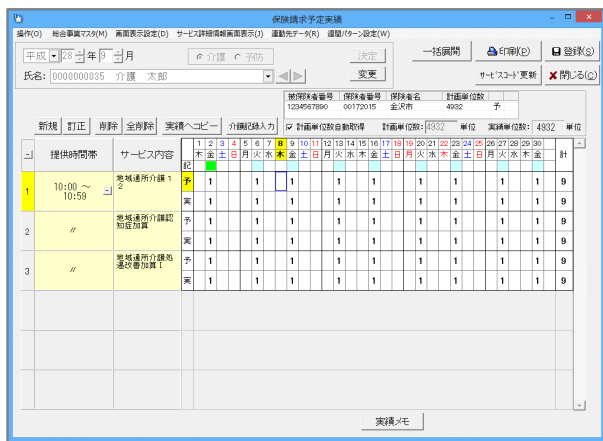
事業所番号	事業所名称	住所	法人等種別	
			事業区分	社福軽減対応
			地域区分	サービス種
1111111111	フラワー居宅介護支援事業所	〒107-0052 東京都港区赤坂 1 - 2 - 3 TEL 03-5545-3560 FAX	社会福祉法人(社協) 指定事業所 その他	なし なし
2222222222	ゆりヘルパーステーション	〒107-0000 東京都港区〇〇1050 TEL 03-1111-8888 FAX	社会福祉法人(社協以外) 指定事業所 特別区	なし なし
3333333333	はな訪問看護ステーション	〒111-1234 東京都港区赤坂 3 - 5 - 2 8 TEL 03-1111-1234 FAX	営利法人 指定事業所 その他	なし なし
4444444444	あさがおデイサービスセンター	〒123-1234 東京都港区赤坂 6 - 5 - 2 8 TEL 03-1111-1234 FAX	営利法人 指定事業所 特別区	なし なし
5555555555	老人保健施設たんぼぼ	〒123-1234 東京都港区〇〇 TEL 03-1111-1234 FAX	指定事業所 その他	なし なし
			通所リハビリテーション 短期入所療養介護（介護老人保健施設） 介護保健施設サービス 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設）	

flowers^{NEXT} の主な特徴

POINT 1

予定・実績が別管理。

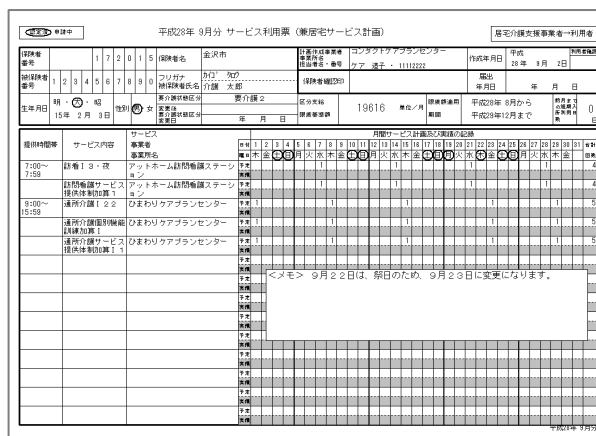
介護サービス業務の予定と実績が別管理できます。介護の現場にあわせた仕様で入力の手間がありません。



POINT 2

書類作成・管理がラク。

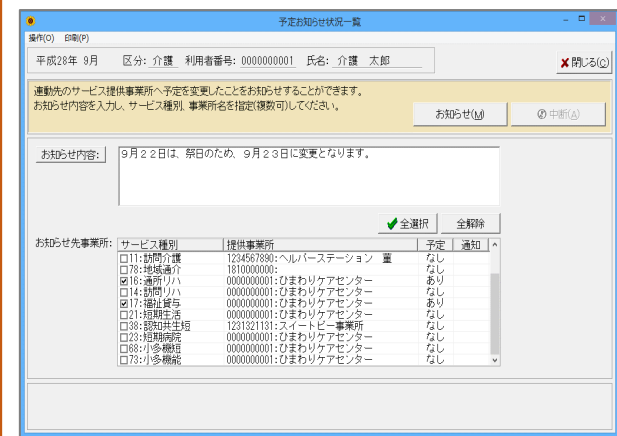
利用票、提供票や実績報告書の機能も充実。作成履歴が残るので管理がらくらく。メモを表示して印刷することも可能です。



POINT 3

お知らせ機能付き。

ケアマネージャーとサービス担当者間の連絡をかんたん・確実に。予定変更などを通知できるお知らせ機能があります。



flowers^{NEXT} 動作環境

Microsoft Windows は米国 Microsoft Corporation の登録商標です。

動作要件 (2024年1月現在 ^{*1})	
OS	Microsoft Windows 10、Microsoft Windows 11 ^{*2}
プロセッサ	Intel Core i5-7200U (または相当品) 以上
メモリ	8GB 以上
ストレージ	空き容量 10GB 以上
ディスクドライブ	DVDスーパーマルチドライブ

^{*1} 動作要件は随時更新いたします。最新情報は HP をご覧ください。

^{*2} Windows10 から Windows11 にアップグレードする場合は、上記プロセッサでは動作要件を満たしません。ご注意ください。

Flowers^{NEXT} ラインナップ

居宅介護支援事業者	居宅介護支援事業者システム	ひまわり	居宅サービス	小規模多機能型居宅介護システム	ききょう& ききょう Plan
		ひまわり Lite			ききょうⅡ & ききょう Plan
居宅アセスメント	MDS-HC 方式	いちよう	居宅サービス	看護小規模多機能型居宅介護システム	ききょうⅡ & ききょう Plan
	居宅サービス計画ガイドライン方式	パンジー			
居宅サービス	訪問介護システム	すみれ	入所施設	介護老人保健施設システム	たんぼぼ
	訪問看護システム	コスモス		介護福祉施設システム	なのはなⅠ
	訪問入浴システム	すいせん		地域密着型介護福祉施設システム	なのはなⅡ
	訪問リハビリシステム	ラベンダー		介護療養型医療システム	フリージア
	福祉用具貸与システム	つくし		介護医療院システム	サルビア
	居宅療養管理指導システム	もみじ		グループホームシステム	スイートピーⅡ
	通所介護システム	あさがおⅠ		特定施設システム	クローバーⅠ
	認知症対応型通所介護システム	あさがおⅡ		地域密着型特定施設システム	クローバーⅡ
	通所リハビリシステム	あやめ	施設アセスメント	MDS-RAPs 方式	あじさい
				包括的自立支援プログラム方式	すずらん

※すべてのシステムでデータ共有が可能です。

開発・製造・販売

conduct 株式会社 **コンダクト**

〒921-8155

石川県金沢市高尾台 1 丁目 423 番地

TEL:076-296-3330 FAX:076-296-3339

URL: <https://www.conduct.co.jp/>



0120-536-651

取り扱い会社