

明るい笑顔を咲かせたい 介護保険請求ソフト

包括的自立支援プログラム方式 すずらん 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
■ アセスメント	
・在宅復帰及び在宅支援の検討	16
・ケアチェック表	17
・ケアチェック要約表	24
■ ケアプラン管理	
・居宅サービス計画書(1)(2)	26
・施設サービス計画書(1)(2)	28
・週間サービス計画表	30
・日課計画表	31
・サービス担当者会議の要点	32
・居宅介護支援経過	33
・施設支援経過	34
・モニタリング表	35
■ リスト	
・利用者名簿	36

略称	たんぽぽ介護老人保健施設			事業区分	指定事業所
事業所名	たんぽぽ介護老人保健施設			事業所コード	0000000012
施設設置主体				医療機関コード	
施設管理者名				職種	
県番号	17: 石川県	市町村設定コード	0000000004	社福軽減対応	なし
都道府県名	石川県			郵便番号	246-23
市区町村名	金沢市			電話番号	
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	00000000	利用者番号初期値	0000000001	内部番号	下限値 : 00000000001 上限値 : 99999999999
事業所名称	たんぽぽ介護老人保健施設				
県番号	17: 石川県			市区町村設定コード	0000000004
都道府県名	石川県			郵便番号	246-23
市区町村名	金沢市			電話番号	
町名番地	コンダクト町▲▲番地				

■個人台帳(基本)

利用者番号 00000000001

ヨミ	ヒマリ カロウ						
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)	職業	無職
住所	〒1111-2233 東京都港区赤坂 1-1-1						
	電話番号1	03-5545-3456		電話番号2	FAX1		03-5545-3457
他住所	〒106-0047 東京都港区南麻布 5-5-5						
旧住所	〒108-0072 東京都港区白金 3-3-3 (Tel 03-1111-1234)						

<家族・連絡者>

	同居 別居	氏名	ひまわり 花子 (女) 80歳	続柄	妻
1		介護担当区分	主介護者	職業	無職
住所	〒111-2233 東京都港区赤坂 1-1-1				
備考	電話番号 1	03-5545-3456		電話番号 2	FAX 03-5545-3457
連絡者	同居 別居	氏名	ひまわり 一郎 (男) 57歳	続柄	長男
		介護担当区分	キーパーソン	職業	会社員
2		住所	〒106-0047 東京都港区南麻布 5-5-5		
備考	電話番号 1	03-1111-2234	電話番号 2	090-2222-3333	FAX 03-1111-2234
	緊急時連絡は携帯へ				
	同居 別居	氏名		続柄	
3		介護担当区分		職業	
住所	〒				
備考	電話番号 1			電話番号 2	FAX
4		氏名		続柄	
		職業		職業	
5		氏名		続柄	
		職業		職業	
6		氏名		続柄	
		職業		職業	
7		氏名		続柄	
		職業		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）

平成21年 5月19日
PAGE : 1/1

利用者番号:00000000001 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
1	

< 介護保険証 >

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

< 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	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			
要介護区分	要介護 3				事業所No.	1700000001			
居宅・施設	居宅				届出日付	平成21年 1月 1日			
申請中・生保					期 間	H21/ 1/ 1 ~			
認定年月日	平成23年 4月 1日				名称				
認定有効期間	H26/ 4/ 1 ~ H27/ 3/31				事業所No.				
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)				届出日付				
	H26/ 4/ 1 ~ H27/ 3/31 ① 26931単位 ② ③				期 間				
種類 支給 限度 基準 額	①				サービスの種 類の指定			名称	
								事業所No.	
		届出日付							
②					期 間				
					名称				
					事業所No.				
③					届出日付				
					期 間				

お知らせ一覧

印刷：平成28年10月17日 15:59

■介護保険証 有効期限切れ

該当件数： 2件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
0000000003	こすもす 一郎	介護保険証の有効期限が今月切れます。【10月30日】	要介護度：要介護3 認定有効期間：平成28年 1月 1日～平成28年10月30日
0000000052	橿 みよ	介護保険証の有効期限が来月切れます。【11月15日】	要介護度：要介護3 認定有効期間：平成28年 1月 1日～平成28年11月15日

■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
0000000004	あさがお 秀雄	サービス計画書の短期目標期間が終了しています。【9月30日】	計画作成(変更)日：平成28年 4月19日 短期目標期間：平成28年 7月 1日～平成28年 9月30日 短期目標：症状の回復ができる 短期目標期間：平成28年 7月 1日～平成28年 9月30日 短期目標：血流障害を防ぐ

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	アサガオ ヒデオ	あさがお 秀雄	男	要介護3	サービス計画書の短期目標期間が終了していま す。【9月30日】
0000000009	アジサイ ヨシ	あじさい 良夫	男	要介護3	
0000000008	アヤメ フミコ	あやめ 文子	女	要介護2	
0000000005	イチヨウ カズオ	いちよう 一男	男	要介護2	
0000000023	キク マサシ	きく 正史	男		
0000000018	クロハチ ジュン コ	くろーぱー 順 子	女	要支援2	
0000000003	コスモス イチウ	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	サクラ アキコ	さくら 愛子	女	要支援2	
0000000013	スイートピー サチ	すいーとぴー 幸男	男		
0000000012	ステーション サチ	すいせん 幸子	女	要介護1	
0000000011	スズラン ジョウ	すずらん 次郎	男		
0000000002	スミレ ハナコ	すみれ 花子	女	要介護3	
0000000031	タケノコ イチウ	たくしー 一郎	男		
0000000032	タンポポ スミ	たんぽぽ 純代	女	要介護2	
0000000006	タンポポ マサコ	たんぽぽ 正子	女	要介護3	
0000000015	ツバキ ショウイチ	つくし 昭一	男		
0000000021	ツバキ サブウ	つばき 三郎	男	要支援1	
0000000051	テラス ハナコ	テラス 花子	女		
0000000052	ナツメ ミヨ	なつめ 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	ナハタ マサ	なのはな 正夫	男	要介護5	
0000000025	バラ ヒデキ	ばら 英樹	男	要介護1	
0000000010	ハンジュー ヨシ	ばんじー 義男	男	要介護3	
0000000001	ヒマワリ タウ	ひまわり 太郎	男	要介護3	
0000000033	フリーズ ショウ ウ	ふりーじあ 正 三	男	要介護5	
0000000024	ホタル アキ	ぼたん 明子	女	要介護3	
0000000029	ミドリ タウ	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	ユリ キミ	ゆり 君子	女	要介護2	
0000000014	ランタン ミツ	らんたん 一 光 子	女	要介護3	

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	ふりがな 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	ふりがな ヒマワリ タロウ ひまわり 太郎	性別	(男)・女	生年月日 明治・ <u>大正</u> ・昭和 8年 9月 10日(89歳)
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下さい。

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(デイサービス)	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(デイケア)	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(医療保険適用療養病床)	
<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下さい。

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. つかまらないでできる ② 何かにつかまればできる 3. できない

1-4 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる ② 何かにつかまればできる 3. できない

1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

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

1. 支えなしでできる ② 何か支えがあればできる 3. できない

1-7 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる ③ できない

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる ③ できない

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

1. 支えなしでできる 2. 何か支えがあればできる ③ できない

1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 一部介助 ③ 全介助 4. 行っていない

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 一部介助 ③ 全介助

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 普通(日常生活に支障がない)
2. 約1m離れた視力確認表の図が見える
- ③ 目の前に置いた視力確認表の図が見える
4. ほとんど見えな
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. 普通の声がやっ聞き取れる
- ③ かなり大きな声なら何とか聞き取れる
4. ほとんど聞こえない
5. 聞こえているのか判断不能

2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない ② 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 見守り等 ③ 一部介助 4. 全介助

2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる ② 見守り等 3. できない

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない ② 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない ② 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 見守り等 ③ 一部介助 4. 全介助

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない ② 一部介助 3. 全介助

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない ② 一部介助 3. 全介助

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 一部介助 ③ 全介助

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

1. 介助されていない 2. 見守り等 ③ 一部介助 4. 全介助

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

1. 介助されていない 2. 見守り等 ③ 一部介助 4. 全介助

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- ① 週1回以上 2. 月1回以上 3. 月1回未満

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

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

- ① できる 2. できない

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

- ① できる 2. できない

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

1. できる ② できない

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

- ① できる 2. できない

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

- ① できる 2. できない

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

- ① できる 2. できない

3-8 徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない ② ときどきある 3. ある

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

1. ない ② ときどきある 3. ある

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

1. ない ② ときどきある 3. ある

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

1. ない ② ときどきある 3. ある

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

1. ない ② ときどきある 3. ある

4-4 昼夜の逆転について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- ① ない 2. ときどきある 3. ある

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

1. ない 2. ときどきある ③ ある

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

1. ない ② ときどきある 3. ある

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

1. ない ② ときどきある 3. ある

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

- ① ない 2. ときどきある 3. ある

4-9 一人で外に出たがりが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. とときがある	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 とときがある	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 とときがある	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. とときがある	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. レスピレーター(人工呼吸器)	7. 気管切開の処置	
	⑧ 疼痛の看護	9. 経管栄養	11. じょくそうの処置	
特別な対応	10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)		

7 日常生活自立度について、各々該当するもの一つだけ○印をつけてください。

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

認定調査票(特記事項)

1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

- 1-1 麻痺等の有無、1-2 拘縮の有無、1-3 寝返り、1-4 起き上がり、1-5 座位保持、1-6 両足での立位、1-7 歩行、
1-8 立ち上がり、1-9 片足での立位、1-10 洗身、1-11 つめ切り、1-12 視力、1-13 聴力
()
()
()
()

2 生活機能に関連する項目についての特記事項

- 2-1 移乗、2-2 移動、2-3 えん下、2-4 食事摂取、2-5 排尿、2-6 排便、2-7 口腔清潔、2-8 洗顔、2-9 整髪、
2-10 上衣の着脱、2-11 ズボン等の着脱、2-12 外出頻度
()
()
()
()

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
()
()
()
()

(ふりがな) ヒマワリ カウ ひまわり 太郎		〒 111-2233 東京都港区赤坂 1-1-1
申請者 明・大・昭 8 年 9 月 10 日生 (89 歳)	男・女	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。 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 <input checked="" type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。		
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"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 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 ()		

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つては 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つては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"/> 透析 <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 特別な対応 <input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 失禁への対応 <input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)
--

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

- ・障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) 自立 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 いくらから困難 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 いくらから困難 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)

<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴行	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 性的問題行動	<input type="checkbox"/> その他 ()			

(4) その他の精神・神経症状

有 無 (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: 左下肢 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

関節の痛み (部位: 左下肢 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動 (部位: 左・下肢 右 左 程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: 左下肢 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・器具の使用 (複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助

現在の栄養状態 良好 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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

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

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。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等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

在宅復帰および在宅支援の検討

要介護者等の氏名：すずらん 次郎

1. 介護力
- | | | | | | |
|-----------|--|---|------------|--|-----------------------------|
| 主介護者 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | 副介護者 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 介護意欲 | <input type="checkbox"/> 積極的 | <input checked="" type="checkbox"/> 消極的 | 介護期間 | ()年 | ()月 |
| 主介護者の健康状態 | <input type="checkbox"/> よい | <input checked="" type="checkbox"/> 悪い | 主介護者との家族関係 | <input type="checkbox"/> よい | <input type="checkbox"/> 悪い |
| 主介護者の就労 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 主介護者の育児 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 介護可能時間 | ()2 | 時間/日 | 身体的負担感 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 精神的負担感 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 経済的負担感 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 面会の頻度 | ()0 | 回/週・月・年 | 外出+外泊の頻度 | ()0 | 回/週・月・年 |

特記事項：娘は就労しており介護については制約される。

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

特記事項：道路から敷地に入るまでと室内に段差がある。

3. 利用できる社会資源

	居住地域にある	利用する意思あり	居住地域にある	利用する意思あり
訪問介護(ホームヘルプサービス)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護(介護老人保健施設等)	<input checked="" type="checkbox"/>
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	グループホーム	<input checked="" type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	有料老人ホーム・ケアハウス	<input type="checkbox"/>
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特定福祉用具の購入	<input type="checkbox"/>
通所介護(デイサービス)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	住宅改修	<input type="checkbox"/>
通所リハビリテーション(デイケア)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	その他	<input checked="" type="checkbox"/>
短期入所生活介護(介護老人福祉施設等)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	介護療養型医療施設	<input checked="" type="checkbox"/>
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	その他	<input checked="" type="checkbox"/>

- 特記事項：
4. 社会活動への参加
- | | | | | | |
|-------------|--|-----------------------------|----------|--|--|
| 趣味 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | 老人クラブの参加 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 散歩 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | 買い物 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 付き合い(近所、友人) | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | その他の活動 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |

- 特記事項：
5. 緊急時の対応
- | | | | | | |
|---------|--|--|---------|--|-----------------------------|
| 主治医 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | 入院受け入れ先 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 家族間の連絡網 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | |

- 特記事項：
6. 家族への指導
- | | | |
|-----------|---|--|
| 介護方法の指導 | <input type="checkbox"/> 受けた | <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない |
| 社会資源の利用方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 知っている | <input type="checkbox"/> 知らない |
| 社会資源の利用費用 | <input type="checkbox"/> 知っている | <input checked="" type="checkbox"/> 知らない |

特記事項：介護教室への参加勧める。

ケアチェック表

1. 食事・水分摂取等に関するケア

要介護者等の氏名：すずらん 次郎

ケアの内容		参考	現状		予定	ケア提供の場所／使用用具等	
			提供	家族			
調理	調理	○				食堂・ホール	○
準備	食事の準備・後始末		○			居室(ベッド以外)	
	おやつ			○		ベッド・布団の上	
後始末	飲み物の準備・後始末			○		その他：	
	食事中的見守り			○		一般食	○
食事等の 摂取介助	食事摂取一部介助			○		糖尿食()kcal	
	食事摂取全介助			○		その他の特別食	
	おやつ中の見守り			○		普通食	○
経口流動食	おやつ摂取一部介助			○		粥食	
	おやつ摂取全介助		○			その他：	
経管栄養	飲み物摂取介助		○			普通食	○
	食事・水分摂取量のチェック		○			刻み食	
経口流動食	経口流動食の準備・後始末					ミキサー食	
	経口流動食の実施			○		その他：	
経管栄養	経管栄養の準備・後始末		○			食食用エプロン	○
	経管栄養の実施		○			滑り止めマット・シート	○
輸液・輸血	チューブの交換・観察		○			カップ・コップ・湯のみ	
	点滴・IVH・輸血の準備・後始末			○		吸い飲み・薬のみ	
	点滴・IVH・輸血の実施・観察や調整等			○		自助具：	
点滴・IVH・輸血中の固定等				○		その他：	
要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等							
問題点や解決すべき課題等	立案	具体的内容／対応するケア項目					
①本人の訴えや希望	○	②⑥体力がついて自分で摂取できる。 ↓ 毎食食事スプーンを握らせる。※3秒間の保持困難である。 ②④刺身が好きなので義歯を作り食べさせたい。 ↓ 歯科医に往診依頼。 ⑧⑨⑩むせがあり、摂取量が少ない。絶えず口を動かし開口に時間がかかると。 ↓ トロミ食。声かけしながら口を開けるタイミングを見て口のなかには運ぶ。 ※毎週水曜日15：30体重測定。					
②家族の訴えや希望	○						
③医療面での指示・管理等	○						
④代替ケアの可能性	○						
⑤調理面での問題等	○						
⑥摂取動作面での問題等	○						
⑦咀嚼機能面での問題等	○						
⑧嚥下機能面での問題等	○						
⑨摂取量面での問題等	○						
⑩体重の変化(増減)	○						
⑪食事の好み(好き嫌い)	○						
⑫その他の問題等	○						

*代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

作成日付：平成21年 5月26日

ケアチェック表

2.排泄に関するケア

要介護者等の氏名：すずらん 次郎

ケアの内容		参考	現状		予定	ケア提供の場所／使用用具等	
			提供	家族			
準備 ・ 後始末	排尿介助の必要物品準備・後始末		<input type="radio"/>			トイレ	<input type="radio"/>
	排便介助の必要物品準備・後始末	○	<input type="radio"/>			ポータブルトイレ	<input type="radio"/>
移動 ・ 乗	尿器・便器・ポータブルトイレの消毒			<input type="radio"/>		ベッド・布団	
	トイレ・ポータブルトイレへの誘導			<input type="radio"/>		その他:	
移動	車椅子と便座間の移乗			<input type="radio"/>		ポータブルトイレ	<input type="radio"/>
	ベッドとポータブルトイレ間の移乗			<input type="radio"/>		差し込み便器	<input type="radio"/>
排泄	排尿時の見守り			<input type="radio"/>		採尿器・し瓶	
	排尿動作援助(排尿時の体幹の支え等)			<input type="radio"/>		自動採尿器	
	排尿後の後始末(直接的援助)			<input type="radio"/>		装着尿器	
	膀胱手圧排尿・叩打法			<input type="radio"/>		布おむつ	<input type="radio"/>
	導尿・留置カテーテル交換			<input type="radio"/>		紙おむつ	
	膀胱洗浄			<input type="radio"/>		尿とりパッド	
	留置カテーテル・尿量等のチェック			<input type="radio"/>		失禁用パンツ	
	排尿頻度・量・間隔チェック			<input type="radio"/>		尿感知器(おむつ)	
	排便時の見守り			<input type="radio"/>		ストーマ装具	
	排便動作援助(排便時の体幹の支え等)			<input type="radio"/>		自助具:	
排便	排便後の後始末(直接的援助)		<input type="radio"/>			その他:	
	摘便		<input type="radio"/>				
	浣腸			<input type="radio"/>			
おむつ 交換	人工肛門のケア			<input type="radio"/>			
	おむつ交換の必要物品準備・後始末		<input type="radio"/>				
	おむつの点検・確認			<input type="radio"/>			
	おむつの装着・除去			<input type="radio"/>			
要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等							
問題点や解決すべき課題等			有		立案		
①本人の訴えや希望					<input type="radio"/>		
②家族の訴えや希望					<input type="radio"/>		
③医療面での指示・管理等					<input type="radio"/>		
④代替ケアの可能性							
⑤移乗・移動面での課題等					<input type="radio"/>		
⑥排泄動作面での課題等					<input type="radio"/>		
⑦尿意・便意面での課題等					<input type="radio"/>		
⑧失禁面での課題等					<input type="radio"/>		
⑨排尿量や回数面での課題等					<input type="radio"/>		
⑩排便量や回数面での課題等					<input type="radio"/>		
⑪その他の課題等					<input type="radio"/>		
⑦尿意・便意がない。 ↓ 紙おむつ、尿とりパッドを装着し対応している。			具体的内容／対応するケア項目				

*代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

作成日付：平成21年 5月26日

ケアチェック表

3. 入浴・清拭等に関するケア

要介護者等の氏名： すずらん 次郎

ケアの内容		参考	現状		予定	ケア提供の場所／使用用具等
			提供	家族		
準備・後始末	浴室準備・後始末・清掃				○	一般浴槽
	浴室内の見守り			○		臥床式特殊浴槽
乗・移動	浴槽・リフトへの誘導			○		座位式特殊浴槽
	浴槽内外への移動			○		簡易浴槽
	車椅子と浴槽内リフト間の移乗					移動入浴車浴槽
	車椅子と浴槽ストレットチャーター間の移乗					その他：
	ストレットチャーターと浴槽内リフト間の移乗					シャワーのみ
	ストレットチャーターと特殊浴槽間の移乗					入浴しない
洗髪	抱える・抱き上げる・背負う					シャンプーハット
	リフト・特殊浴槽等の操作					浴槽用チェアー
洗身	洗髪の必要物品準備・後始末					シャワーチェアー
	洗髪一部介助					滑り止めマット
	洗髪全介助					バスボード
清拭・部分浴	洗身一部介助					入浴担架
	洗身全介助					入浴用懸吊式リフト
身体清潔の必要物品準備・後始末	身体清潔の必要物品準備・後始末					入浴用台座式リフト
	部分清拭					自助具：
全身清拭	全身清拭					その他：
	手指浴、足洗					浴室（入浴時）
陰部洗浄	陰部洗浄					洗面所
						ベッドの上
						布団の上
						その他：
要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等						
問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目			
①本人の訴えや希望			⑤⑥⑦立位不可能、機能低下がある。 ↓ スタッフ2名で機械浴にて洗身・洗髪を行う。 ※皮膚に弾力がなないため、洗身時、細心の注意が必要である。 入浴後は水分補給をする。			
②家族の訴えや希望						
③医療面での指示・管理等						
④代替ケアの可能性						
⑤移乗・移動面での問題等						
⑥洗身動作面での問題等						
⑦洗髪動作面での問題等						
⑧入浴回数面での問題等						
⑨身体の清潔面での問題等						
⑩その他の問題等						

*代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

作成日付：平成21年 5月26日

ケアチェック表

4. 洗面・口腔清潔・整容・更衣に関するケア

要介護者等の氏名： すぎらん 次郎

ケアの内容		参考	現状		予定	ケア提供の場所／使用用具等	
			提供	家族			
洗面	洗面所までの誘導		○			洗面所	○
	洗面動作の指示			○		洗面の場所 居室(ベッド以外) ベッド・布団	ホール
	洗面一部介助			○			
	洗面全介助				○		
口腔清潔の必要物品準備・後始末				○	その他:		
口腔清潔	口腔清潔(歯みがき・うがい等)の介助			○		洗面器	
	入れ歯の手入れ			○		蒸しタオル	○
	口唇の乾燥を防ぐ			○		自器具:	
	結髪、整容			○		その他:	
整容	散髪		○			歯ブラシ	
	爪切り		○			綿棒・ガーゼ等	
	髭剃り		○			義歯洗浄剤	○
	耳掃除		○			自器具:	
更衣	衣服・靴下・靴の準備・後始末			○		その他:	
	更衣動作の見守り・指示				○		
	更衣動作の一部介助				○		
	更衣動作の全介助				○		

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
①本人の訴えや希望	○		⑦⑧理解力・機能低下がありうがいが上手に出来ない。 ↓ うがいの準備と声かけをする。 ※うがいをしない時は綿棒を使用して口腔清拭をする。 ※義歯を使用しているときは磨く。 ※義歯使用時に苦痛な表情があるときは歯科医に往診を依頼する。
②家族の訴えや希望	○		
③医療面での指示・管理等		○	
④代替ケアの可能性		○	
⑤移乗・移動面での課題等		○	
⑥洗面動作面での課題等			
⑦口腔清潔面での課題等	○		
⑧入れ歯の手入れ面での課題等	○		
⑨整容動作面での課題等	○		
⑩爪切り動作面での課題等		○	
⑪髭剃り動作面での課題等		○	
⑫耳掃除動作面での課題等		○	
⑬更衣動作面での課題等		○	
⑭その他の課題等		○	

*代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

作成日付：平成21年 5月26日

ケアチェック表

5. 基本動作介助・リハビリテーション等に関するケア 要介護者等の氏名：すずらん 次郎

ケアの内容	参考	現状		予定	ケア提供の場所／使用用具等
		提供	家族		
体位変換	体位変換一部介助	○			リハビリ室
	体位変換全介助	○	○		作業室・活動室
起居	ビーズパッド・円座・足底板等の使用			○	居室(ベッド以外)
	身体を起こす・支える				ベッド
	端座位から臥床させる・寝かせる				布団
	ギヤッチベッドの操作	○			その他:
	ベッドからの昇降介助				布団
移乗	座位保持の介助				固定式ベッド
	立位保持の介助				手動式ベッド
	車椅子の準備・後始末		○		ギヤッチベッド
	ベッドと車椅子間の移乗		○		その他ベッド:
	ベッドとストレットチャーター間の移乗			○	エアーマット
移動	車椅子と床・マット間の移乗			○	無圧式ウレタンマット
	車椅子と椅子間等の移乗			○	ビーズマット
	歩行の見守り				円座
	歩行の介助				ムートン
	車椅子での移動の見守り				体位変換器
リハビリ リテー ション	車椅子での移動の介助				その他:
	ストレットチャーターによる移動				移乗板
	抱える・抱き上げる・背負っての移動介助				移動バー
	身体機能の訓練(関節可動域訓練等)				杖:
	基本動作訓練(座位・立位・歩行等)				補助具:
	日常生活動作訓練(食事・排泄動作等)	○			歩行器:
	物理療法(温熱療法・電気療法等)				シルバーカー
	作業療法				リフター:
	言語療法				普通型車椅子
					介助型車椅子
					片麻痺用車椅子
				リクライニング型車椅子	
				電動車椅子	
				電動三輪車	
				その他:	
要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等					
問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目		
①本人の訴えや希望	○		⑤⑥⑦⑧麻痺、機能低下がある。		
②家族の訴えや希望	○		↓		
③医療面での指示・管理等	○		臥床時は2時間ごとに体位変換を行う。 ベッドと車椅子間の移乗は2名で抱きかかえて行う。		
④代替ケアの可能性	○		※皮膚を傷つけないように十分注意する。		
⑤体位変換動作面での問題等	○		※無理な姿勢での移乗は行わない。		
⑥起居動作面での問題等	○		車椅子移乗時はクッションを使用し、良肢位保持とすべり防止をす		
⑦移乗・移動面での問題等	○		る。		
⑧手指・上肢動作面での問題等	○				
⑨生活(住)環境面での問題等	○				
⑩在宅生活継続・復帰面での問題等	○				
⑪その他の問題等	○				

*代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

ケアチェック表

6. 医療・健康に関するケア

要介護者等の氏名： すぎらん 次郎

ケアの内容	参考	現状		予定	ケア提供の場所／使用用具等
		提供	家族		
薬剤管理	薬の照合・区分・準備	<input type="checkbox"/>			自宅(往診等)
	薬を渡す・服薬介助		<input type="checkbox"/>		
薬剤使用	坐薬(緩下剤・解熱剤等)の挿入		<input type="checkbox"/>		診療室(入院・入所先)
	褥瘡等の処置・軟膏塗布・薬浴等		<input type="checkbox"/>		居室(入院・入所先)
	眼・耳・鼻の外用薬の使用等		<input type="checkbox"/>		その他:
	温・冷あん法・湿布を貼る等		<input type="checkbox"/>		
	自己注射(インシュリン等)の指導等			<input type="checkbox"/>	
	注射の準備・実施・後始末			<input type="checkbox"/>	
	吸引の準備・実施・後始末			<input type="checkbox"/>	
	吸入の準備・実施・後始末			<input type="checkbox"/>	
	タッピング・体位排痰法等の実施			<input type="checkbox"/>	
	透析関連のケア			<input type="checkbox"/>	
処置等	ベッド上での牽引			<input type="checkbox"/>	
	酸素吸入の準備・実施・後始末			<input type="checkbox"/>	
	気管切開口のケア・カニューレの交換		<input type="checkbox"/>		
	人工呼吸器使用中の観察		<input type="checkbox"/>		
	持続吸引・他のカテーテルの管理等		<input type="checkbox"/>		
測定等	在宅酸素・吸引器等の在宅医療器具点検		<input type="checkbox"/>		
	巡視(夜間)・要態観察		<input type="checkbox"/>		
	バイタルサインのチェック		<input type="checkbox"/>		
	身長・体重・腹囲等の測定		<input type="checkbox"/>		
	通院・入院・受診の援助と付き添い		<input type="checkbox"/>		
	処置中の固定等		<input type="checkbox"/>		
	検査用物品の準備・後始末		<input type="checkbox"/>		
	検体採取の準備・実施・後始末		<input type="checkbox"/>		
	隔離等に伴うケア		<input type="checkbox"/>		
要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等					
問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目		
①本人の訴えや希望	<input type="checkbox"/>		②寝たきり状態のため床ずれができるのが心配である。		
②家族の訴えや希望	<input type="checkbox"/>		⑩仙骨部に1cmの表皮剥離がある。		
③医療面での指示・管理等	<input type="checkbox"/>		↓ 毎日インジゲン消毒、デクラーラート処置を行う。 ⑦服薬を説明し進めても開口しない。		
④代替ケアの可能性	<input type="checkbox"/>		↓ 食事時タイミングをみて声かけをし、口の中に入れ水を勧める。		
⑤治療中の疾病	<input type="checkbox"/>		⑪5・基本動作解除の項で検討。		
⑥処方されている薬剤	<input type="checkbox"/>		⑬両下肢に浮腫がある。		
⑦薬剤の管理や服薬面での問題等	<input type="checkbox"/>		↓ 臥床時は足元を軽度挙上する。内服を予薬。		
⑧受診介助面での問題等	<input type="checkbox"/>				
⑨バイタルサイン面での問題等	<input type="checkbox"/>				
⑩疼痛等の自覚症状	<input type="checkbox"/>				
⑪麻痺・拘縮	<input type="checkbox"/>				
⑫創傷・褥瘡等の皮膚疾患	<input type="checkbox"/>				
⑬浮腫	<input type="checkbox"/>				
⑭終末期の検討の必要性	<input type="checkbox"/>				
⑮その他の問題等	<input type="checkbox"/>				
医学的管理の内容と留意事項	骨粗しょう症強く、転倒など異常外力のかからない状態でも骨折の可能性があ る。				

*代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

ケアチェック表

7. 心理・社会面等に関するケア

要介護者等の氏名： すぎらん 次郎

ケアの内容	参考	現状		予定	ケア提供の場所／使用用具等
		提供	家族		
相談 ・ 助言	本を読む・手紙の代読・代筆		<input type="checkbox"/>		補聴器 眼鏡 拡大鏡(ルーペ) 文字ボード 難聴者用電話 緊急通報装置(電話) 自具具: その他:
	日常会話・声かけ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
書類作成	ナースコールの受理応答			<input type="checkbox"/>	コミュニケーション等用具
	助言・指導・励まし・カウンセリング 家族への連絡・対応・調整・情報収集			<input type="checkbox"/>	
問題行動 への対応	申請書類の記入・提出		<input type="checkbox"/>		
	徘徊への対応・探索 不潔行為への対応 暴力行為・暴言への対応 その他の問題行動への対応		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
余暇活動	散歩の付き添い			<input type="checkbox"/>	
	クラブ・レク活動中の援助			<input type="checkbox"/>	
環境整備	寝具整頓・ベッドメーカーキング等		<input type="checkbox"/>		
	寝具・リネン交換		<input type="checkbox"/>		
	居室内の掃除・ゴミ捨て			<input type="checkbox"/>	
	私物:花の手入れ・動物の世話等			<input type="checkbox"/>	
	衣服・日用品の整理整頓			<input type="checkbox"/>	
	衣服の修理・繕い			<input type="checkbox"/>	
買物	補助器具(私物)の管理			<input type="checkbox"/>	
	洗濯物を集める・運ぶ 洗濯する・干す・たたむ 買い物の付き添い		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
金銭管理 移送	買い物・依頼の物品購入		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	現金管理・支払い等の代行 送迎車の運転		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等					
問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目		
①本人の訴えや希望		<input type="checkbox"/>	⑤目の前にあるものに反応しない。 ↓ 家族にめがねを依頼する。 ⑥発言がほとんどない。 ↓ 頻回に往室し、あいさつをして短文で話をする。 ※名前を言ってから話しかける。 行事があるときは傘参加を勧める。 ※無理強いはしない。		
②家族の訴えや希望		<input type="checkbox"/>			
③医療面での指示・管理等		<input type="checkbox"/>			
④代替ケアの可能性		<input type="checkbox"/>			
⑤視力・聴力面での問題等					
⑥会話能力面での問題等					
⑦記憶・認知・理解力面での問題等		<input type="checkbox"/>			
⑧性格・生活習慣面での問題等		<input type="checkbox"/>			
⑨精神症状・問題行動面での問題等					
⑩生活(住)環境面での問題等		<input type="checkbox"/>			
⑪介護者・家族面での問題等		<input type="checkbox"/>			
⑫掃除・洗濯面での問題等		<input type="checkbox"/>			
⑬買物面での問題等		<input type="checkbox"/>			
⑭金銭管理面での問題等		<input type="checkbox"/>			
⑮移送サービス面での問題等		<input type="checkbox"/>			
⑯その他の問題等		<input type="checkbox"/>			

*代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

分類		ケア内容	
1・食事・水分	調理・準備	<input type="checkbox"/> 調理 ■食事の準備・後始末 ■おやつでの準備・後始末 <input type="checkbox"/> 飲み物の準備・後始末	
	食事等の摂取介助	■食事中の見守り ■食事摂取一部介助 ■食事摂取全介助 <input type="checkbox"/> おやつ中の見守り <input type="checkbox"/> おやつ摂取一部介助■おやつ摂取全介助 ■飲み物摂取介助 ■食事・水分摂取量のチェック	
	経口流動食	■経口流動食の準備・後始末 ■経口流動食の実施	
	経管栄養	■経管栄養の準備・後始末 ■経管栄養の実施 ■チューブの交換・観察	
	輸液・輸血	■点滴等の準備・後始末 ■点滴等の実施・観察・調整等 <input type="checkbox"/> 点滴等の固定等	
	準備・後始末	■排尿介助物品の準備・後始末 ■排便介助物品の準備・後始末■消毒	
	移乗・移動	■トイレ・P・トイレへの誘導 ■車椅子と便座間の移乗 <input type="checkbox"/> ベッドとトイレ間の移乗	
	排尿	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 排尿動作援助 ■排尿後の後始末 ■膀胱手圧排尿・叩打法 ■導尿・カテーテル交換 <input type="checkbox"/> 膀胱洗浄 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル・尿量等のチェック <input type="checkbox"/> 排尿頻度・量・間隔チェック	
	排便	■見守り ■排便動作援助 ■排便後の後始末(直接的援助)■摘便 ■浣腸 <input type="checkbox"/> 人工肛門のケア	
	おむつ交換	■物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> おむつの点検・確認 <input type="checkbox"/> おむつの装着・除去	
2・排泄	準備・後始末	<input type="checkbox"/> 浴室準備・後始末・清掃	
	移乗・移動	■浴室内の見守り ■浴槽・リフトへの誘導 ■浴槽内外への移動 <input type="checkbox"/> 車椅子と浴槽内リフト間の移乗 <input type="checkbox"/> 車椅子と浴槽ストレットチャーター間の移乗 <input type="checkbox"/> ストレットチャーターと浴槽内リフト間の移乗 <input type="checkbox"/> ストレットチャーターと特殊浴槽間の移乗 <input type="checkbox"/> 抱える・抱き上げる・背負う <input type="checkbox"/> リフト・特殊浴槽等の操作	
	洗髪	<input type="checkbox"/> 物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 洗髪一部介助 <input type="checkbox"/> 洗髪全介助	
	洗身	<input type="checkbox"/> 洗身一部介助 <input type="checkbox"/> 洗身全介助	
	清拭・部分浴	<input type="checkbox"/> 物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 部分清拭 <input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/> 手指浴・足浴 <input type="checkbox"/> 陰部洗浄	
	洗面	■洗面所までの誘導 ■洗面動作の指示 ■洗面一部介助 <input type="checkbox"/> 洗面全介助	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 物品の準備・後始末 ■口腔清潔の介助 ■入れ歯の手入れ ■口唇の乾燥を防ぐ	
	整容	■結髪・整容 ■散髪 ■爪切り ■髭剃り ■耳掃除	
	更衣	■準備・後始末(衣服・靴下・靴) <input type="checkbox"/> 更衣動作の見守り・指示 <input type="checkbox"/> 更衣一部介助 <input type="checkbox"/> 更衣全介助	
	体位変換	■体位交換一部介助 ■体位交換全介助 <input type="checkbox"/> ビーズパッド・円座・足底板等の使用	
3・入浴・清拭	起居	■身体を起こす・支える ■端座位から臥床させる・寝かせる ■ギヤッチベッドの操作 ■ベッドからの昇降介助 ■座位保持の介助 ■立位保持の介助	
	移乗	■車椅子の準備・後始末 ■ベッドと車椅子間の移乗 <input type="checkbox"/> ベッドとストレッチャー間の移乗 <input type="checkbox"/> 車椅子と床・マット間の移乗 <input type="checkbox"/> 車椅子と椅子間等の移乗	
	移動	■歩行の見守り ■歩行の介助 ■車椅子移動の見守り ■車椅子移動の介助 ■ストレットチャーターによる移動 ■抱える・抱き上げる・背負っての移動介助	
	リハビリ	■身体機能の訓練 ■基本動作訓練 ■日常生活動作訓練■物理療法 ■作業療法 ■言語療法	
	薬剤管理	■薬の照合・区分・準備 ■薬を渡す・服薬介助	
	薬剤使用	■坐薬の挿入 ■褥瘡等の処置・軟膏塗布・薬浴等 ■眼・耳・鼻の外用薬の使用等 ■温冷あん法・湿布を貼る等 <input type="checkbox"/> 自己注射の指導等 <input type="checkbox"/> 注射の準備・実施・後始末	
	処置等	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> タッピング・体位排痰法等 <input type="checkbox"/> 透析関連のケア <input type="checkbox"/> ベッド上での牽引 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 ■気管切開口のケア・カニューレ交換 ■人工呼吸器使用中の観察 ■持続吸引・他のカテーテルの管理等 ■在宅医療器具点検	
	測定等	■巡視(夜間)・要態観察 ■バイタルサインのチェック ■身長・体重・腹囲等測定	
	受診・検査	■通院・入院・受診の援助と付き添い ■処置中の固定等 ■検査用物品の準備・後始末 ■検体採取 ■隔離等に伴うケア	
	4・整容・更衣	相談・書類作成	■代読・代筆 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> コールの受理応答 <input type="checkbox"/> 助言・指導等 ■家族への連絡等 ■書類作成
問題行動対応		■徘徊の対応 <input type="checkbox"/> 不潔行為への対応 ■暴力・暴言への対応 <input type="checkbox"/> その他の問題行動への対応	
余暇活動		<input type="checkbox"/> 散歩の付き添い <input type="checkbox"/> クラブ・レク活動中の援助	
環境整備		■寝具整頓 ■寝具・リネン交換 ■居室の掃除 ■花(私物)の手入れ・動物の世話 <input type="checkbox"/> 衣服・日用品の整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣服の修理・繕い ■補助器具(私物)の管理 ■洗濯物を集める・運ぶ ■洗濯する・干す・たたむ	
その他		■買物 ■金銭管理 ■送迎車の運転	
5・リハビリ		測定等	■巡視(夜間)・要態観察 ■バイタルサインのチェック ■身長・体重・腹囲等測定
		受診・検査	■通院・入院・受診の援助と付き添い ■処置中の固定等 ■検査用物品の準備・後始末 ■検体採取 ■隔離等に伴うケア
		相談・書類作成	■代読・代筆 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> コールの受理応答 <input type="checkbox"/> 助言・指導等 ■家族への連絡等 ■書類作成
		問題行動対応	■徘徊の対応 <input type="checkbox"/> 不潔行為への対応 ■暴力・暴言への対応 <input type="checkbox"/> その他の問題行動への対応
		余暇活動	<input type="checkbox"/> 散歩の付き添い <input type="checkbox"/> クラブ・レク活動中の援助
	環境整備	■寝具整頓 ■寝具・リネン交換 ■居室の掃除 ■花(私物)の手入れ・動物の世話 <input type="checkbox"/> 衣服・日用品の整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣服の修理・繕い ■補助器具(私物)の管理 ■洗濯物を集める・運ぶ ■洗濯する・干す・たたむ	
	その他	■買物 ■金銭管理 ■送迎車の運転	
	6・医療・健康	測定等	■巡視(夜間)・要態観察 ■バイタルサインのチェック ■身長・体重・腹囲等測定
		受診・検査	■通院・入院・受診の援助と付き添い ■処置中の固定等 ■検査用物品の準備・後始末 ■検体採取 ■隔離等に伴うケア
		相談・書類作成	■代読・代筆 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> コールの受理応答 <input type="checkbox"/> 助言・指導等 ■家族への連絡等 ■書類作成
問題行動対応		■徘徊の対応 <input type="checkbox"/> 不潔行為への対応 ■暴力・暴言への対応 <input type="checkbox"/> その他の問題行動への対応	
余暇活動		<input type="checkbox"/> 散歩の付き添い <input type="checkbox"/> クラブ・レク活動中の援助	
環境整備		■寝具整頓 ■寝具・リネン交換 ■居室の掃除 ■花(私物)の手入れ・動物の世話 <input type="checkbox"/> 衣服・日用品の整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣服の修理・繕い ■補助器具(私物)の管理 ■洗濯物を集める・運ぶ ■洗濯する・干す・たたむ	
その他		■買物 ■金銭管理 ■送迎車の運転	
7・社会活動		測定等	■巡視(夜間)・要態観察 ■バイタルサインのチェック ■身長・体重・腹囲等測定
		受診・検査	■通院・入院・受診の援助と付き添い ■処置中の固定等 ■検査用物品の準備・後始末 ■検体採取 ■隔離等に伴うケア
		相談・書類作成	■代読・代筆 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> コールの受理応答 <input type="checkbox"/> 助言・指導等 ■家族への連絡等 ■書類作成
	問題行動対応	■徘徊の対応 <input type="checkbox"/> 不潔行為への対応 ■暴力・暴言への対応 <input type="checkbox"/> その他の問題行動への対応	
	余暇活動	<input type="checkbox"/> 散歩の付き添い <input type="checkbox"/> クラブ・レク活動中の援助	
	環境整備	■寝具整頓 ■寝具・リネン交換 ■居室の掃除 ■花(私物)の手入れ・動物の世話 <input type="checkbox"/> 衣服・日用品の整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣服の修理・繕い ■補助器具(私物)の管理 ■洗濯物を集める・運ぶ ■洗濯する・干す・たたむ	
	その他	■買物 ■金銭管理 ■送迎車の運転	

問題点や解決すべき課題等／具体的内容／優先順位	
1・食事・水分	<p>■①本人の希望 ■②家族の希望 ■③医療管理 ■④代替ケア ■⑤調理 ■⑥摂取動作 ■⑦咀嚼</p> <p>■⑧嚥下 ■⑨摂取量 ■⑩体重の変化 ■⑪嗜好 ■⑫その他</p> <p>②⑥体力がついて自分で摂取できる。</p> <p>↓</p> <p>毎食時スプーンを握らせる。※3秒間の保持困難である。</p> <p>②④刺身が好きなので義歯を作り食べさせたい。</p> <p>↓</p> <p>■①本人の希望 ■②家族の希望 ■③医療管理 □④代替ケア ■⑤移乗・移動 ■⑥排泄動作</p> <p>■⑦尿意・便意 ■⑧失禁 ■⑨排尿量・回数 ■⑩排便量・回数 ■⑪その他</p> <p>⑦尿意・便意がない。</p> <p>↓</p> <p>紙おむつ、尿とりパッドを装着し対応している。</p>
2・排泄	<p>□①本人の希望 □②家族の希望 □③医療管理 □④代替ケア □⑤移乗・移動 □⑥洗身動作 □⑦洗髪動作</p> <p>□⑧入浴回数 □⑨身体清潔 □⑩その他</p> <p>⑤⑥⑦立位不可能、機能低下がある。</p> <p>↓</p> <p>スタッフ2名で機械浴にて洗身・洗髪を行う。</p> <p>※皮膚に弾力がないため、洗身時、細心の注意が必要である。</p> <p>入浴後は水分補給をする。</p>
3・入浴清拭	<p>■①本人の希望 ■②家族の希望 ■③医療管理 ■④代替ケア ■⑤移乗・移動 □⑥洗面動作</p> <p>■⑦口腔清潔 ■⑧入れ歯 ■⑨整髪動作 ■⑩爪さり ■⑪髭剃り ■⑫耳掃除 ■⑬更衣動作 ■⑭その他</p> <p>⑦⑧理解力・機能低下がありうがいが出ない。</p> <p>↓</p> <p>うがいの準備と声かけをする。</p> <p>※うがいをしない時は綿棒を使用して口腔清拭をする。</p> <p>※義歯を使用しているときは磨く。...</p>
4・整容更衣	<p>■①本人の希望 ■②家族の希望 ■③医療管理 ■④代替ケア ■⑤体位交換 ■⑥起居動作 ■⑦移乗・移動</p> <p>■⑧手指・上肢機能 ■⑨生活環境 ■⑩在宅生活継続・復帰 ■⑪その他</p> <p>⑤⑥⑦⑧麻痺、機能低下がある。</p> <p>↓</p> <p>臥床時は2時間ごとに体位変換を行う。</p> <p>ベッドと車椅子間の移乗は2名で抱きかかえて行う。</p> <p>※皮膚を傷つけないように十分注意する。...</p>
5・リハビリ	<p>■①本人の希望 ■②家族の希望 ■③医療管理 ■④代替ケア ■⑤治療中の疾病 ■⑥処方薬</p> <p>■⑦薬剤の管理・服薬 ■⑧受診介助 ■⑨バイタルサイン ■⑩疼痛等の自覚症状 ■⑪麻痺・拘縮</p> <p>■⑫創傷・褥瘡等 ■⑬浮腫 ■⑭終末期の対応 ■⑮その他</p> <p>②寝たきり状態のため床ずれができるのが心配である。</p> <p>⑫仙骨部に1cmの表皮剥離がある。</p> <p>↓</p> <p>毎日イソジン消毒、デクラート処置を行う。</p> <p>⑦服薬を説明し進めても開口しない。...</p> <p>骨粗しょう症強く、転倒など異常外力のかからない状態でも骨折の可能性が ある。</p>
6・医療健康	<p>■①本人の希望 ■②家族の希望 ■③医療管理 ■④代替ケア □⑤視力・聴力 □⑥会話能力</p> <p>■⑦記憶・認知・理解 ■⑧性格・生活面 □⑨精神症状・問題行動 ■⑩生活環境 ■⑪介護者・家族</p> <p>■⑫掃除・洗濯 ■⑬買物 ■⑭金銭管理 ■⑮移送サービス ■⑯その他</p> <p>⑤目の前にあるものに反応しない。</p> <p>↓</p> <p>家族にめがねを依頼する。</p> <p>⑥発音がほとんどない。</p> <p>↓</p>
7・社会活動	<p>↓</p>

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おう。	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	浴室内部での見守り。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		安全に気をつけた入浴介助。				
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。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。	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。				

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

週間サービス計画表

利用者氏名 あじさい 良夫 殿

平成24年 1月分より

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床・モーニング
早朝	8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝刊を読む
	10:00	入浴・フットケア 介護 太郎	入浴・フットケア 介護 太郎	入浴・フットケア 介護 太郎	入浴・フットケア 介護 太郎	入浴・フットケア 介護 太郎	入浴・フットケア 介護 太郎	入浴・フットケア 介護 太郎	朝食 フットケア (AM10:00 もしくはPM2:00)
午前	12:00	回診	体操	お茶	体操	体操	体操	体操	
		昼食	お茶 昼食	昼食	お茶 昼食	お茶 昼食	お茶 昼食	お茶 昼食	昼食
	14:00	レクリエーション	レクリエーション	レクリエーション	音楽クラブ	レクリエーション	レクリエーション	レクリエーション	昼寝 レクリエーション
	16:00	おやつ	おやつ	おやつ	おやつ	おやつ	おやつ	おやつ	おやつ
午後	18:00	PT・リハビリ		PT・リハビリ		PT・リハビリ	PT・リハビリ		読書・夕刊・テレビ観賞
	20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
夜間	22:00	イブニングケア							
	24:00								就寝
深夜	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス

(注) 「日課計画表」との選定による使用可。

私は、上記週間サービス計画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。

日課計画表

作成年月日 平成24年 1月20日

利用者氏名 あじさい 良夫 殿

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例
深夜	4:00						食事介助 朝食 昼食 夕食 入浴介助(曜日) 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位交換
	6:00			モーニングケア			
早朝	8:00	朝食					
	10:00	体操 お茶		フットケア			
午前	12:00	昼食		歩行介助			
	14:00			歩行介助			
午後	16:00	おやつ		PT・リハビリ			
	18:00	夕食		歩行介助			
夜間	20:00						
	22:00						
深夜	24:00						
	2:00						
	4:00						
随時実施するサービス							

その他のサービス	
----------	--

(注) 「週間サービス計画表」との選定による使用可

私は、上記日課計画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
帳票-31

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		

モニタリング表

介護支援専門員 介護 太郎

サービス担当者 福祉 一郎

利用者名 すずらん 次郎

ケアプラン作成日 平成20年 7月 1日

評価日 平成21年 5月26日

短期目標	モニタリング		サービス実施内容	短期目標の達成度 (サービス実施の結果)	本人・家族の満足度	今後の対応
	実施日	確認方法				
安全な療養環境が整い、事故のない生活を送ることができる。	7/5	訪問	○ 訪問介護	鍵は定位置に、肉は冷凍したりしてその都度対処し、現在は問題なく生活を送れている。	ヘルパーに対し信頼を持っており、訪問を楽しみにしている。	寒くなるため電気ストーブ・電気毛布に変えるなど、事故にならないよう工夫が必要。
他者との交流ができて、楽しく過ごすことができる。	10/4	サービス担当者会議	○ 通所介護	他者との交流、保清及び何より本人が一番楽しみにしており、達成できている。	デイのない日でも荷物を持って迎えを待つほど何より楽しみ。表情も明るい。	曜日を理解できるようカレンダーなどの利用で何曜日がデイの日か認識できるよう方法を考える。
家族が休養できる。	2/3	電話	○ 短期入所生活介護	本人は特に問題なく生活できている。	本人は楽しんだ様子。妻はもっと入っていて欲しいといっている。	夫婦どちらかの病状悪化などがあれば、1週間以上の短期入所利用も考える必要有り。
定期的な健康チェックと病状管理ができる。	5/5	訪問	○ 訪問看護	病状は安定している。	家族は状態を見てもらえるのでとても安心している。人間関係もうまくいって母親は頼っている。	認知症の進行に対する対応・アドバイスが必要。

平成21年 5月26日 PAGE: 1/1

■利用者名簿

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	カイコ`サロスレ 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`クスレ 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`キョート なのはな短期ショ...	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`ウツウヨリハ 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	アセスメント`タロウ アセスメント 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`カコ 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`カイコ`コツウヨリハ 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`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`ジ`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`ジ`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。

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ストレスがありません。

提供時間帯	サービス内容	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	計
10:00 ~ 10:59	地域連携介護1	実	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	
11:00 ~ 11:59	地域連携介護2	実	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	
12:00 ~ 12:59	地域連携介護3	実	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	
13:00 ~ 13:59	地域連携介護4	実	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	

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。

提供時間帯	サービス内容	9/1	9/2	9/3	9/4	9/5	9/6	9/7	9/8	9/9	9/10	9/11	9/12	9/13	9/14	9/15	9/16	9/17	9/18	9/19	9/20	9/21	9/22	9/23	9/24	9/25	9/26	9/27	9/28	9/29	9/30	計
7:00~7:59	昼食1日・夜間ケア	実	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30
8:00~15:59	訪問看護サービス	実	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30

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。

お知らせ先事業所	サービス種別	提供事業所	予定	通知
<input type="checkbox"/>	11:訪問介護	1234567890:ヘルパーステーション	董	なし
<input type="checkbox"/>	12:地域連携	1234567890:		なし
<input checked="" type="checkbox"/>	14:訪問リハ	000000001:ひまわりケアセンター		あり
<input checked="" type="checkbox"/>	17:福祉学習	000000001:ひまわりケアセンター		あり
<input type="checkbox"/>	21:福祉生活	000000001:ひまわりケアセンター		なし
<input type="checkbox"/>	28:認知共生居	123121131:スイートビー事業所		なし
<input type="checkbox"/>	23:短期滞在	000000001:ひまわりケアセンター		なし
<input type="checkbox"/>	24:多機能	000000001:ひまわりケアセンター		なし
<input type="checkbox"/>	73:小多機能	000000001:ひまわりケアセンター		なし

Flowers^{NEXT} 動作環境

動作要件	
OS	Microsoft Windows 10※、Microsoft Windows 8.1※
CPU	Intel Core i シリーズ 2.4GHz（または相当品）以上を推奨
メモリ	4GB 以上
HDD の空き容量	10GB 以上
ディスクドライブ	DVDスーパーマルチドライブを推奨

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

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