

明るい笑顔を咲かせたい 介護保険請求ソフト

# アセスメント作成アプリケーション さくらんぼ帳票見本



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**

|            |                               |     |    |          |               |
|------------|-------------------------------|-----|----|----------|---------------|
| フリガナ<br>氏名 | ヒマわり 和子様                      | 性別  | 女  | 生年<br>月日 | 昭和25年 4月 1日   |
| 住所         | 〒921-0000<br>石川県金沢市〇〇町△丁目××番地 | 血液型 | A型 | TEL1     | 076-000-0000  |
|            |                               |     |    | TEL2     | 070-0000-0000 |
|            |                               |     |    | FAX      | 076-000-0000  |

|               |  |                              |          |        |     |
|---------------|--|------------------------------|----------|--------|-----|
| 世帯            | <input checked="" type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 障害者のみ <input type="checkbox"/> 同居(混合) <input type="checkbox"/> 施設入居 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 既婚 <input checked="" type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 |                              |          |        |     |
| <b>被保険者情報</b> |  |                              |          |        |     |
| 被保険者番号        | 0987654321   | 保険者番号                        | 00172015 | 保険者名   | 金沢市 |
| 要介護度          | 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 事) 要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 )  | <input type="checkbox"/> 非該当 |          |        |     |
| 認定状況          | <input checked="" type="checkbox"/> 認定済み <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定日 令和 5年 4月 1日   |                              |          |        |     |
| 介護<br>認定有効期間  | 令和 5年 4月 1日 ~ 令和 6年 3月31日  |                              |          |        |     |
| 支給限度額         | 16765 単位   |                              |          |        |     |
| 審査会の意見        | 特になし   |                              |          |        |     |
| 医療<br>保険区分    | 国保   |                              | 保険者番号    | 170027 |     |

|           |  |  |  |  |       |
|-----------|--|--|--|--|-------|
| 障害者<br>手帳 | 身体障害者<br>手帳  | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 交付   | 年月日  |       |
| 療育手帳      | 手帳名  | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 種 級  | 号  | 交付年月日 |
| 所得<br>生保  | 障害福祉サービス受給証  | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 精神障害者保健福祉手帳  | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |       |
|           | 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> | 高額介護サービス費  | <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input checked="" type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第5段階 |  |       |
|           | 負担者番号  | 受給者番号  | その他公費  | なし   |       |

|             |          |           |               |  |  |
|-------------|----------|-----------|---------------|--|--|
| <b>家族情報</b> |          | 続柄        | TEL           | 担当区分   | 同居/別居  |
| 氏名(年齢・性別)   | ひまわり 健一  | ( 55歳・男 ) | 076-000-0000  | <input checked="" type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 協 | <input type="checkbox"/> 同 <input checked="" type="checkbox"/> 別 |
|             | ひまわり 久美子 | ( 52歳・女 ) | 090-0000-0000 | <input type="checkbox"/> 主 <input checked="" type="checkbox"/> 協 | <input type="checkbox"/> 同 <input checked="" type="checkbox"/> 別 |
|             | ひまわり 淳   | ( 50歳・男 ) | 080-0000-0000 | <input type="checkbox"/> 主 <input checked="" type="checkbox"/> 協 | <input type="checkbox"/> 同 <input checked="" type="checkbox"/> 別 |
|             |          | ( . . )   |               | <input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 協            | <input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別            |

|  |  |              |   |       |                   |
|--|--|--------------|---|-------|-------------------|
| <b>家族構成図</b>                             |  | <b>緊急連絡先</b> |   |       |                   |
| ◎=本人、○=女性、□=男性、●=死亡<br>☆=キーパーソン、主介護者に「主」 |  | 氏名           | ひまわり 久美子  | ( 女 ) | TEL 090-0000-0000 |
|  |  | 区分           | <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 |       |                   |
|  |  | 勤務先等         | ひまわり 健一   | ( 男 ) | TEL 076-000-0000  |
|  |  | 区分           | <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 |       |                   |
|  |  | 勤務先等         | 株式会社さくらんぼ   |       |                   |
|  |  | 連絡時間帯        | 18時以降   |       |                   |
|  |  | 氏名           |   | ( )   | TEL               |
|  |  | 区分           | <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他            |       |                   |
|  |  | 勤務先等         |   |       |                   |
|  |  | 連絡時間帯        |   |       |                   |
|  |  | 氏名           |   | ( )   | TEL               |
|  |  | 区分           | <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他            |       |                   |
|  |  | 勤務先等         |   |       |                   |
|  |  | 連絡時間帯        |   |       |                   |

|     |        |                             |                              |                              |   |                               |                               |                              |                              |                              |
|-----|--------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 自立度 | 障害高齢者  | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> J-1 | <input type="checkbox"/> J-2 | <input checked="" type="checkbox"/> A-1 | <input type="checkbox"/> A-2  | <input type="checkbox"/> B-1  | <input type="checkbox"/> B-2 | <input type="checkbox"/> C-1 | <input type="checkbox"/> C-2 |
|     | 認知症高齢者 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> I   | <input type="checkbox"/> IIa | <input checked="" type="checkbox"/> IIb | <input type="checkbox"/> IIIa | <input type="checkbox"/> IIIb | <input type="checkbox"/> IV  | <input type="checkbox"/> M   |                              |

これまでの生活経過  
35年前に病気により夫が他界。会社員として息子2人を育てた。息子2人の大学進学以降は金沢市で1人暮らしをしている。

3年前に大腿骨頸部を骨折し、入院後に認知症の症状が現れた。地域に顔なじみが多いが、認知症が進行したことでコミュニケーションを取ることが少なくなり、社会参加機会が減少したことで生活機能がさらに低下した。

1年前から通所介護と訪問介護を利用し始め、現在まで継続して利用中。

長男・次男はそれぞれ県内に住んでいる。ご本人の兄妹はすでに他界している。

# アセスメントシート

## 生活歴 (出身地、職業、友人関係、習慣など)

出身は石川県金沢市。  
 会社員として働き、50歳からは自営業として働いていた。  
 以前は町内会やボランティア活動に積極的に参加していたが、現在は家族以外との付き合いはほとんど無い。  
 歌謡曲に関心があり、デイサービスのレクリエーションではカラオケを楽しんでいる。

## 本人の希望

馴染みの場所で今まで通り暮らしていきたい。

## 家族の希望

介護サービスを活用し、これからも母親が自分の意で暮らしていただけるよう支援したい。

## 現在の状況

■在宅 入院 入所

金沢市で一人暮らしをしていて、長男が定期的に母親の家へ通っている。保護されたことがある。数か月前から近所を徘徊するようになり、自力で家に帰れず近所の人に保護されたことがある。筋力や聴力の低下が見られ、風呂など足元が悪い場所で特にふらつきやすく、また耳元ではつきり大きな声で話せばおおよそ通じる。

| 1日の過ごし方 |               | 1週間のスケジュール   |               |
|---------|---------------|--|---------------|
| 7:00    | 起床・身支度        | 月  | デイサービス (8時間)  |
| 8:00    | 朝食 (長男が準備・介助) | 火  | ヘルパーサービス (3回) |
| 8:30    | テレビ・ラジオなど     | 水  | ヘルパーサービス (3回) |
| 9:00    | 送迎 (デイサービス)   | 木  | デイサービス (8時間)  |
| 12:00   | 昼食            | 金  | ヘルパーサービス (3回) |
| 13:30   | 入浴            | 土  | ヘルパーサービス (3回) |
| 15:00   | レクリエーション      | 日  | ヘルパーサービス (3回) |
| 17:00   | 送迎 (デイサービス)   | 日中の過ごし方  |               |
| 18:30   | 夕食 (嫁が準備・介助)  | テレビ・ラジオを視聴していることが多い。<br>長男が家に来ている間は、音楽プレイヤーを使用して演歌や歌謡曲を聴き、歌を口ずさむこともある。 |               |
| 19:30   | テレビ・ラジオなど     |  |               |
| 20:00   | 就寝            |  |               |

## サービス利用状況

### 在宅利用

|   |      |  |     |
|---|------|--|-----|
| ■訪問介護 (ホームケア)・訪問型サービス                       | 月40回 | <input type="checkbox"/> (予防) 福祉用具貸与       | 品目  |
| <input type="checkbox"/> (予防) 訪問入浴介護        | 月 回  | <input type="checkbox"/> 特定(予防) 福祉用具販売     | 品目  |
| <input type="checkbox"/> (予防) 訪問看護          | 月 回  | <input type="checkbox"/> 住宅改修 あり           |     |
| <input type="checkbox"/> (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"/> (予防) 居宅療養管理指導      | 月 回  | <input type="checkbox"/> (予防) 認知症対応型通所介護   | 月 日 |
| ■通所介護 (デイサービス)・通所型サービス                      | 月 8回 | <input type="checkbox"/> (予防) 小規模多機能型居宅介護  | 月 日 |
| <input type="checkbox"/> (予防) 通所リハ (デイケア)   | 月 回  | <input type="checkbox"/> (予防) 認知症対応型共同生活介護 | 月 日 |
| <input type="checkbox"/> (予防) 短期入所 (ショートケア) | 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"/> (予防) 短期入所 (療養ショート) | 月 日  | <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設     | 月 日 |
| <input type="checkbox"/> (予防) 特定施設入居者生活介護   | 月 日  | <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護  | 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護      | 月 日  |  | 回   |
| <input type="checkbox"/> 市区町村特別給付           | 月 日  |  |     |
| ■介護保険給付外の在宅サービス (ヘルパーサービス (月20回))           |      |  |     |

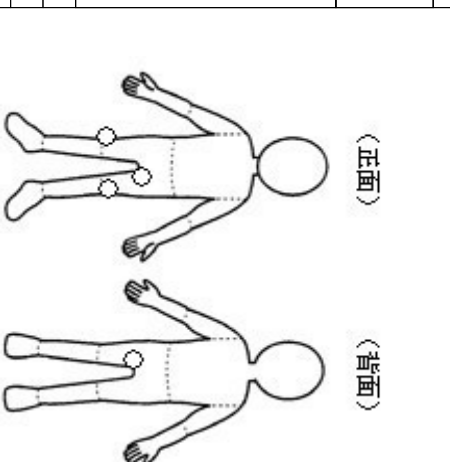
### 施設等利用

|  |   |   |                                  |
|--|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設          | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設                   | <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設                  | <input type="checkbox"/> 介護医療院   |
| <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設   | <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) | <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) | <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム |
| <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"/> 医療機関 (療養病床以外)              | <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム |
| <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム           | <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム                    | <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅              | <input type="checkbox"/> その他施設等  |

## 備考

〇〇…

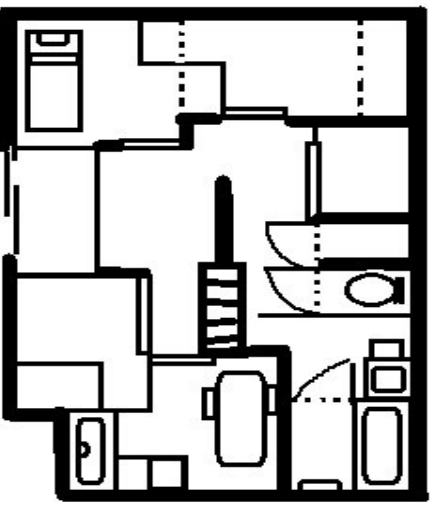
# アセスメントシート

|            |  |  |   |
|------------|--|--|---|
| 課題分析理由     |  |  |   |
| 初回アセスメント情報 | 初回相談・受付日<br>初回受付者<br>アセスメント実施場所<br>初回相談内容  | 令和 4年 4月13日<br>居宅 美代子<br>■訪問 □来所 □その他 ( )  | 初回作成日<br>令和 4年 4月20日  |
| 備考         | 介護保険対象サービスの利用開始について。<br>家族・本人と面談しそれぞれの希望を確認した。<br>○○…  |  |   |
| アセスメント理由   | <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 更新 <input checked="" type="checkbox"/> 区変 <input type="checkbox"/> 変化(悪化) <input type="checkbox"/> 変化(改善) <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 退所<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 実施日<br>令和 5年 3月25日   | 実施者<br>居宅 美代子   |
| 備考         | ○○…  | 回数<br>1回   |   |
| 健康状態       | 発症日・内容等  |  |   |
| 既往歴        | No.  | 病名   | 発症日・内容等   |
|            | 1  | 高血圧症   | 55歳ごろに受けた健康診断で発覚。自覚症状は特になし。   |
| 備考         | ○○…  |  |   |
| 現在の状態      | No.  | 主傷病名/現病歴   | 病状  |
|            | 1  | アルツハイマー型認知症  | 認知機能の低下。(中度の記憶障害・見当識障害)<br>通院: 1回/月   |
| 備考         | ○○…  |  |   |
| 身体状況       | 皮膚疾患   | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 湿疹<br><input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 水虫<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  | 身体状況図<br>○: 痛み △: 褥瘡 ●: 麻痺 □: 皮膚異常<br> |
|            | 感染症  | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肺炎<br><input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |   |
|            | 特別な医療  | <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養<br><input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置<br><input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピーター<br><input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護<br><input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定<br><input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル<br><input type="checkbox"/> 吸引<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |
|            | 身長   | 150cm  |   |
|            | 体重   | 45kg   |   |
|            | BMI  | 20   |   |
|            | 褥瘡   | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   |   |
|            | 骨折で入院していた時は軽い褥瘡があったが、現在は完治。  |  |   |
|            | 麻痺   | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   |   |
|            | 過去現在ともに無し。   |  |   |
|            | 痛み   | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり   |   |
|            | 膝と足の付け根に痛みがある。   |  |   |
| 備考         | 骨折の後遺症から、歩行能力の低下がみられる。   |  |   |
| 入院履歴       | 入院回数   | 0回   | 入院理由等<br>なし   |
|            | 緊急受診の回数  | 0回   | 緊急受診の理由<br>なし   |
| 備考         | 入院は3年前に1度のみ。   |  |   |
| 服薬状況       | 薬品名  | アリセプト錠5mg  | 内容<br>1回/日  |
|            | 薬品名  |  | 薬品名<br>○○…  |
|            | 内容   |  | 内容<br>○○…   |
| 備考         | ○○…  |  |   |
| バイタルサイン    | 呼吸数  | 70回/分  | 脈拍数   |
|            |  | 20回/分  | 血圧  |
|            |  | 145mmHg/95mmHg   | SPO2  |
|            |  | 95%  | 血糖値   |
|            |  |  | 120mg/dL  |
| 備考         | ○○…  |  |   |



|             |  |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
|-------------|--|---|---|--|--|--|--|--|-----|--|-----------------------------|--|
| 服薬管理        | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助  | 常飲している薬は、ヘルパー職員の方が毎日手渡ししている。            |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 電話使用        | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない | 電話機のすぐそばのメモ帳に長男や嫁の電話番号があるが、番号の押し間違えが多い。 |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 交通機関の利用     | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助                                 | バスに乗って迷子になった経験から、公共交通機関の利用は控えている。       |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 備考          | 〇〇…  |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 食事          | 食事状況   |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 食事摂取        | 嚥下   | <input type="checkbox"/> 自立             | <input type="checkbox"/> 見守り              | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助     | <input type="checkbox"/> 全介助           |  |  |  |     |  |                             |  |
|             | 咀嚼   | <input checked="" type="checkbox"/> 自立  | <input type="checkbox"/> 見守り              | <input type="checkbox"/> 一部介助                | <input type="checkbox"/> 全介助           |  |  |  |     |  |                             |  |
|             | 食事摂取   | 主食                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 自立    | <input type="checkbox"/> 見守り                 | <input type="checkbox"/> 一部介助          | <input type="checkbox"/> 全介助             |  |  |     |  |                             |  |
|             |  | 副食                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 普通    | <input type="checkbox"/> おかゆ                 | <input type="checkbox"/> ペースト          |  |  |  |     |  |                             |  |
|             | 経管栄養   | <input checked="" type="checkbox"/> なし  | <input type="checkbox"/> 刻み               | <input type="checkbox"/> ミキサー                | <input type="checkbox"/> ペースト          | <input type="checkbox"/> ところみ            |  |  |     |  |                             |  |
|             | 水分摂取   | <input type="checkbox"/> 自立             | <input type="checkbox"/> 見守り              | <input type="checkbox"/> 一部介助                | <input type="checkbox"/> 全介助           |  |  |  |     |  |                             |  |
|             | 食事制限   | <input checked="" type="checkbox"/> なし  | <input type="checkbox"/> 塩分               | <input type="checkbox"/> カロリー                | <input type="checkbox"/> 水分            | <input type="checkbox"/> その他( )          |  |  |     |  |                             |  |
|             | 道具・用具  | <input checked="" type="checkbox"/> 箸   | <input checked="" type="checkbox"/> スプーン  | <input checked="" type="checkbox"/> エプロン     | <input type="checkbox"/> その他( )        |  |  |  |     |  |                             |  |
|             | 栄養状態   | <input checked="" type="checkbox"/> 良い  | <input type="checkbox"/> 良くない             | <input type="checkbox"/> 悪い                  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
|             | 体重変化   | <input checked="" type="checkbox"/> なし  | <input type="checkbox"/> 増加               | <input type="checkbox"/> 減少                  | 食事回数                                   | 3食/日                                     |  |  |     |  |                             |  |
| 備考          | 〇〇…  |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 口腔衛生        | 口腔ケア   | <input type="checkbox"/> 自立             | <input checked="" type="checkbox"/> 見守り   | <input type="checkbox"/> 一部介助                | <input type="checkbox"/> 全介助           |  |  |  |     |  |                             |  |
| 口腔衛生        | 口腔状態   | <input checked="" type="checkbox"/> 良好  | <input type="checkbox"/> 不潔               | <input type="checkbox"/> 炎症                  | <input type="checkbox"/> 痛み            | <input type="checkbox"/> 出血              | <input type="checkbox"/> その他( )          |  |     |  |                             |  |
|             | 歯  | <input checked="" type="checkbox"/> 良好  | <input type="checkbox"/> 不良               |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
|             | 義歯の使用状況  | <input checked="" type="checkbox"/> なし  | <input checked="" type="checkbox"/> 部分義歯  | <input type="checkbox"/> 総義歯                 | <input type="checkbox"/> その他( )        |  |  |  |     |  |                             |  |
|             | 義歯の不具合   | <input type="checkbox"/> なし             | <input checked="" type="checkbox"/> なし    | <input checked="" type="checkbox"/> あり       |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 備考          | 歯・義歯の状態  | 義歯が合わなくなり、歯ぐきに痛みがある。医療機関を受診する必要がある。     |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
|             | 〇〇…  |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 排泄          | 尿意   |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 排泄          | <input type="checkbox"/> なし  | <input checked="" type="checkbox"/> あり  | 尿失禁                                       | <input type="checkbox"/> なし                  | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 便意                                       | <input type="checkbox"/> なし              | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 便失禁 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |  |
|             | 排泄状況(日中)   | <input checked="" type="checkbox"/> トイレ | <input type="checkbox"/> ポータブル            | <input type="checkbox"/> 尿器                  | <input type="checkbox"/> おむつ           | <input type="checkbox"/> カテーテル           |  |  |     |  |                             |  |
| 排泄状況(夜間)    | <input checked="" type="checkbox"/> トイレ  | <input type="checkbox"/> ポータブル          | <input type="checkbox"/> 尿器               | <input type="checkbox"/> おむつ                 | <input type="checkbox"/> カテーテル         |  |  |  |     |  |                             |  |
| 備考          | ■正常 <input type="checkbox"/> 異常( ) 後始末 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                       |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 備考          | たまたに尿失禁がある。便器の清掃がうまくできず、そのままトイレを出してしまうことがある。   |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 認知          | 認知能力   |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 認知          | 問題なし   | <input type="checkbox"/> 軽度の障害          | <input checked="" type="checkbox"/> 中度の障害 | <input type="checkbox"/> 重度の障害               |  |  |  |  |     |  |                             |  |
|             | 物忘れ  | <input type="checkbox"/> なし             | <input checked="" type="checkbox"/> あり    | 言語   | <input type="checkbox"/> 問題なし          | <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり |  |  |     |  |                             |  |
| 備考          | 日常の意思決定 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる <input checked="" type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> できない                |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 備考          | 認知症により認知機能の低下がみられる。同じ内容を繰り返し発言することが多い。   |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| コミュニケーション能力 | 意思疎通   |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 意思疎通        | 意思疎通   | <input type="checkbox"/> できる            | <input type="checkbox"/> 時々できる            | <input checked="" type="checkbox"/> ほとんどできない | <input type="checkbox"/> できない          | 言語障害                                     | <input checked="" type="checkbox"/> なし   | <input type="checkbox"/> あり            |     |  |                             |  |
|             | 言語化がうまくいかず、会話がままならないことがある。   |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 備考          | 視力   | <input checked="" type="checkbox"/> 視力  | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし  | <input type="checkbox"/> よく見えない              | <input type="checkbox"/> ほとんど見えない      | 眼鏡                                       | <input type="checkbox"/> コンタクト           |  |     |  |                             |  |
| 備考          | 〇〇…  |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 備考          | 聴力   | <input checked="" type="checkbox"/> 聴力  | <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし  | <input type="checkbox"/> よく聞こえない             | <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない     | 補聴器                                      |  |  |     |  |                             |  |
| 備考          | 〇〇…  |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 社会との関わり     | 社会活動への参加   |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 社会との関わり     | 社会活動への参加意欲   | <input type="checkbox"/> なし             | <input checked="" type="checkbox"/> あり    | (デイサービスの利用)                                  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
|             | 近所への外出   | <input checked="" type="checkbox"/> なし  | <input type="checkbox"/> あり               | ( )  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 備考          | 人との関わり   |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 備考          | 喪失感・孤独   | <input type="checkbox"/> なし             | <input checked="" type="checkbox"/> あり    |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
|             | 〇〇…  |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 備考          | 苦しみ  |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |
| 気分          | 睡眠周期の問題  | <input type="checkbox"/> なし             | <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある  | <input type="checkbox"/> ある                  | 悩み                                     | <input type="checkbox"/> なし              | <input type="checkbox"/> 時々ある            | <input checked="" type="checkbox"/> ある |     |  |                             |  |
|             | 無関心  | <input type="checkbox"/> なし             | <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある  | <input type="checkbox"/> ある                  | 悲しみ                                    | <input checked="" type="checkbox"/> なし   | <input type="checkbox"/> 時々ある            | <input type="checkbox"/> ある            |     |  |                             |  |
|             | 興味の減少  | <input type="checkbox"/> なし             | <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある  | <input type="checkbox"/> ある                  | 不安                                     | <input type="checkbox"/> なし              | <input type="checkbox"/> 時々ある            | <input checked="" type="checkbox"/> ある |     |  |                             |  |
|             | 気分変化への対応力  | <input checked="" type="checkbox"/> なし  | <input type="checkbox"/> 時々ある             | <input type="checkbox"/> ある                  | 気分の変化                                  | <input type="checkbox"/> なし              | <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある            |     |  |                             |  |
| 備考          | 誰かに追われている、と不安を口にすることがある。   |   |   |  |  |  |  |  |     |  |                             |  |

| 問題行動等  |  |                                   |  |
|--|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 徘徊  | <input type="checkbox"/> 暴言暴行  | <input type="checkbox"/> 幻聴幻覚     | <input type="checkbox"/> 被害妄想  |
| <input type="checkbox"/> 同じ話をする  | <input type="checkbox"/> 大声を出す   | <input type="checkbox"/> 介護に抵抗    | <input type="checkbox"/> 作り話   |
| <input type="checkbox"/> 収集癖   | <input type="checkbox"/> 破壊行動  | <input type="checkbox"/> 独り言・独り笑い | <input type="checkbox"/> 落ち着きがない   |
| <input type="checkbox"/> 拒食過食  | <input type="checkbox"/> 異食  | <input type="checkbox"/> セン妄      | <input type="checkbox"/> 不潔行為  |
| <input type="checkbox"/> 向精神薬  | <input type="checkbox"/> なし  | <input type="checkbox"/> あり       | <input type="checkbox"/> 感情が不安定  |
| 生活・介護への影響等   |  |                                   |  |
| 収集したものを介護職員が片づけることが気に入らない様子で、掃除に抵抗を見せることがある。   |  |                                   |  |
| 備考 ○○…   |  |                                   |  |
| 介護力  |  |                                   |  |
| 介護者  |  | 副介護者                              |  |
| 氏名   | ひまわり 健一  | 氏名                                | ひまわり 久美子   |
| 介護の意思  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり                             | 介護の意思                             | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり                             |
| 仕事の有無  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり                             | 仕事の有無                             | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり                             |
| 介護対応可能時間   | 18時以降  | 介護対応可能時間                          | 日中   |
| 健康状態   | <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病身 | 健康状態                              | <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病身 |
| 費用負担   | <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難                              | 費用負担                              | <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 困難                              |
| 施設への移動希望   | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                             | 施設への移動希望                          | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                             |
| 介護における問題点  | 特になし   | 介護における問題点                         | 特になし   |
| 備考 ○○…   |  |                                   |  |
| 居住環境   |  |                                   |  |
| 住まい  |  |                                   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て(2階) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建ての ) 階  |  |                                   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 間借り   |  |                                   |  |
| エレベーター <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(屋外) <input type="checkbox"/> あり(屋内)  |  |                                   |  |
| 駐車場 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(訪問時使用可)・訪問時使用不可)  |  |                                   |  |
| 専用居室 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(畳)   |  |                                   |  |
| 冷房 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 暖房 <input checked="" type="checkbox"/> あり   |  |                                   |  |
| トイレ <input type="checkbox"/> 和式 <input checked="" type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> ウォシュレット  |  |                                   |  |
| 浴室 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他( )   |  |                                   |  |
| 就寝 <input type="checkbox"/> 畳 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> リクライニングベッド  |  |                                   |  |
| 手すり <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室   |  |                                   |  |
| 段差 <input checked="" type="checkbox"/> 玄関 <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室  |  |                                   |  |
| 衛生状態 <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良(水回り ) ペット <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )   |  |                                   |  |
| 危険個所 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(階段が急で玄関に手すりがないので、転倒の可能性あり。 )   |  |                                   |  |
| 生活上の問題点 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(手すりがあれば安心。 )  |  |                                   |  |
| 改修の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(手すりがあれば安心。 )   |  |                                   |  |
| 備考 ○○…   |  |                                   |  |
| 特別な状況  |  |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 放置 <input type="checkbox"/> 不自然な怪我 <input type="checkbox"/> 身体抑制 <input type="checkbox"/> 衛生環境 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介護者の不在 |  |                                   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 成年後見人あり <input type="checkbox"/> 終末期希望 <input type="checkbox"/> その他( )   |  |                                   |  |
| 詳細 独居ではあるが、毎日介護者(長男や嫁)が家に通って介護を行っている。  |  |                                   |  |
| 備考 ○○…   |  |                                   |  |
| その他  |  |                                   |  |
| 特記事項   |  |                                   |  |
| 危険認識力の低下がみられる。近時記憶の低下も激しい。   |  |                                   |  |



見取り図

# flowers<sup>NEXT</sup> 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<sup>NEXT</sup> 動作環境

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

| 動作要件 (2024年3月現在 <sup>*1</sup> ) |   |
|---------------------------------|---|
| OS                              | Microsoft Windows 10、Microsoft Windows 11 <sup>*2</sup> |
| 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  |

<sup>\*1</sup> 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。

<sup>\*2</sup> 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<sup>NEXT</sup> ラインナップ

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

※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/>

取り扱い会社