

2024年4月一介護報酬改定対応版

<対応内容（フリージア）>

本書では、バージョンアップの主な対応内容について説明します。

<目次>

1. 個人台帳 指定を受けた居宅支援事業所の介護予防支援の入力に対応 2
2. 受信データ印刷 原案作成委託料の印刷に対応 3
3. 退院退所情報記録書の入力・印刷に対応 4

※ 本書には、異なるシステム（サービス種）の画面を用いて説明している箇所があります。
お使いのシステムやサービス種に読み替えてご覧ください。

1. 個人台帳 指定を受けた居宅支援事業所の介護予防支援の入力に対応

個人台帳＞居宅支援事業所について、居宅介護支援事業所が指定を受けて介護予防支援を行う場合の入力に対応しました。

指定を受けた居宅介護支援事業所の介護予防支援を利用する利用者については、「介護／予防・総合事業」から「予防・総合事業（介護予防支援事業所）」を選択して登録してください。

《 居宅支援事業所 》 ※ この情報は他のシステムと共有しています

No.	介/予	事業所名	事業所番号	有効期間	委託
1	予防(介)	居宅介護支援事業所ひまわり	1234567890	R 6/ 4/ 1~	

居宅介護支援事業所／地域包括支援センター（介護予防支援事業所）

介護／予防・総合事業： **予防・総合事業（介護予防支援事業所）**
 事業所番号： **介護（居宅介護支援事業所）**
 事業所名： **予防・総合事業（地域包括支援センター）** 所設定参照
予防・総合事業（介護予防支援事業所）
 居宅介護支援事業所ひまわり

期間： 令和 6 年 4 月 1 日
 届出年月日： 令和 年 月 日

該当の事業所から介護予防支援を受ける利用者については、「予防・総合事業（介護予防支援事業所）」を選択してください。

居宅支援事業所

ワンポイント

個人台帳＞居宅支援事業所の上部の表の「介／予」欄には、以下のように表示されます。

- ・「予防・総合事業（地域包括支援センター）」を選択した場合

No.	介/予	事業所名	事業所番号	有効期間	委託
1	予防(地)	すずらん地域包括支援センター	9876543210	R 6/ 4/ 1~	○

「予防（地）」と表示されます。

- ・「予防・総合事業（介護予防支援事業所）」を選択した場合

No.	介/予	事業所名	事業所番号	有効期間	委託
1	予防(介)	居宅介護支援事業所ひまわり	1234567890	R 6/ 4/ 1~	

「予防（介）」と表示されます。

2. 受信データ印刷 原案作成委託料の印刷に対応

受信データ印刷機能について、原案作成委託料に関する以下の通知の印刷に対応しました。

<対象>

- ・ 介護給付費等支払決定額通知書
- ・ 介護予防支援費原案作成委託料明細書
- ・ 介護予防ケアマネジメント費原案作成委託料明細書
- ・ 原案作成委託料支払内容明細書
- ・ 原案作成委託料未支払一覧表

3. 退院退所情報記録書の入力・印刷に対応

「利用者情報管理」画面に「退院退所情報記録書」を追加しました。

一括コピー システム動作環境 外部データ連携 お問い合わせ先 バージョン情報 メニュー構成一覧 お知らせ機能 カスタムサポート

利用者情報管理 ケアプラン管理 ケアプラン管理 請求管理 リスト・帳票 設定

全 あ か さ た な は ま や ら わ 他 全 介 予 事 他 登 利 無 予 実

詳細検索 条件クリア 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: 令和 ...

担当ケアマネ: [] 利用者番号: [] 決定 全選択

利用者番号	ヨミガナ	氏名	性別	要介護度	お知らせ
0000000001	カツラ サブロウ	桂 三郎	男	介護5	
0000000002	オハナ シュウ	押花 集	男	支援2	
0000000003	アサガオ ハナコ	朝顔 花子	女	介護3	
0000000005	アジサイ ヨウコ	紫陽花 葉子	女	介護2	
0000000007	モジ ヨウコ	紅葉 洋子	女	介護2	
0000000009	カブラ タロウ	無 太郎	男	介護1	
0000000010	アジサイ タロウ	紫陽花 太郎	男	介護1	
0000000011	キョウ アキコ	桔梗 昭子	女	介護1	
0000000012	カシワ ツギコ	柏 次子	女	介護1	
0000000013	スシ タロウ	童 太郎	男	介護2	
0000000014	ヒマワリ タロウ	向日葵 太郎	男	介護3	
0000000015	サクラ タロウ	桜 太郎	男	介護5	
0000000016	ワカケ タロウ	若竹 太郎	男	支援1	
0000000017	クスノキ モトコ	楠木 本子	女	介護2	
0000000018	トモエ サトコ	富江 幸子	女	介護4	

個人台帳 (新規)
個人台帳 (訂正)
認定調査票/主治医意見書
ケアマネ・関心チェックシート
課題整理総括表
入院時情報提供書
退院退所情報記録書

「退院退所情報記録書」の作成に対応しました。

退院退所情報記録書は、利用者が医療機関から退院するにあたって、医療機関からケアマネジャーへの情報提供用書類としてご使用いただけます。

※厚生労働省から公表された様式に準拠しています。

【1 ページ目】

退院・退所情報記録書				記入日：令和 6 年 4 月 15 日		
1. 基本情報・現在の状態 等						
属性	フリガナ 氏名	石川 介護	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (■要区分変更) <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし	
入院(所)概要	入院(所)日	令和 6 年 4 月 1 日		退院(所)予定日：令和 6 年 4 月 18 日		
	入院原因疾患 (入所目的等)	脳梗塞				
	入院・入所先	施設名	コンダクト石川病院	南病棟	403号室	
① 疾患と入院(所)中の状況	今後の医学管理	医療機関名	金沢高尾クリニック	方法	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	
	現在治療中の疾患	① 脳梗塞 ② 糖尿病 ③ 高血圧			疾患の状況	安定 (①,②,③) 不安定()
	移動手段	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()				
	排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ()				
	入浴方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず				
	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他() UDF等の食事形態区分 2				
	嚥下機能(むせ)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)		義歯	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)	
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良() 眠剤使用 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他()					
② 受け止め/意向	<本人>病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・脳梗塞(右麻痺/再発2回目) ・再発入院に落ち込んでいる右麻痺、嚥下障害、構音障害 ・言葉と体の不自由さ、特に発語の機能低下にショックと不安焦燥感が大きい(話すことが苦痛)				
	<本人>退院後の生活に関する意向	・言いたいことが思うように発語できず、ストレスを感じているが、機能訓練には前向きに取り組んでいる ・ショックと不安を感じながらも、息子を気遣い、不安感などの気持ちはあまり多くは口には出来ない様子 ・一方で、「早く家に帰りたい」「甘いものが食べたい」という要望はしている				
	<家族>病気、障害、後遺症等の受け止め方	・とにかく命が助かって良かった ・以前のように回復して欲しいが、主治医から2度目の発症で入院前より介助を要するとの説明を受け理解はしている 息子は仕事もあるので、介護への不安は強いものの、医師予想よりも回復が早く、入院当初よりも不安は軽減している				
	<家族>退院後の生活に関する意向	・本人の「早く家に帰りたい」という要望をかなえて、早く連れて帰ってあげたいという意向を持っている ・自宅での介護継続についても、不安はあるものの前向きな態度で、家族としての覚悟が感じられる ・まずは今回の状態像での介護のイメージを早くつかみ、その上で日常生活が安定することを望んでいる				
2. 課題認識のための情報						
③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()				
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他()				
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input checked="" type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input checked="" type="checkbox"/> 地域活動支援 <input checked="" type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他()				
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)		
	症状・病状の予後・予測	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	・リハビリを続ければ歩行やトイレ動作、コミュニケーション能力の改善を目指すことができる(転倒リスクあり) ・再発リスクが高いため、定期受診と薬の管理を正確に行う必要がある 例)医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急要の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。 脳梗塞による右片麻痺、嚥下障害、構音障害、発病(再発)と体の不自由さや、特に発語障害によるコミュニケーション能力の低下による、気分の落ち込み、ストレス、早期退院希望による入院リハビリの終了、玄関の段差、週3日中居室移動(2階→1階)、階段・廊下・浴室・トイレに手すりの設置					
在宅復帰のために整えなければならない要件						
回目	開き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)			会議出席	
1	令和 6 年 4 月 15 日	主治医(鈴木)、看護師(佐藤)、PT(田中)			無・有	
2	年 月 日				無・有	
3	年 月 日				無・有	

【2 ページ目】

退院・退所情報記録書

拡張項目

記入日：令和 6 年 4 月 15 日

生年月日	昭和23年 3月 3日 生	医療保険証情報	保険者番号 被保険者番号	172010 0000156533
生活歴・価値観	長男が東京へ転勤になって以来、25年間独居生活してこられた。身の回りの事はすべてご自分でできたので不自由はなかった。年金は平均額から少し高いくらいで、独居する分にはそれほど困っていない。今まで自分で何でもやれた分、現在、介護が必要な状況にはとても困惑しており、ストレスの主要因となっている。			
コミュニケーションの状況	問題なし <input checked="" type="radio"/> やや難あり <input type="radio"/> 困難 <input type="radio"/> 不可 必要以上にかまわれるのを嫌がり、あれこれ指図されると意固地になりやすい。言わないと自分から進んで服薬をしようしないことが多い。家族の言う事はほとんど聞かないが、他人の、特に女性の言う事は比較的聞く。			
家族構成	長男夫婦（東京在住） 次男（独身、富山市在住）	キーパーソン	氏名 連絡先	高尾 昭（学生時代からの友人） 金沢市〇〇町2-7 076-2XX-3XXX
合併症	なし			
移動	<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	移動手段	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input checked="" type="checkbox"/> 装具・補助具	
移乗	<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	更衣	<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	
排泄	<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	カテーテル・パウチの詳細	なし	
排泄方法	<input type="checkbox"/> 尿器	呼吸苦	<input type="checkbox"/> あり	
疼痛	<input type="checkbox"/> あり	服薬の 具体内容		
服薬管理	<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	服薬の 具体内容		
服薬内容	<input checked="" type="checkbox"/> 持参薬 <input checked="" type="checkbox"/> 処方薬 <input type="checkbox"/> 塗布薬	入浴方法	<input checked="" type="checkbox"/> 清拭	
入浴	<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	治療食	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病食 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他	
食事	<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	治療食		
食事種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食	本人への告知	病状 <input checked="" type="checkbox"/> 病状 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 続柄 次男	
摂取量	1200 Kcal	本人への告知内容	家族への告知内容	
本人への告知	病状 <input checked="" type="checkbox"/> 無	脳梗塞（2回目） 糖尿病 高血圧	脳梗塞（2回目） 糖尿病 高血圧	
家族への 介護指導	不十分な 場合の 問題点	独居のため、普段は家族が家にいないが、次男が定期的に見に来られるので、その際の住居環境や服薬のチェックポイントについて指導した。		
理解度				
家族の 介護力	介護指導の 具体的内容			
あり・なし				
続柄				
退院先の意向	本人	<input checked="" type="radio"/> 在宅・施設	意向が施設の場合の 具体的内容	本人
	家族	<input checked="" type="radio"/> 在宅・施設		家族
本人または家族が在宅意向時	住宅改修の必要性	あり・なし	福祉用具の必要性	あり・なし
	住宅改修が 必要な場合の 具体的内容		福祉用具が 必要な場合の 具体的内容	手すり（階段・廊下・浴室・トイレ）

【3 ページ目】

退院・退所情報記録書

拡張項目

記入日：令和 6 年 4 月 15 日

病院主治医名	鈴木 五郎		在宅主治医名	高尾 一郎	
精神面における療養上の問題	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他				
医療処置の内容	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 抗がん剤投与 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養		看護の視点	<input checked="" type="checkbox"/> 副作用や注意を要する薬剤を使用している場合の指導 <input type="checkbox"/> 医療処置方法の指導 <input type="checkbox"/> 家族支援 <input checked="" type="checkbox"/> 感染予防 <input type="checkbox"/> 水分出納バランスの管理 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒・転落の危険性	
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> MRSA発症 (<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他 []				
リハビリの必要性	あり・なし				
退院後のリハビリが必要な場合の目標					
退院後のリハビリが必要な場合の内容					
本人の今後の療養に関する希望(ACPを含む)	☑・無		家族の今後の療養に関する希望(ACPを含む)	☑・無	
できることは自分でやりたい。 できなくなったときだけ手助けしてほしい。			なかなか家族が言ってもきかない人なので、なるべく看護師さんに見守ってもらいたい。薬はきちんと飲むようになってほしい。		
終末期の過ごし方の希望					
終末期の過ごし方で希望しないもの	<input type="checkbox"/> 点滴 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 高カロリー輸液 <input type="checkbox"/> 心肺蘇生 <input checked="" type="checkbox"/> 挿管・人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> その他 []				
代理決定者	氏名	石川 浩	連絡先	東京都杉並区〇〇4-2-18-305	
	続柄	長男			
今後の展望と記載者の意見	しばらくは監視と注意が必要だが、ご本人に動く気があるので、負担をかけずできることは自分でなるべくやってもらうのが、ご本人の精神衛生にも良いと思われる。 ただし、糖尿病はこれ以上悪化すると通常の生活ができなくなるので、食事の管理が重要。				
次回受診日	令和 6 年 4 月 24 日				
カンファレンス等情報収集	回目	開始時刻	終了時刻	聞き取り場所	
	1	令和 6 年 4 月 15 日 時 分	年 月 日 時 分	病棟にて	
	2	年 月 日 時 分	年 月 日 時 分		
	3	年 月 日 時 分	年 月 日 時 分		

ご案内は以上です。

<以下余白>

<お問い合わせ>

ご不明な点等がございましたら、サポートセンターまでお問い合わせください。

TEL 0120-036-653

弊社ホームページでも、お問い合わせを受付しております。

システムより「カスタマサポート」をクリック、またはQRコードをスキャン



製造・販売：株式会社コンダクト