

2025 年 9 月ーケアプランデータ連携 V4 対応版

<対応内容(ラベンダー)>

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>

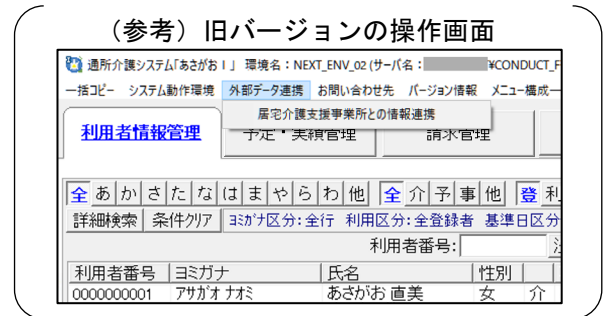
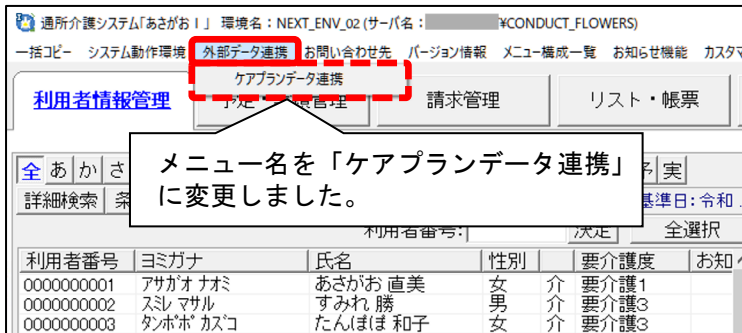
- | | | |
|------------|---|---|
| 1. 外部データ連携 | メニュー名の変更と機能の追加 | 2 |
| 2. 外部データ連携 | 「介護予防サービス支援計画表」、「利用者基本情報」の取込・印刷に対応 | 4 |

※ お使いのシステムとは異なるシステム（サービス種）の画面を用いて説明している場合があります。
お使いのシステムやサービス種に読み替えてください。

1. 外部データ連携 メニュー名の変更と機能の追加

メイン画面の「外部データ連携」機能について、ボタンや画面構成を一部変更しました。

- ・「外部データ連携」をクリック後に表示されるメニュー名を、「ケアプランデータ連携」に変更しました。

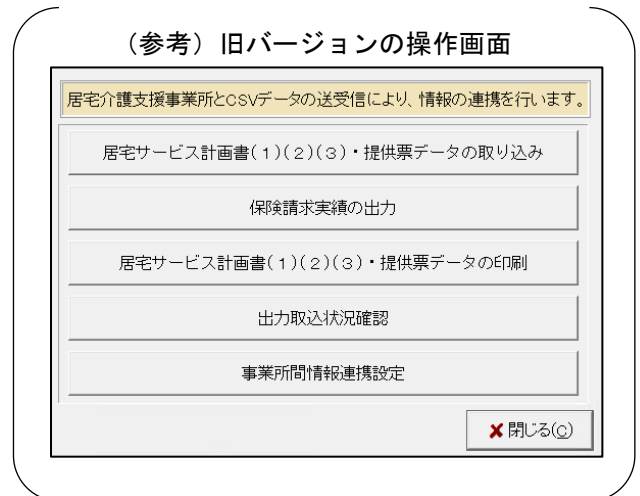
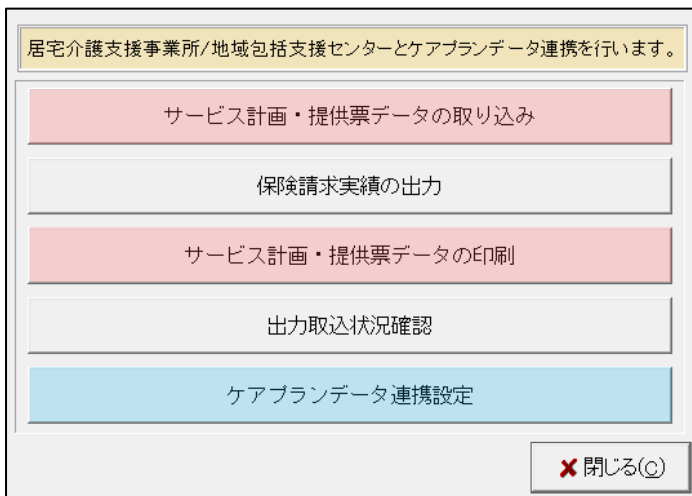


- ・メニュー画面について、機能追加とボタン名の一部変更を行いました。

… ボタン名の変更と、一部機能の追加

(「介護予防サービス支援計画表」、「利用者基本情報」の取り込み・印刷に対応)

… ボタン名の変更のみ (操作方法是変更なし)



- ・ケアプランデータ連携の出力・取込画面上に、「でん伝虫」ボタンを追加しました。

※Flowers NEXT on Cloud をお使いの場合は対象外です（インターネットからでん伝虫にアクセスしてください）。

（例）「サービス計画・提供票データの取り込み」の操作画面

「でん伝虫」ボタンをクリックすると、「でん伝虫」のログイン画面が表示されます。

（「でん伝虫」データ連携サービスをご契約の場合は、ケアプランデータ連携用ファイル出力後、続けてファイルを送信できます。）

ワンポイント

「でん伝虫」とは？

弊社がサービスを提供する Web システムです。ケアプランデータ連携用ファイルの送受信を行うことができます。詳細は、弊社ホームページの「製品・サービス」>「でん伝虫」をご覧ください。

2. 外部データ連携 「介護予防サービス支援計画表」、「利用者基本情報」の取込・印刷に対応

外部データ連携 > 「ケアプランデータ連携」について、「介護予防サービス支援計画表」、「利用者基本情報」の取込と印刷に対応しました（取込・印刷の操作手順には、変更はありません）。

【注意】 取り込みした「介護予防サービス支援計画表」、「利用者基本情報」のデータは、介護計画書などの入力画面に反映することはできません。

居宅介護支援事業所/地域包括支援センターとケアプランデータ連携を行います。

サービス計画・提供票データの取り込み

保険請求実績の出力

サービス計画・提供票データの印刷

出力取込状況確認

ケアプラン

「介護予防サービス支援計画表」、「利用者基本情報」の
取込・印刷に対応しました。
※取込・印刷の操作手順には、変更はありません。

＜「介護予防サービス支援計画表」の印刷イメージ＞

金印刷(A) 印刷(B) ◀ 前ページ(B) 次ページ(B) ▶ 1 / 2 拡大(D) 縮小(Q) × 閉じる(Q)																										
介護予防サービス・支援計画表（1）																										
No. 0000000030																										
利用者名 ひまわり 勇 様																										
計画作成者氏名 居宅 久美子																										
計画作成（変更）日 令和 7年 8月18日（計画作成日 令和 年 月 日）																										
委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） 居宅介護支援事業所（ひまわり） 石川県金沢市△△町△△××丁目△△番地 TEL:076-000-0000 FAX:																										
目標とする生活																										
1日 楽しく過ごしたい。	1年 一人で外出できるようになりたい。																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">アセスメント領域と現在の状況</th> <th style="width: 20%;">本人・家族の意向・意向（希望と理由）</th> <th style="width: 20%;">総合的課題</th> <th style="width: 20%;">課題に対する目標と具体策の提案</th> <th style="width: 20%;">異時期についての意向 本人・家族</th> </tr> <tr> <td> 運動・移動について 3年前に転倒し失禁器を専断してから歩行補助具を使用している。外出は無し。 </td> <td> （本人）転んでまた周りに迷惑をかけたくない。外出したくてできない。 （本人）ひとりで外出させるの不安。 </td> <td> 歩行補助具の活用 </td> <td> 歩行補助具の活用 </td> <td> 歩行補助具の活用 </td> </tr> <tr> <td> 日常生活（食事・生活）について 家事は長女が行っている。 </td> <td> （本人）自分ができることばっかりで家事には手を出さない。 （長女）慣れないことをしてほめられるのが悔しいので家事は自分だけで十分。 </td> <td> 家事の分担 </td> <td> 家事の分担 </td> <td> 家事の分担 </td> </tr> <tr> <td> 社会参加、人間関係・コミュニケーションについて 地域への入との交流は少ない。以前は近所づきあいがあったが3年前から家族以外とは疎遠になっている。 </td> <td> （本人）ひとりで過ごすのは寂しいが外出するのは難しい。 （本人）同年代の方との交流を求めている。 </td> <td> 地域活動への参加 </td> <td> 地域活動への参加 </td> <td> 地域活動への参加 </td> </tr> <tr> <td> 健康状態について 糖尿病は定期的に診察を受けており病状は安定。月に2回糖尿病の検診中。 </td> <td> （本人）食事制限はできずお菓子を食べたい。目の病状も高血圧も心配している。 （長女）一時晴れよ配したが、はりにくい。 </td> <td> 食事制限の徹底 </td> <td> 食事制限の徹底 </td> <td> 食事制限の徹底 </td> </tr> </table>		アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向（希望と理由）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	異時期についての意向 本人・家族	運動・移動について 3年前に転倒し失禁器を専断してから歩行補助具を使用している。外出は無し。	（本人）転んでまた周りに迷惑をかけたくない。外出したくてできない。 （本人）ひとりで外出させるの不安。	歩行補助具の活用	歩行補助具の活用	歩行補助具の活用	日常生活（食事・生活）について 家事は長女が行っている。	（本人）自分ができることばっかりで家事には手を出さない。 （長女）慣れないことをしてほめられるのが悔しいので家事は自分だけで十分。	家事の分担	家事の分担	家事の分担	社会参加、人間関係・コミュニケーションについて 地域への入との交流は少ない。以前は近所づきあいがあったが3年前から家族以外とは疎遠になっている。	（本人）ひとりで過ごすのは寂しいが外出するのは難しい。 （本人）同年代の方との交流を求めている。	地域活動への参加	地域活動への参加	地域活動への参加	健康状態について 糖尿病は定期的に診察を受けており病状は安定。月に2回糖尿病の検診中。	（本人）食事制限はできずお菓子を食べたい。目の病状も高血圧も心配している。 （長女）一時晴れよ配したが、はりにくい。	食事制限の徹底	食事制限の徹底	食事制限の徹底
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向（希望と理由）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	異時期についての意向 本人・家族																						
運動・移動について 3年前に転倒し失禁器を専断してから歩行補助具を使用している。外出は無し。	（本人）転んでまた周りに迷惑をかけたくない。外出したくてできない。 （本人）ひとりで外出させるの不安。	歩行補助具の活用	歩行補助具の活用	歩行補助具の活用																						
日常生活（食事・生活）について 家事は長女が行っている。	（本人）自分ができることばっかりで家事には手を出さない。 （長女）慣れないことをしてほめられるのが悔しいので家事は自分だけで十分。	家事の分担	家事の分担	家事の分担																						
社会参加、人間関係・コミュニケーションについて 地域への入との交流は少ない。以前は近所づきあいがあったが3年前から家族以外とは疎遠になっている。	（本人）ひとりで過ごすのは寂しいが外出するのは難しい。 （本人）同年代の方との交流を求めている。	地域活動への参加	地域活動への参加	地域活動への参加																						
健康状態について 糖尿病は定期的に診察を受けており病状は安定。月に2回糖尿病の検診中。	（本人）食事制限はできずお菓子を食べたい。目の病状も高血圧も心配している。 （長女）一時晴れよ配したが、はりにくい。	食事制限の徹底	食事制限の徹底	食事制限の徹底																						
金印刷(A) 印刷(B) ◀ 前ページ(B) 次ページ(B) ▶ 2 / 2 拡大(D) 縮小(Q) × 閉じる(Q)																										

介護予防サービス・支援計画表（2）					
No. 0000000030					
利用者名 ひまわり 勇 様					
支援計画					
目 標	目標についての 支援のポイント 下級能力の向上	本人等へのセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス、情報提供、歩行補助具の活用、歩行器の活用、歩行を安定させる。	サービス種別 介護予防通所リハビリテーション 介護予防福祉用具貸付	事業所 デイケアあやめ つくし福祉用具センター	期 間 8回／週 8か月
A D L ・ I A D L の拡大	本人が希望する家事（洗濯、掃除、買い物）の支援、補助の下で行ってもらう。自立を図る。	・ I A D L 拡大のための家事の指導・補助。 ・ A D L 拡大のための訓練・指導。	認知症サービス 介護予防通所リハビリテーション	すみれ訪問介護ステーション デイケアあやめ	8回／週 3か月
閉じこもりの解消とつづきつづき	不安を感じる人が少ない。次男に協力を働き、休日近く、公園まで散歩に行く。	・ 無理のない程度にレクリエーションへの参加を促す。	介護予防通所リハビリテーション 家族	デイケアあやめ 家族全員（次男・長女）	8回／週 6か月

健康状態について 口生治癒見直し、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点 糖尿病は定期的に診察を受けているので安定。 視力も現在は安定。	【本行うべき支援が実施できない場合】 必要な支援の実地に向けた方針
健康状態について	【本行うべき支援が実施できない場合】 必要な支援の実地に向けた方針

【留意点】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。
健康状態について	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。

【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。
健康状態について	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。

【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。
健康状態について	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。

【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。
健康状態について	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。

【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。
健康状態について	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。

【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。
健康状態について	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。

【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。
健康状態について	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。

【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。
健康状態について	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。

【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。
健康状態について	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。

【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。	【目標】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、能力向上とQOLの向上を目指す。

ワンポイント

ケアプランデータ連携用ファイルの命名規則は以下の通りです。

居宅サービス計画書(1)(2)(3)

- ・ 居宅サービス計画書(1)
UP1KY0_1700012345_43_1700054321_11_20250425163015. CSV
- ・ 居宅サービス計画書(2)
UP2KY0_1700012345_43_1700054321_11_20250425163015. CSV
- ・ 居宅サービス計画書(3)
UP3KY0_1700012345_43_1700054321_11_20250425163015. CSV
- ・ 利用者補足情報
UPHOSOKU_000000_1700012345_43_1700054321_11_20250425163015. CSV
- ・ 削除情報
DLT1KY0_1700012345_43_1700054321_11_20250425163015. CSV

提供票

- ・ サービス利用票 (提供票)
UPPLAN_202504_1700012345_43_1700054321_11_20250425163015. CSV
- ・ サービス利用票別表 (提供票別表)
UPS1KYU_202504_1700012345_43_1700054321_11_20250425163015. CSV
- ・ 利用者補足情報
UPHOSOKU_202504_1700012345_43_1700054321_11_20250425163015. CSV
- ・ 削除情報
DLTPLAN_202504_1700012345_43_1700054321_11_20250425163015. CSV

介護予防サービス支援計画表

- ・ 介護予防サービス支援計画表
UPYOB0_1700012345_46_1700054321_66_20250925163015. CSV
- ・ 介護予防サービス支援計画表 (別表) 支援計画
UPYOB0_SUB_1700012345_46_1700054321_66_20250925163015. CSV
- ・ 削除情報
DLTYOB0_1700012345_46_1700054321_66_20250925163015. CSV

利用者基本情報

- ・ 利用者基本情報
UPKIHON_1700012345_46_1700054321_66_20250925163015. CSV
- ・ 利用者基本情報 (別表 1) 1日の生活・過ごし方 (タイムスケジュール)
UPKIHON_SUB1_1700012345_46_1700054321_66_20250925163015. CSV
- ・ 利用者基本情報 (別表 2) 現病歴・既往歴
UPKIHON_SUB2_1700012345_46_1700054321_66_20250925163015. CSV
- ・ 家族構成図 (画像ファイル名)
UPKIHON_IMAGE_1700012345_46_1700054321_66_20250925163015_0001.jpg
- ・ 削除情報
DLTKIHON_1700012345_46_1700054321_66_20250925163015. CSV

→次ページへ続く

実績

・実績情報

UPJSK_202509_1700012345_66_1700054321_46_20251001091530.CSV

・削除情報

DLTJSK_202509_1700012345_66_1700054321_46_20251001091530.CSV

【ファイル名称の見方】

水色：種類名

赤色：送信元事業所の事業所番号_サービス種別

緑色：送信先事業所の事業所番号_サービス種別

青色：CSVファイル出力年月日時刻

黄色：対象年月

橙色：枝番（データ出力時に自動採番）

ご案内は以上です。