

明るい笑顔を咲かせたい 介護保険請求ソフト

居宅介護支援事業者システム ひまわり 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)	4
・介護保険証情報	5
・お知らせ一覧	6
・利用者一覧	7
・認定調査票	8
・主治医意見書	16
・興味・関心チェックシート	18
・課題整理総括表	19
・入院時情報提供書	20

■ 介護ケアプラン管理

・居宅サービス計画書(1)(2)	23
・施設サービス計画書(1)(2)	25
・週間サービス計画表	27
・月間サービス計画書	28
・サービス担当者会議の要点	29
・サービス担当者に対する照会(依頼)内容	30
・居宅介護支援経過	31
・施設介護経過	32
・モニタリング総括表	33

■ 予防ケアプラン管理

・介護予防サービス・支援計画表(1)(2)	34
・利用者基本情報	36
・「介護予防のための生活機能評価」判定報告書	38
・基本チェックリスト	39
・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 (サービス担当者会議の要点を含む)	40
・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表	41

■ 利用票・提供票

・サービス利用票	42
・サービス提供票	44
・介護予防サービス利用票	48
・介護予防サービス提供票	50

■ 給付管理・レセプト

・給付管理票	54
・給付管理票総括票	56
・居宅介護支援介護給付費明細書	57
・介護予防支援介護給付費明細書	58
・介護予防・日常生活支援総合事業費明細書 (介護予防ケアマネジメント費)	59
・介護給付費請求書	60
・レセプト一覧表	61
・サービス内容別要介護度別状況表	62
・集計確認表	64
・請求年月確認表	65

■ 外部データ連携

・出力取込状況確認表	66
------------	----

■ リスト

・利用者名簿	72
・新利用者リスト	73
・利用者リスト	74
・利用終了者リスト	75
・申請中利用者リスト	76
・担当ケアマネジャー別利用者リスト	77
・地域包括支援センター履歴一覧表	78
・事業所一覧表	79
・事業所詳細情報	80
・事業所別利用者リスト	82
・事業所別サービス一覧表	83
・事業所別サービス利用状況統計表	84
・事業所別サービス利用状況内訳表	85
・特定事業所集中減算の判定結果	86
・法人別居宅サービス計画数一覧表	87
・月別居宅サービス計画一覧表(利用者別)	88
・サービス利用割合表	89
・月別居宅サービス計画一覧表(サービス別)	90
・利用者別利用状況リスト	91
・利用者別サービス一覧表	92
・利用者別月間予定実績状況表	93
・12月超減算確認表	94
・宛名シール(事業所)	95
・宛名シール(利用者)	96

略称	居宅ひまわり			事業区分	指定事業所
	居宅介護支援事業所ひまわり			事業所コード	1234567890
事業所名				医療機関コード	
施設設置主体					
施設管理者名	居宅 久美子		職種	居宅介護支援専門員	
県番号	17: 石川県	市町村設定コード	0000000044	社福軽減対応	なし
都道府県名	石川県	郵便番号	921-0000		
市区町村名	金沢市	電話番号	076-000-0000		
町名番地	○町○丁目	割引率	0 %		
地域区分	7級地				
ネットワークID	000000000	利用者番号初期値	00000000001	内部番号	下限値：0000000001 上限値：9999999999
レシート記載事業所	事業所名称		居宅介護支援事業所ひまわり		
	県番号	17: 石川県	市区町村設定コード	0000000044	
	都道府県名	石川県	郵便番号	921-0000	
	市区町村名	金沢市	電話番号	076-000-0000	
町名番地	○町○丁目				
介護給付費算定に係る体制等状況： 居宅介護支援					
加算体制	特別地域加算	なし	特定事業所加算	加算 II	
	小規模事業所加算 (地域)	非該当	小規模事業所加算 (規模)	非該当	
	特定事業所集中減算	なし	特定事業所医療介護連携加算	なし	
	ターミナルケアマネジメント加算	なし	情報通信機器等の活用等の体制	なし	
介護給付費算定に係る体制等状況： 介護予防支援					
加算体制					

■個人台帳(基本)

利用者番号	000000001
-------	-----------

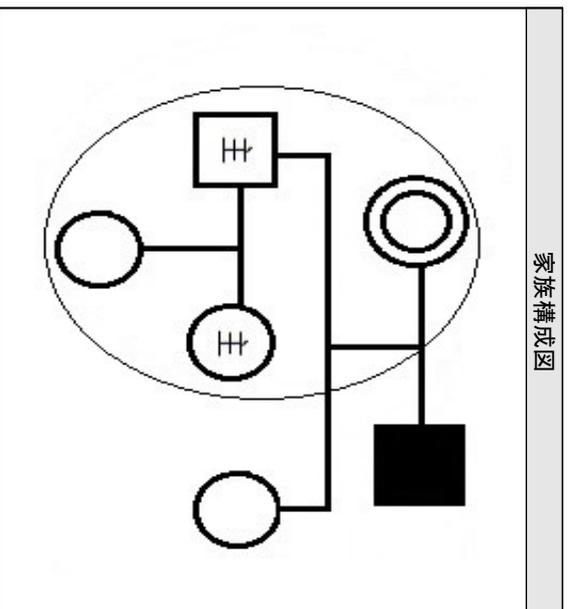
ヨミ	ヒマワリ カズコ					
氏名	ひまわり 和子					
性別	女	血液型	0型	生年月日	昭和22年 1月15日 (75 歳)	
住所	〒921-0000 石川県金沢市〇〇町〇丁目				職業	無職
	電話番号1	076-000-0000	電話番号2		所要時間	30 分
他住所	〒				距離	30 Km
						(tel)
旧住所	〒					

<家族・連絡者>

1	住所	〒921-0000 石川県金沢市〇〇町〇丁目		介護担当区分	主介護者	続柄	長男
		電話番号1		電話番号2		職業	会社員
備考		平日は20時にご帰宅。					
2	住所	〒921-0000 石川県金沢市〇〇町〇丁目		介護担当区分	主介護者	続柄	嫁
		電話番号1	070-0000-0000	電話番号2		職業	専業主婦
備考		毎週月水金曜日は15時にご帰宅。それ以外はご在宅。					
3	住所	〒921-0000 石川県金沢市〇〇町〇丁目		介護担当区分	介護協力者	続柄	孫
		電話番号1	090-0000-0000	電話番号2		職業	会社員
備考		平日は17時半にご帰宅。					
4	住所	〒922-0000 石川県加賀市△△町△丁目		介護担当区分	キーパーソン	続柄	長女
		電話番号1	080-0000-0000	電話番号2	0761-00-0000	FAX	0761-00-0000
備考		平日は17時半にご帰宅。					
5	住所	〒923-0000 石川県小松市□□町□丁目		介護担当区分	なし	続柄	姉妹
		電話番号1	0761-00-0000	電話番号2		FAX	0761-00-0000
備考							

■個人台帳(基本)

6	同居 ----- 別居	氏名	介護担当区分		統柄 職業
住所	〒		電話番号1	電話番号2	FAX
備考					
	同居 ----- 別居	氏名	介護担当区分		統柄 職業
7	住所		〒		
		電話番号1	電話番号2	FAX	
備考					



<障害者手帳>

障害者手帳名	なし	種	級	号
交付年月日				

<備考>
ご趣味はカラオケと生け花。

■個人台帳（確認情報）

令和 4年 5月 1日
PAGE : 1/1

利用者番号:000000001

利用者名:ひまわり 和子

< 担当者情報 >

期 間	内 容
R 1 / 5 / 1 ~	[担当ケアマネジャー] 居宅 久美子 [介護支援専門員番号] 12345678

< 事業所契約履歴 >

期 間	内 容
R 1 / 5 / 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] R 1 / 5 / 1

< 介護保険証 >

期 間	内 容
R 4 / 5 / 1 ~ R 5 / 4 / 30	[申請中・生保単独] [居宅・施設区分] 居宅 [要介護度] 要介護 1 [被保険者番号] 1234567890 [保険者番号] 00172106 [保険者名] 白山市
R 2 / 7 / 16 ~ R 4 / 4 / 30	[申請中・生保単独] [居宅・施設区分] 居宅 [要介護度] 要介護 1 [被保険者番号] 1234567890 [保険者番号] 00172015 [保険者名] 金沢市
R 2 / 5 / 1 ~ R 2 / 7 / 15	[申請中・生保単独] [居宅・施設区分] 居宅 [要介護度] 要介護 2 [被保険者番号] 1234567890 [保険者番号] 00172015 [保険者名] 金沢市
R 1 / 5 / 1 ~ R 2 / 4 / 30	[申請中・生保単独] [居宅・施設区分] 居宅 [要介護度] 要介護 1 [被保険者番号] 1234567890 [保険者番号] 00172015 [保険者名] 金沢市

< 居宅支援事業所 >

期 間	内 容
R 1 / 5 / 1 ~	《居宅介護支援事業所》 [届出年月日] [事業所番号] 1234567890 [事業所名] 居宅介護支援事業所ひまわり

< 負担割合証 >

期 間	内 容
R 1 / 5 ~	[負担割合] 2割

< 住所地特例 >

期 間	内 容
R 4 / 5 / 1 ~	[保険者番号] 1172015 [施設所在保険者名] 金沢市

< 公費受給者証 >

期 間	内 容
R 4 / 5 / 1 ~ R 5 / 4 / 30	[負担者番号] 12789456 [受給者番号] 5784512 [法別] 12:生保(定率:0%) [本人負担額] 0円
R 3 / 5 / 1 ~ R 4 / 4 / 30	[負担者番号] 12789456 [受給者番号] 5784512 [法別] 12:生保(定率:0%) [本人負担額] 0円

■介護保険証情報

No.1 利用者番号: 0000000001

氏名: ひまわり 和子

令和 4年 5月 1日

PAGE: 1

有効期限		訪問通所サービス (H13年以前有効)	区分支給限度基準額	給付制限		
交付年月日	令和 1年 5月 1日		R 2/ 7/16 ~ R 4/ 4/30			
被保険者番号	1234567890	短期入所サービス (H13年以前有効)	区分支給限度基準額			
保険者名	金沢市					
保険者番号	00172015					
要介護区分	要介護 1	認定審査会の 意見及びサー ビス種類の 指定		居宅介護支援事業所 / 地域包括支援センター	名称	居宅介護支援事業所ひまわり
居宅・施設	居宅				事業所No.	1234567890
申請中・生保					届出日付	
認定年月日	令和 1年 5月 1日				期 間	R 1/ 5/ 1 ~
認定有効期間	R 2/ 7/16 ~ R 4/ 4/30				名 称	
居宅サービス等 (H14年以降有効)	区分支給限度基準額(1ヶ月当たり)				事業所No.	
	R 2/ 7/16 ~ R 4/ 4/30 ① 16765単位 ② ③				届出日付	
種類 支給 限度 基準 額	① ② ③	サービスの種類 の指定			期 間	
					名 称	
					事業所No.	
				届出日付		
				期 間		
				名 称		
				事業所No.		
				届出日付		
				期 間		

お知らせ一覧

印刷：令和 4年 7月 1日 15:00

■介護保険証 有効期限切れ

該当件数： 1件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
0000000087	あけび 三郎	介護保険証の有効期限が今月切れます。【7月31日】	要介護度：要介護3 認定有効期間：令和 3年 8月 1日～令和 4年 7月31日

■負担割合証 有効期限切れ

該当件数： 1件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
0000000146	ひなげし 啓子	負担割合証の有効期限が今月切れます。【7月31日】	負担割合：2割 適用年月：令和 3年 8月～令和 4年 7月

■サービス計画書 長期目標期限切れ

該当件数： 2件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
0000000001	ひまわり 和子	サービス計画書の長期目標期間が今月終了します。【7月31日】	計画作成(変更)日：令和 4年 2月 1日 長期目標期間：令和 4年 2月 1日～令和 4年 7月31日 長期目標：QOLの向上
0000000013	もみじ 勲	サービス計画書の長期目標期間が来月終了します。【8月31日】	計画作成(変更)日：令和 4年 3月 1日 長期目標期間：令和 4年 3月 1日～令和 4年 8月31日 長期目標：健康の保持増進

■サービス計画書 短期目標期限切れ

該当件数： 2件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
0000000021	すもも 茂	サービス計画書の短期目標期間が今月終了します。【7月31日】	計画作成(変更)日：令和 4年 5月 1日 短期目標期間：令和 4年 5月 1日～令和 4年 7月31日 短期目標：疾病・健康の管理
0000000002	すみれ 勇	サービス計画書の短期目標期間が来月終了します。【8月31日】	計画作成(変更)日：令和 4年 6月 1日 短期目標期間：令和 4年 6月 1日～令和 4年 8月31日 短期目標：緊急時の連絡体制を整える

■介護予防サービス支援計画表

該当件数： 1件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
0000000107	さざんか 順子	介護予防サービス支援計画表を作成してから期間が経過しています。【計画作成日1月15日】	最終作成日：令和 4年 1月15日 整理番号：0000000026

■お誕生日

該当件数： 2件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
0000000004	たんぼぼ 恵美子	今月誕生日を迎えます。【7月30日】	生年月日：昭和22年 7月30日 まもなく75歳になります。
0000000125	ひまわり 洋子	来月誕生日を迎えます。【8月 5日】	生年月日：昭和21年 8月 5日 まもなく75歳になります。

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	令和 4年 4月 1日	実施場所	自宅内・自宅外 ()
記入者氏名	ふりがな きよたく くみこ 居宅 久美子	所属機関	居宅介護支援事業所ひまわり		

II 調査対象者		過去の認定	(初回)・2回目以降 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果	非該当 ・ 要支援 () ・ 要介護 ()
対象者氏名	ふりがな ひまわり 洋子 〒920-0000	性別	男 ・ (女)	生年月日	明治・大正・昭和 21年 8月 5日 (75歳)
現住所	石川県金沢市〇〇町△番地 〒921-0000				
家族等 連絡先	石川県金沢市××町〇〇番地△△アパート101号 氏名 (ひまわり 健一) 調査対象者との関係 (長男)		電話	076-000-0000 076-000-0000	

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

在宅利用	【認定調査を行った月のサービスのサービス利用回数を記入。 (介護予防福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載)】				
<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	月 回	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	月 回	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 type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 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(ショートステイ)	月 回	<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(療養ユニット)	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"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回		
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	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"/> 介護療養型医療施設	
<input type="checkbox"/> 介護医療院	電話
<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"/> 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ください。

・家族状況・・・ 夫とは死別。子供は長男・次男の2人で、ともに遠方に住む。
二人暮らし。妹は4人で、4人とも既に他界している。
・居住環境・・・ 廊下は広く、トイレ・浴室・台所には大きな段差は無い。浴室は手すりあり。玄関には手すりなし。

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)

- | | | | | | |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| <input type="radio"/> 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)

- | | | | | |
|----------------------------|--------|--------|--------|---------------|
| <input type="radio"/> 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。

- | | | |
|------------------------------------|----------------|---------|
| <input type="radio"/> ① つまらないうでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|------------------------------------|----------------|---------|

1-4 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。

- | | | |
|------------------------------------|----------------|---------|
| <input type="radio"/> ① つまらないうでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|------------------------------------|----------------|---------|

1-5 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。

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------|----------------|---------|
| <input type="radio"/> ① できる | 2. 自分の手で支えればできる | 3. 支えてもらえればできる | 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。

- | | | |
|----------------------------------|----------------|---------|
| <input type="radio"/> 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。

- | | | |
|------------------------------------|----------------|---------|
| <input type="radio"/> ① つまらないうでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|------------------------------------|----------------|---------|

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|------------------------------------|----------------|---------|
| <input type="radio"/> ① つまらないうでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|------------------------------------|----------------|---------|

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

- | | | |
|-------------|-------------------------------------|---------|
| 1. 支えなしでできる | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> ② 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|------------------------------|--------|

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- ① できる
- 2. 見守り等
- 3. できない

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- ① 介助されていない
- 2. 一部介助
- 3. 全介助

2-8 洗髪について、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

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- ① 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助

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

- ① 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

2-11 ベルソ等の着脱について、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
-------	----------	-------

4-3 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」等と言いつつ落ち着きがないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

4-9 一人で外に出たがり目が離せないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくることについて、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
-------	-----------	------

4-11 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
-------	-----------	------

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
(1-7) 段差部分でふらつきがある。
(1-9) ふらつきがある。
(1-13) 最近低下しはじめた。耳元ではつきり大きな声で話せばおおよそ通じる。
()

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
(2-4) 義歯が合わず痛みがあるため、使用していない。固い食材は前もって介護者が細かく準備をすれば自
() 力で摂取できる。
(2-5) トイレで排せつしている。失禁なし。
(2-6) トイレで排せつしている。失禁なし。

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
(3-7) 外出すると場所の理解が困難なため、見守り介護が必要。
(3-8) タ方になると子どもを迎えに行くと言って外出しようとする。
(3-9) 一人で外出して途中で迷子になり、近所の人に保護されることがある。
()

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
(4-1) ときどき財布を紛失し、介護者に盗まれたと言っている。
(4-2) 誰かに追われていると言っている。
(4-8) 一日に何度も家中を歩くことがある。
(4-9) 世話になりました、家に帰りますなどと言って家を一人で出て行くことがある。

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
(5-1) 以前はお薬カレンダーを使っていたが飲み忘れることが多いので、今は決まった時間に介護者が手渡
() している。
(5-2) 長男が出納帳で管理している。
(5-6) 昔は板前を雇っており、板前がすべて調理を行っていた。

6 特別な医療についての特記事項

- 6 特別な医療
()
()
()
()

7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

- 7-1 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)、7-2 認知症高齢者の日常生活自立度
()
()
()
()

※ 本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい

主治医意見書

記入日 令和 4 年 4 月 1 日

申請者	(ふりがな) ヒカリ ヨコ	男	〒920-0000
	ひまわり 洋子	・	石川県金沢市〇〇町△番地
	明・大(昭)21年 8月 5日生(75歳)	女	連絡先 076-000-0000

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 同意する。 同意しない。

医師氏名 医療 真司

医療機関名 みつばクリニック 電話 076-000-0000

医療機関所在地 石川県金沢市〇〇町××番地 FAX 076-000-0000

(1) 最終診察日 令和 3 年 4 月 1 日

(2) 意見書作成回数 初回 2回目以上

(3) 他科受診の有無 有 無
(有の場合)→ 内科 精神科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科
 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 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っている傷病名については 1. に記入) 及び発症年月日
1. アルツハイマー型認知症 発症年月日 (昭和・平成・令和) 2 年 月 日(頃)
2. 発症年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日(頃)
3. 発症年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日(頃)

(2) 症状としての安定性

(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

 安定 不安定 不明

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

〔最近 (概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの〕 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕

2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。
地域に顔なじみは多いが、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。
アリセプト錠5mgを1日1回必ず服用する必要がある。

2. 特別な医療 (過去 1 4 日間に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストローの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input 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 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
- ・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

- 無 有 { 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
- 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(4) その他の精神・神経症状

- 無 有 [病状名: 専門医受診の有無 有 () 無]

(5) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: _____)

麻痺

右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)

右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 自立 介助があればしている していない

車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用 (複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 自立し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・生活上の留意点 (固いものは細かくする必要がある。)

(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 (定期受診による健康管理、薬剤師による残薬チェック・服薬管理、義歯の交換)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 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ど意見を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

興味・関心チェックシート

利用者氏名： ひまわり 勇 様

記入日： 令和 4年 4月15日

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

課題整理総括表

利用者名：ひまわり 洋子

様

作成年月日：令和 4 年 4 月 15 日

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	①認知症による認知機能の低下	②過去の家事外注	③身体機能の低下
	④社会生活への不応	⑤	⑥

利用者及び家族の 生活に対する意向	本人：子どものころから住む馴染みの場所 で今まで通り暮らしていきたい。 長男：介護サービスを活用し、これからも 母親が自分の家で暮らしていきたい。
----------------------	--

状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)
移動	屋内移動	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 (維持) 悪化	食事…訪問介護の調理代行(給付外)を行う。合わなくなってきた義歯を交換し、固形物も食べられるようにする。
	屋外移動	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 (維持) 悪化	
食事	食事内容	支障なし (支障あり)	①②	(改善) 維持 悪化	服薬…お薬カレンダーを使っているが飲み忘れが多いよう。決まった時間に介護者が手渡すようにする。 更衣…特にズボンの着脱は不安定になる。 掃除…自宅は自分で管理したいという意識が強い。自尊心へ配慮しつつ訪問介護の家事代行を活用する。
	食事摂取	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 (維持) 悪化	
	調理	自立 見守り 一部介助 (全介助)	①②	改善 (維持) 悪化	
排泄	排尿・排便	(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化	掃除…自宅は自分で管理したいという意識が強い。自尊心へ配慮しつつ訪問介護の家事代行を活用する。
	排泄動作	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 (維持) 悪化	
口腔	口腔衛生	(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化	整理・物品の管理…タンスの中のティッシュ等の紙類は、収集癖によるもの。自尊心へ配慮しつつ訪問介護の家事代行を活用する。
	口腔ケア	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 (維持) 悪化	
服薬		自立 見守り (一部介助) 全介助	①④	(改善) 維持 悪化	金銭感覚…長男がすべて出納帳で管理している。
入浴		(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 (維持) 悪化	
更衣		自立 (見守り) 一部介助 全介助	③	改善 (維持) 悪化	買物…配食サービスと調理代行で補う。
掃除		自立 (見守り) 一部介助 全介助	①②	(改善) 維持 悪化	
洗濯		(自立) 見守り 一部介助 全介助		(改善) 維持 悪化	コミュニケーション能力…レクリエーションに参加することで、社会性を高める。(認知症対応型通所介護)
整理・物品の管理		自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	(改善) 維持 悪化	
金銭管理		自立 見守り 一部介助 (全介助)	①④	(改善) 維持 悪化	認知…過去と現在を混同し不安が表出することが多いので、見守りサービスの活用・緊急通報システムの設置を行う。
買物		自立 見守り 一部介助 (全介助)	①②④	(改善) 維持 悪化	
コミュニケーション能力		支障なし (支障あり)	①	(改善) 維持 悪化	社会との関わり…認知症発症後から、家に閉じこもりがちになっている。通所介護の利用で補う。
認知		支障なし (支障あり)	①	(改善) 維持 悪化	
社会との関わり		支障なし (支障あり)	④	(改善) 維持 悪化	行動・心理症状(BPSD)…一日に何度も家中を歩くことがある。財布を紛失し、介護者に盗まれたと言うことがある。
褥瘡・皮膚の問題		(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし (支障あり)	①④	(改善) 維持 悪化	介護力(家族関係含む)…現在は一人暮らし。長男は市内で妻子と三人暮らし。介護に消極的。
介護力(家族関係含む)		支障なし (支障あり)	④	(改善) 維持 悪化	
居住環境		(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化	

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】	※6
■義歯の交換を行うことにより口内の痛みが軽減され、健康の保持・増進が図れる可能性がある。 食事内容：支障あり→支障なし	近所の人と交流を図りたい	4
■通所介護の利用により、社会性を向上することができる可能性がある。 コミュニケーション能力：支障あり→支障なし 社会との関わり：支障あり→支障なし	健康的に暮らしたい	2
■緊急通報システムの設置・見守りサービスの活用を行うことで、感情が安定し認知症の症状が落ち着く可能性がある。 整理・物品の管理：支障あり→支障なし 認知：支障あり→支障なし 行動・心理症状：支障あり→支障なし	QOLを向上させたい	3
	在宅生活を維持したい	1

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。

※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。

※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。

※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

記入日：令和5年4月25日
入院日：令和5年4月24日
情報提供日：令和5年4月25日

医療機関名：みつばクリニクス
ご担当者名：医療 真司

事業所名：居宅介護支援事業所ひまわり
ケアマネジャー氏名：居宅 美代子
TEL：076-000-0000
FAX：076-000-0000

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用ください。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	ヒマワリ ヨコ	年齢	75才	性別	女
	ひまわり 洋子 〒 921-0000 石川県金沢市〇〇町△番地	生年月日	昭和22年 8月 5日 生		
住所	石川県金沢市〇〇町△番地	電話番号	076-000-0000		
住環境 ※可能ならば写真などを添付	住居の種類(<u>戸建て</u>) ・ 集合住宅)		2 階建て		居室__階
	エレベーター(有 ・ <u>無</u>)				
入院時の要介護度	特記事項(廊下は広く、トイレ・浴室・台所には大きな段差無し。浴室は手すりあり、玄関は手すり無し。)				
	要支援()		要介護(2)		有効期間：令和4年3月1日 ~ 令和5年2月28日
障害高齢者の日常生活自立度	申請中(申請日)		区分変更(申請日)		未申請
	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input checked="" type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input checked="" type="checkbox"/> IIIa
	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
介護保険の自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1 割		<input type="checkbox"/> 不明		障害など認定
	<input type="checkbox"/> 国民年金		<input type="checkbox"/> 厚生年金		<input type="checkbox"/> なし
年金などの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 障害年金		<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> その他()

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input checked="" type="checkbox"/> 独居		<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 子と同居	<input type="checkbox"/> 日中独居
主介護者氏名	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> ひまわり 健一	(長男 ・ 55才)	(同居 ・ <u>別居</u>)
キーパーソン	<input type="checkbox"/> ひまわり 大輔		(次男 ・ 50才)	連絡先	TEL 076-000-0000 TEL 076-0000-0000

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等
認知症発症以前は、水墨画とお菓子作りが趣味。現在は歌に関心があり、歌謡曲を口ずさむことがある。子どもの世話が好きで孫が近いころは進んで子守りをしていた。

本人の生活歴
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。2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。地域に顔なじみは多いが、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ほとんどなくなった。現在は自宅に1人で暮らして、長男が定期的に介護に通っている。

入院前の本人の生活に対する意向
子どものころから住む馴染みの場所で今まで通り暮らしていきたい。(令和4年4月初回アセスメント時の本人への聞き取り。)

入院前の家族の生活に対する意向
介護サービスを活用し、これからも母親が自分の家で暮らしていきたい。

同封の居室サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況
同封の書類をご確認ください。

■ 居室サービス計画書1.2.3表 その他()

5. 今後の在宅生活の要望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件
緊急時の連絡体制の準備。精神の安定。服薬管理。

退院後の世帯状況
 独居 高齢世帯 子と同居 (家族構成員数 名) 日中独居)

世帯に対する配慮
 不要 必要()

退院後の主介護者
 本シート2に同じ 左記以外(ひまわり 健一 長男 ・ 55才)

介護力
 介護力が見込める(十分 ・ 一部) 介護力は見込めない 家族や支援者はいない)

家族や同居者等による虐待の疑い
 なし あり()

特記事項
同じ市内に住む長男は基本的に在宅ワーク。1日に数回自宅へ通い、母親の身の回りの世話をしている。

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり

具体的な要望(在宅生活継続のための留意事項を確認したい。)

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況	なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	■なし □あり ()			
	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	■杖 □歩行器 □車いす □その他		
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	■杖 □歩行器 □車いす □その他		
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助
ADL	整容	自立	見守り	一部介助	全介助				
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助				
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助				
食事内容	食事回数	(3)回/日 朝 8時頃 昼 12時頃 夜 18時頃				食事制限	■あり(塩分) □なし □不明		
	食事形態	■普通 □きざみ □嚥下障害食 □ミキサー	水分とろみ	■なし □あり	UDF等食形態区分				
	摂取方法	■経口 □経管栄養	むせない	時々むせる	常におむせる	水分制限	□あり () ■なし □不明		
口腔	嚥下機能	良	不良	著しく不良	義歯	□なし ■あり(部分)・総)			
	口腔清潔	良	不良		口臭	■なし □あり			
排泄	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	■なし □夜間 □常時		
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	■なし □夜間 □常時		
睡眠の状態	睡眠の状態	良	不良	()	眠剤の使用	■なし □あり			
	喫煙	無	有	本くらい/日	飲酒	無	有	合くらい/日あたり	
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	□なし ■あり(老眼鏡)			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	□なし ■あり			
	言語 意思疎通	問題なし	やや難あり	困難	特記事項	聴力：1年ほど前から低下しはじめ、現在は耳元ではつきり大きな声で話せばおおよそ通じる。 意思疎通：認知症による機能低下により困難。			
精神面における療養上の問題	なし	幻視・幻聴	興奮	□焦燥・不穏	妄想	□暴力/攻撃性 □介護への抵抗 □不眠			
	疾患歴	悪性腫瘍	認知症	急性呼吸器感染症	脳血管障害	□骨折			
入院歴	最近半年間での入院	■なし □あり(理由： 期間：)							
	入院頻度	頻度は高い/繰り返している	■頻度は低いが、これまでもある	□今回が初めて					
入院前に実施している医療処置	なし	点滴	酸素療法	喀痰吸引	気管切開	胃ろう	経鼻栄養	経腸栄養	褥瘡
	点滴	尿道カテーテル	尿路ストーマ	消化管ストーマ	痛みコントロール	排便コントロール			

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

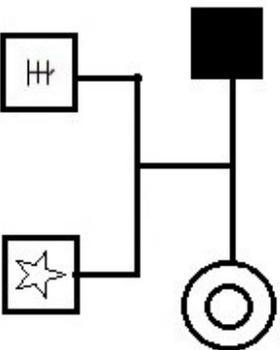
内服薬	□なし ■あり(アリセプト錠5mg)	居宅療養管理指導	□なし ■あり(薬剤師)
薬剤管理	□自己管理 ■他者による管理(すみれ訪問介護スナーション)	残薬チェック・服薬介助(内服薬の手渡し)	()
服薬状況	■処方通り服用 □時々飲み忘れ □飲み忘れが多い、処方が守られていない □服薬拒否	長男がお薬カレンダーを使用して服薬を促していたこともあったが、残薬が多く中止。 1年ほど前から、訪問介護時に1日2回内服薬を手渡しする形に変更し、以降ほぼ残薬無し。	
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名	みつばクリニック	電話番号	076-000-0000
医師名	川崎 シンジ 医療 真司	診療方法・頻度	■通院 □訪問診療 □その他 ・頻度=(1)回/月

拡張項目

緊急連絡先	氏名	ひまわり大輔	住所	石川県金沢市××町○○番地すずめコーポ△△号
	続柄	家族	TEL	090-0000-0000
金銭管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> その他（金銭管理は家族が行っている。)			
入院前のサービス利用状況		家族背景		
訪問介護	(<input checked="" type="radio"/> 利用あり)	週 19 回	訪問看護	(利用あり) ・ (<input type="radio"/> 利用なし) 週 回
通所介護	(<input type="radio"/> 利用あり)	週 2 回	通所リハ	(利用あり) ・ (<input type="radio"/> 利用なし) 週 回
短期入所	(利用あり)	週 回	訪問リハ	(利用あり) ・ (<input type="radio"/> 利用なし) 週 回
福祉用具	(利用あり)	(<input type="radio"/> 利用なし)		
福祉用具貸与内容				
その他のサービス				
施設入所	(利用あり)	施設名:	入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅入浴 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス入浴
移動(室内)	<input type="checkbox"/> ストレッチャ <input type="checkbox"/> 装具・補助具		治療食	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他
種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食		経管栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養
食事	摂取量	Kcal	摂取方法	<input type="checkbox"/> IVH
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう	排泄	<input type="checkbox"/> 尿管
医療処置	<input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器		抗がん剤投与	<input type="checkbox"/> 抗がん剤投与
現病名	○○○…			
本人への告知	病名	(<input checked="" type="radio"/> 有) ・ (<input type="radio"/> 無)	家族への告知	病状 (<input checked="" type="radio"/> 有) ・ (<input type="radio"/> 無)
	本人への告知内容		家族への告知内容	
○○○…	○○○…			
既往歴	○○○…			
かかりつけ医の診察方法	○○○…			
その他内容				



本人の今後の療養に関する希望 (ACPを含む) (有) ・ (無)

家族の今後の療養に関する希望 (ACPを含む) (有) ・ (無)

入院前の生活に対する意向を示した家族の続柄

○○○…

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 令和 4年 4月20日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 ひまわり 洋子 様 性別 男 ・ **女** 生年月日 昭和21年 8月 5日

電話番号 076-000-0000

住所 石川県金沢市〇〇町△番地

FAX番号 076-000-0000

居宅サービス計画作成者氏名 居宅 久美子

電話番号 076-000-0000

居宅介護支援事業所名 居宅介護支援事業所ひまわり

所在地 石川県金沢市〇町〇丁目

居宅サービス計画作成(変更)日 令和 4年 4月20日 初回居宅サービス計画作成日 令和 4年 4月20日

認定日 令和 4年 4月15日 認定の有効期間 令和 4年 4月 1日～令和 5年 4月30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を踏まえた課題分析の結果	本人：子どものころから住む馴染みの場所で今まで通り暮らしていきたい。 長男：介護サービスを活用し、これからも母親が自分の家で暮らしていけるようにしたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
総合的な援助の方針	安心して在宅生活が継続できるように援助する。 緊急通報システムの登録先 ①長男宅 ②次男宅 ③ひばり訪問介護ステーション
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。

令和 年 月 日 利用者(代理人) 氏名

続柄

居宅サービス計画書(2)

利用者名 ひまわり 洋子 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
在宅生活の継続 (今までの生活をこれからも続けていきたい)	R 4/ 4/20～R 4/10/19	R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	緊急通報システムを設置		〇〇市社会福祉事業	〇〇市社協	随時	R 4/ 4/20～ R 4/ 7/19
		R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	緊急時の連絡体制を整える					
健康の保持増進	R 4/ 4/20～R 4/10/19	R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	定期受診による健康管理		主治医	みつばクリニック	1回/月	R 4/ 4/20～ R 4/ 7/19
		R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	定期的に医療機関を受診し健康管理を行う	○	訪問介護	すみれ訪問介護ステーション	1回/月	R 4/ 4/20～ R 4/ 7/19
	R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	薬剤師の残薬チェックと服薬指導	○	居宅療養管理指導	あひる薬局	2回/月	R 4/ 4/20～ R 4/ 7/19
		R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	訪問介護ステーション職員による服薬介助	○	訪問介護	すみれ訪問介護ステーション	2回/日	R 4/ 4/20～ R 4/ 7/19
	R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	配食サービスの利用		〇〇市社会福祉事業	〇〇市	3回/日 (平日)	R 4/ 4/20～ R 4/ 7/19
		R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	バランスのよい食事を摂取する		訪問介護	すみれ訪問介護ステーション	2回/週 (休日)	R 4/ 4/20～ R 4/ 7/19
	R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	歯科の受診		歯科医	うずら歯科	1～2回/週	R 4/ 4/20～ R 4/ 7/19
		R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	義歯を調整し固い食材も食べられる		訪問介護	すみれ訪問介護ステーション	1～2回/週	R 4/ 4/20～ R 4/ 7/19
QOLの向上	R 4/ 4/20～R 4/10/19	R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	デイサービスでの入浴	○	認知症対応型通所介護	グループホームスイートピ	2回/週	R 4/ 4/20～ R 4/ 7/19
		R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	清潔を維持できる					
		R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	レクリエーションに参加する	○	認知症対応型通所介護	グループホームスイートピ	2回/週	R 4/ 4/20～ R 4/ 7/19
		R 4/ 4/20～R 4/ 7/19	他者とのコミュニケーション能力を維持する					

※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。

令和 年 月 日 利用者(代理人) 氏名

続柄

施設サービス計画書(1)

作成年月日 令和 4年 4月20日

初回 ・ 紹介 ・ **継続**

認定済 ・ 申請中

利用者名 ひまわり 博 様 性別 **男**・女 生年月日 昭和25年 5月 6日

電話番号 072-000-0000

住所 石川県金沢市〇〇町××番地

FAX番号 072-000-0000

施設サービス計画作成者氏名及び職種 居宅 由美子 (介護支援専門員)

電話番号 076-000-0000

施設サービス計画作成介護保険施設名 介護老人保健施設たんぼぼ

所在地 石川県金沢市〇町〇丁目

施設サービス計画作成(変更)日 令和 4年 4月20日

初回施設サービス計画作成日 令和 4年 2月20日

認定日 令和 4年 4月15日

認定の有効期間 令和 4年 4月 1日～令和 5年 4月30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を踏まえた課題分析の結果	本人：体の痛みを軽くし、食事を美味しく味わって食べられるようにしたい。 長女：サービスを活用することで、今の暮らしを維持してほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
総合的な援助の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・適度な運動・こまめな水分補給を行い、運動機能の低下を予防する。 ・バランスの良い食事を提供する。 ・生活習慣の見直しと薬物療法により、病気の再発を予防する。 【緊急連絡先】 ①長女：076-000-0000 090-0000-0000 ②主治医 (よつばクリニック/医療 誠二先生) : 076-000-0000

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。

令和 年 月 日 利用者(代理人) 氏名

続柄

週間サービス計画表

利用者氏名 ひまわり 洋子 様

令和 4年 5月分より

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								
	8:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	起床 朝食・服薬
午前	10:00	認知通介			認知通介				
	12:00		訪問介護 2時間 (給付外)	訪問介護 2時間 (給付外)		訪問介護 2時間 (給付外)	訪問介護 2時間 (給付外)	訪問介護 2時間 (給付外)	昼食・服薬
午後	14:00								
	16:00								
夜間	18:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	夕食・服薬
	20:00								
深夜	22:00								就寝
	24:00								
週単位以外のサービス	訪問介護（保険外：通院介助（移送+介助）1回/月）、緊急通報システム（保険外）、配食サービス（昼、夜/土日以外）								

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。

令和 年 月 日 利用者(代理人) 氏名

続柄

■月間サービス計画書

令和 4年 6月20日

年月: 令和 4年 7月分

利用者: ひまわり 和子 様

予定/実績: 予定

総件数: 26件

PAGE 1/1

月	火	水	木	金	土	日
				1 ¥ 9:00~16:59 通所リハ	2	3
4	5	6	7	8	9	10
9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ		
11	12	13	14	15	16	17
9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ		
18	19	20	21	22	23	24
9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ		
25	26	27	28	29	30	31
9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ	9:00~16:59 通所リハ		
				月額定額サービス		福祉用具貸与
& 短期入所30日超の予定 ¥ 全額自己負担の予定						車いす貸与 車いす付属品貸与 特殊寝台貸与 特殊寝台付属品貸与 床ずれ防止用具貸与

サービス担当者会議の要点

作成年月日 令和 4年 4月18日

利用者名 ひまわり 洋子 殿

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 居宅 久美子

開催日 令和 4年 4月20日

開催場所 ひまわり 洋子 様のご自宅

開催時間 10:00 ~ 11:00

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
利用者・家族の出席 本人：【○】 家族：【○】 (続柄： 長男)	すみれ訪問介護ステーション 介護 由美		
	グループホームスイートピー 福祉 和彦		
※備考			
検討した項目	居宅サービス計画の原案について		
検討内容	<p>原案にあるサービス内容で計画の目標は達成できるか？</p> <p><訪問介護> 「調理代行だけではなく、居室の清掃・整理整頓等もしてもらえれば、危険が少なくなるので安心」とご家族の訴え</p> <p>→清掃の代行は行うべきか？清掃の補助・見守りのみに留めるほうが良いのではないか？</p>		
結論	<p><訪問介護> ご本人とお話しし、自宅のことはすべて自分で管理したいというこだわりがあることが分かった。 また、認知症の症状である収集癖にも配慮が必要。 当面は、ご本人が清掃を始めたときのみ、その都度ご本人の許可を取った上で居室内の清掃の補助を行い様子を見る。</p>		
残された課題	通所介護（認知症対応型）における疲労度や、入浴介助への抵抗の有無を注視する。		
(次回の開催時期)	3か月後に実施予定		

サービス担当者に対する照会(依頼)内容

作成年月日 令和 4年 6月20日

利用者名 ひまわり 洋子 様

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名

居宅 久美子

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由	サービス担当者の日程調整が困難であるため
-------------------------------------	----------------------

照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容
すみれ訪問 介護ステーション 援助 智子 様	令和4年6月 20日	①現在のご本人に対するサービス 実施状況を教えてください。 ②居宅サービスの見直しの必要性 がありましたら、ご意見等お聞かせ ください。	援助 智子	令和4年6月 21日	①通院介助・服薬介助・調理代行 ・清掃補助を行っております。 調理中にご本人が興味を示した場合、 包丁や火を使用しない調理を行って いただいています。 警戒心が強く、当初は清掃補助を 拒否されることも多かったのですが、 最近は特に気にされていないご様子 です。 ②認知機能低下が著しく、単独での 外出は難しい状態です。 通院介助は今後もヘルパーによる 支援が必要と思います。 なお、初回の計画にあった歯科通 院は終了しました。義歯調整はすで に完了しておりますので、計画 の見直しをお願いいたします。

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

1 / 1 頁

居宅介護支援経過

作成年月日 令和 4年 4月11日

利用者名 ひまわり 洋子 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 居宅 久美子

年月日	項目	内 容	年月日	項目	内 容
令和 4年 4月11日(月)	初回電話	利用者の長男より当事業所宛に電話あり。 近々介護サービスを利用させたいとのこと。 詳しい内容は後日面談にて説明することにした。 4月13日(水)にご自宅へ訪問予定。			ご本人とお話ししたところ、自宅のことは自分で管理したいというこだわりが強いことがわかった。また、グループホームの相談員より、「認知症の収集癖にも配慮が必要」との言及あり。当面はその都度ご本人の許可を取った上で清掃の補助を行うことになった。
令和 4年 4月13日(水) 14:00 ~ 15:00	初回訪問：アセスメント	ご自宅を訪問。アセスメントを行う。 認知症による認知機能の低下が著しい様子。 認知症発症後、外出する機会が少なくなったとのことで、身体機能の低下も見られた。 居宅介護支援の提供に際し、サービス割合等の説明を行い、保険者より情報提供を受けることへの同意を得た。 暫定的なケアプランを作成したのちにサービス担当者会議で検討することになった。			今後の予定： 通所介護（認知症対応型）・訪問介護ともに5月2日(月)からサービス提供を開始することとし、3か月後に評価を行うことになった。
令和 4年 4月20日(水) 10:30 ~ 11:00	サービス担当者会議の実施	サービス担当者会議を開催。 参加者：本人、長男、すみれ訪問介護ステーション(介護福祉士)、グループホームスイートピー(相談員) 検討テーマ：居宅サービス計画書原案の確認 検討結果： ご家族から「調理代行だけでなく居室の清掃なども行ってほしい」と提案あり。	令和 4年 4月20日(水) 10:30 ~ 11:00	ケアプラン説明 ・確認	居宅サービス計画書を作成しご自宅を訪問。計画の内容を説明し同意をいただき、署名をいただいた。
令和 4年 4月21日(木)			令和 4年 4月21日(木)	居宅サービス計画書の共有	居宅サービス計画書をコピーし、ご家族・ご本人と、各サービス提供事業所宛に郵送。

施設介護経過

作成年月日 令和 4年 4月11日

利用者名 ひまわり 博 殿

施設サービス計画作成者(照会者)氏名 居宅 由美子

年月日	項目	内 容	年月日	項目	内 容
令和 4年 4月11日(月)	初回電話	長女より当事業所宛に電話あり。 新しく併設の施設を利用したいとのことで、 詳細は後日面談にて説明することにした。			内容： ①ご本人とご家族の意思 ②入院期間中の経過 ③退院後の目標、サービス・治療の方針
令和 4年 4月13日(水)	初回訪問:アセスメント	入院中のよつば病院の病室を訪問。 アセスメントを行い、本人、家族および医療 機関のスタッフから聞き取りを行う。 日常的に四肢の痛みがあるとのこと。 食事は全介助。口腔機能の低下が見られた。 暫定的なケアプランを作成したのちにサービ ス担当者会議で検討することになった。	令和 4年 4月20日(水)	ケアプランの説明・確認	施設サービス計画書を作成し病室を訪問。 計画の内容を説明し同意をいただき、署名を いただいた。
14:00 ~ 15:00			10:30 ~ 11:00		
			令和 4年 4月21日(木)	施設サービス計 画書の共有	施設サービス計画書をコピーし、ご家族・ ご本人と、各サービス提供事業所宛に郵送。
令和 4年 4月18日(月)	サービス担当者 会議の実施	サービス担当者会議を実施。 ご本人主訴および家族の希望・病状・生活環 境等について情報を担当者へ共有するととも に、施設サービス計画書の原案に関して各担 当者より意見を求めた。 ※詳しくは担当者会議の要点(第5表)参照			
10:00 ~ 11:00					
令和 4年 4月18日(月)	退院前カンファ レンスへ参加	よつば病院の退院前カンファレンスへ参加。 退院後に必要な情報提供を受ける。 場所：よつば病院カンファレンスルーム 出席者：主治医・看護師・理学療法士			
11:00 ~ 12:00					

モニタリング総括表

介護支援専門員 居宅 久美子

サービス担当者 援助 智子

利用者名 ひまわり 洋子

ケアプラン作成日 令和 4年 4月20日

評価日 令和 4年 5月20日

すみれ訪問介護ステーション

短期目標	モニタリングの		サービス実施状況	目標の達成度（サービス実施の結果）	本人・家族の意向と意見	今後の対応
	時期	確認方法				
緊急時の連絡体制を整える	5/5	電話	<input type="checkbox"/> 市社会福祉事業 <input checked="" type="checkbox"/> 市社協 緊急通報システムを設置	○ :固定型の緊急通報機器をご自宅に導入した。	健康状態の見守りができるので安心。(長男)	ご本人には緊急通報機器の使い方に慣れていただく。
不安を取り除く	5/10	訪問	民生委員 ○ 民生委員による定期訪問	△ :民生委員の方へ警戒心があり、コミュニケーションが取れるようになるにはもう少し時間がかかる。	知らない人が家に来るのは嫌だ。(本人)	訪問する担当者を一定期間固定し、信頼を築いていただく。
定期的に医療機関を受診し健康管理を行う	5/10	訪問	主治医 ○ みつばクリニック 定期受診による健康管理	○ :1回目の医療機関受診が終了した。	外出させるのは不安だったので安心。(長男)	引き続き実施する。
			訪問介護 ○ すみれ訪問介護ステーション 通院介助と、主治医から療養上の指導	○ :スムーズに通院介助が実施できた。	車で送迎してもらえるのは楽。(本人)	引き続き実施する。
服薬の介助と管理	5/10	訪問	居宅療養管理指導 ○ あひる薬局 薬剤師の残薬チェックと服薬指導	○ :残薬チェック・服薬指導ともに問題なし。 今のところ薬の飲み忘れは無し。	お薬カレンダーを使用していた時は残薬が多かったので助かる。(長男)	引き続き残薬の有無を確認する。
			訪問介護 ○ すみれ訪問介護ステーション 訪問介護ステーション職員による服薬介助	○ :順調に服薬を行えている。	毎日決まった時間に服薬を行ってもらえるので助かる。(長男)	引き続き薬の手渡しを行う。
バランスのよい食事を摂取する	4/30	電話	<input type="checkbox"/> 市社会福祉事業 <input checked="" type="checkbox"/> 市 配食サービスの利用	△ :食事の味へのこだわりが強く、弁当をほとんど残すこともあった。	健康的な食事を摂ってほしい。(長男)	薄味のものを残す傾向にあるので、メニューの変更を検討する。

介護予防サービス・支援計画表（1）

作成年月日 令和 4年 4月16日

PAGE 1

No. 0000000030

利用者名 ひまわり 勇 様

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名 居宅 久美子

認定年月日 令和 4年 3月20日 認定の有効期間 令和 4年 4月 1日～令和 5年 3月31日

計画作成（変更）日 令和 4年 4月16日（初回作成日 令和 年 月 日）

担当地域包括支援センター 地域包括支援センターたいよう

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

石川県金沢市〇町〇丁目 TEL:076-000-0000 FAX:076-000-0000

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。
----	-----------	----	------------------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景と原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
運動・移動について 3年前に転倒し大腿部を骨折してから歩行補助つえを使用している。外出はほぼ無し。	(本人) 転んでまた周りに迷惑をかけたくない。外出したくてもできない。 (次男) ひとりで外出させるのは不安。	■有 □無 運動不足のため下肢の筋力が著しく低下しており、転倒の危険がある。	極端に下肢筋力の低下があり、転倒の危険がある。	(目標) 下肢筋力の向上。 (具体策) 通所リハビリで運動器機能向上を図る。自宅でも安全に行える体操を実施する。	(本人) 不安はあるが、自分でもきっかけが持てなかったの、これを機会に挑戦してみたい。 (次男) プロの指導下なら安心。
日常生活（家庭生活）について 家事はほぼ長女が行っている。	(本人) 自分ができることはないのだから家事には手出ししない。 (長女) 慣れないことをして怪我されるのが怖いので家事は自分だけで十分。	■有 □無 長女は怪我を心配し家事はしなくてよいと言っているが、本人が安全に行える家事を検討する必要がある。	本人・家族ともにさらなる怪我を心配し、ADL・IADLが低下している。	(目標) ADL・IADLの拡大 (具体策) 通所リハビリで機能訓練を行う。また、自宅ではできる限りの家事ができるよう支援する。	(本人) やったことはないが、リハビリの一種ならやりたい。 (長女) 本人にとって危険がないならやってみてもいいと思う。
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 地域のひととの交流はほぼ無い。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少し寂しいが外出するのは難しい。 (次男) 同年代の方との交流を持ってほしい。	■有 □無 引き籠り防止・うつ病予防・運動不足解消の観点から、デイサービスの利用は不可欠。	家に閉じこもりがちでうつ傾向あり。	(目標) 閉じこもりの解消とうつ病予防。 (具体策) 通所リハビリの定期的な利用。	(本人) 外出するのは久しぶりで不安もある。ただ、以前のように自由に遊びに出かけたい気持ちもあるのでやってみたい。 (次男) 本人がやる気なら、ぜひ援助をお願いしたい。
健康管理について 緑内障は定期検診に通っており病状は安定。月に2回高血圧の通院中。	(本人) 食事制限はときおり嫌になるが、目の病気も高血圧もそこまで気にしていない。 (長女) 一時期は心配したが、今は気にしていない。	□有 ■無 本人の許可を得て眼科・循環器科の主治医に確認したが、特筆すべき点は無し。			

介護予防サービス・支援計画表（2）

作成年月日 令和 4年 4月16日

PAGE 2

No. 000000030 利用者名 ひまわり 勇 様

目 標	支 援 計 画					
	目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の 支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス または地域支援事業	サービス種別	事業所	期 間
下肢筋力の向上	下肢筋力がある程度向上するまでは、移動時は必ず職員が付き添い見守りや介助を行い、転倒防止・不安の除去を行う。	毎朝自宅でデイケアで指導を受けた体操を実施する。	・運動器機能訓練を受ける。 ・歩行器を活用し、歩行を安定させる。	介護予防通所リハビリテーション 介護予防福祉用具貸与	デイケアあやめ つくし福祉用具センター	3回/週 6か月 6か月
ADL・IADLの拡大	本人ができる家事は職員の指導・介助の下で行ってもらい、自立を図る。	本人と長女で相談してもらい、本人が挑戦できそうな家事を実践してもらおう。	・IADL拡大のための家事の指導・介助。 ・ADL拡大のための訓練・指導。	訪問型サービス	すみれ訪問介護ステーション	2回/週 3か月
閉じこもりの解消とうつ病予防	不安を感じる事が少なくなるよう、職員が見守りを行う。	次男に協力を仰ぎ、休日は近くの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）	3回/週 6か月

健康状態について

□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

高血圧は服薬で改善しているので支障なし。
緑内障も現在は安定。

【本来行うべき支援が実施できない場合】

適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発発病の改善・予防のポイント

転倒に十分注意する。筋力を向上させ、心身共に健康にデイケアでの機能訓練・外出を楽しめるように援助する。

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書き下さい。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
4/5	1/2	0/3	1/2	0/3	4/5

地域包括支援センター	【意見】 介護予防サービスに基づいた支援を実施し、筋力向上とQOLの向上を目指す。
------------	--

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名 _____

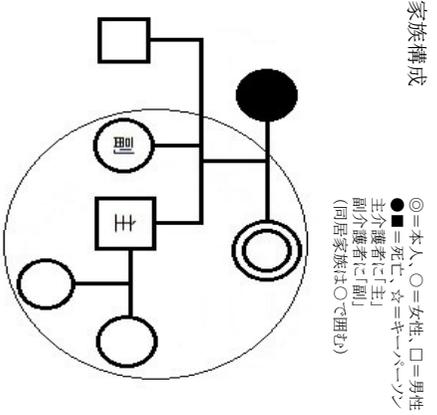
利用者基本情報

作成年月日 令和 4年 4月15日

作成担当者：居宅 久美子

《基本情報》

相談日	令和 4年 4月15日 (金)	来所・電話 その他 ()	初回 再来(前)
本人の現況	(在宅)・入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名	ヒロリ けん ひまわり 勇	男・女	M・T・S 20年 2月15日生 (77) 歳
住所	石川県金沢市□□町○○番地		Tel 076-000-0000
			Fax
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1 (要支2)・経要介・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 令和 4年 5月 1日～令和 5年 4月30日 (前回の介護度 要介護 1) 基本チェックリスト記入結果 (事業対象者該当あり) 事業対象者該当なし 基本チェックリスト実施日: 令和 4年 4月15日		
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、他 ()、難病 ()、他 ()		
本人の 住居環境	(自宅)・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無		
経済状況	(国民年金)・厚生年金・障害年金・生活保護		
来所者 (相談者)	ひまわり 勇様		家族構成
	同上	続柄 本人	
住 連 絡 先	氏名	続柄	家族構成
	ひまわり 誠	次男	
	ひまわり 恵	長女	
緊急連絡先	(本人と同居) TEL : 090-0000-0000		



家族関係等の状況
 次男夫婦・長女・孫の5人暮らし。不
 在。長女は在宅勤務。長男は県外に
 在住で疎遠。

「介護予防のための生活機能評価」判定報告書

記入日：令和 4年 3月20日

氏名 ひまわり 勇

下記の通り判定いたしました。

1. **総合判定** (□にチェックを入れ、矢印に進み記載してください。)

① 「生活機能の著しい低下」の有無

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

有の場合、②を記入してください。



② 医学的観点から見た事業利用の適否

介護予防事業の利用が望ましい 2 を記載してください。

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

病状悪化のおそれがある
治療上の支障がある等

- 全て
栄養改善
その他 (

- 運動器の機能向上
口腔機能の向上

)



2. 介護予防に資するサービスの利用にあたっての留意事項等

サービス利用の際の医学的管理からの留意事項等について記載してください。

【利用の際の医学的管理からの留意事項】

下肢筋力が著しく低下しているため、歩行器を活用するなど怪我がないよう工夫が必要。

【その他サービスの利用にあたって特記事項等あれば記載してください。】

医師氏名 医療 健一

評価機関名 つばめクリニック

電話 076-000-0000

基本チェックリスト

作成年月日 令和 4年 4月15日

氏名	ひまわり 勇	生年月日	昭和20年 2月15日
住所	石川県金沢市□□町○○番地		
希望するサービス内容	介護予防通所リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与		
No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 160cm 体重 50kg (BMI = 19.5) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶か汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

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

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

作成年月日 令和 4年 4月13日

利用者名 ひまわり 勇 殿

計画作成者氏名 居宅 久美子

年月日	項目	内 容	年月日	項目	内 容
令和 4年 4月13日(水)	連絡	地域包括支援センターたいようへご本人の次男から電話で相談あり。担当保健師より当事業所へ連絡があり、介護予防支援委託の依頼を受ける。ひまわり勇様のご自宅へ連絡し、4月14日(木)に訪問することになった。			支援する。転倒への強い不安があるため、心身ともに配慮する。 ②デイケア＝3回/週(月・水・金) 訪問介護＝2回/週(火・木)
令和 4年 4月14日(木)	モニタリング： 13:00～14:00 自宅訪問	自宅へ訪問。アセスメントを行う。外出することはほとんどなく、室内でも何かにつかまって歩くなど不安定な様子。また家事はすべて同居の長女に任せっきりになっている。ケアプランの原案を作成し、後日サービス担当者会議で検討することになった。	令和 4年 4月20日(水) 11:00～11:30	ケアプラン説明 ・確認	介護予防サービス・支援計画書を作成し、ご本人宅を訪問。 説明後、計画への同意と署名をいただいた。
			令和 4年 4月21日(木)	ケアプラン説明 ・確認	介護予防サービス・支援計画書をコピーし、ご本人、家族、各サービス提供事業所宛に郵送。
令和 4年 4月19日(火)	サービス担当者 11:00～12:00 会議の実施	参加者： 本人、長女、次男、保健師(地域包括支援センターたいよう)、看護師・理学療法士(つばめクリニック) 検討テーマ： ①目標や支援の方針、注意事項の共有 ②サービス提供の日程調整 検討結果： ①家に引きこもりがちでうつ傾向にあるため、日々に楽しみを見いだせるように			

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

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

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表

作成年月日 令和 4年 7月15日

評価日 令和 4年 7月15日

利用者名 ひまわり 勇 殿

計画作成者氏名 居宅 久美子

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
下肢筋力の向上	6か月 (介護予防通所リハビリテーション)	連続して1km以上歩けるようになったが、引き続き訓練が必要。	未達成		順調に訓練が実施できているので、あと3か月で目標達成できる見込み。	今のところ順調に筋力向上が図れている。残りの3か月間、引き続きデイケアを活用すれば目標達成できる見込み。
	6か月 (介護予防福祉用具貸与)	以前と比較して歩行が安定したが、ときおり不安定になる。	未達成		歩行器の使い方に慣れてきたので、あと3か月で目標達成できる見込み。	今のところ順調に歩行が安定してきている。残りの3か月間、引き続き福祉用具を活用すれば目標達成できる見込み。
ADL・IADLの拡大	3か月 (訪問型サービス)	はじめの1週間は自発的に行えていたが、習慣化出来ていない。	未達成	夕飯の手伝いをするようになっていたが、リハビリから帰ったあとは疲れて家事をやりたくない日が多かった。	慣れない外出が増えたことで日常生活に支障が来ている。	リハビリから帰宅した夕方ではなく、リハビリへ行く前の午前中に行える家事を実施してもらう。
閉じこもりの解消とうつ病予防	6か月 (介護予防通所リハビリテーション)	周りの方とコミュニケーションをする機会が格段に増えた。レクリエーションに積極的に参加している。	達成			自分と同じような境遇の同年代の人が前向きに過ごしているのを見ると元気をもらえるようだ。引き続きレクリエーションには参加してもらい、ほかにも任意のボランティア活動などへの参加も促す。
	(家族)	次男との散歩を欠かさず実施している。	達成			引き続き散歩を実施してもらう。

<p>総合的な方針</p> <p>家に引きこもった生活から抜け出せたことが大きい。心身ともに健康状態を見ながら新たに目標設定をし、QOLの維持向上に努める。</p>	<p>地域包括支援センター意見</p> <p>以前よりも改善が見られた。特に家事の定着や下肢機能の向上の改善が見られれば、次の目標を検討する。</p>
---	--

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> プラン継続
<input type="checkbox"/> プラン変更
<input type="checkbox"/> 終了
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 二次予防事業
<input checked="" type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 一次予防事業
<input checked="" type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業
<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業
<input type="checkbox"/> 終了 |
|--|--|

認定済 申請中

令和 4年 7月分 サービス利用票 (兼居宅サービス計画)

居宅介護支援事業者→利用者

保険者番号	1 7 2 1 0 6	保険者名	白山市	計画作成事業者 事業所名 担当者名・番号	居宅介護支援事業所ひまわり 居宅 久美子 ・ 12345678	作成年月日	令和 4年 6月 20日
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	フリガナ 被保険者氏名	ヒマワリ かぶこ ひまわり 和子 様			届出 年月日	年 月 日
生年月日	明・大・ 昭 22年 1月 15日	性別	女	要介護状態区分 要介護 1 変更後 要介護状態区分 変更日	区分支給 限度基準額	16765 単位/月 限度額適用 期間	令和 4年 5月から 令和 5年 4月まで 前月までの短期入 所利用日数 0 日

提供時間帯	サービス内容	サービス 事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																																
			日付	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	31	合計
			曜日	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	回数
9:00~ 16:59	通所リハ I 1 7 1	デイケアあやめ	予定	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1					18
	通所リハサービス 提供体制加算 I	デイケアあやめ	予定	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1					18
	通所リハ処遇改善 加算 I	デイケアあやめ	予定	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1					18
	通所リハ特定処遇 改善加算 I	デイケアあやめ	予定	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1					18
	車いす貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																31
	車いす付属品貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																31
	特殊寝台貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																15
	特殊寝台付属品貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																15
	床ずれ防止用具貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																15
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																

<メモ> 7月18日(月)は祝日のため、通所リハビリはお休みです。

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数 回数	サービス 単位/金額	給付管理 単位数	種類支給限度 基準を超える 単位数	種類支給限度 基準内単位数	区分支給限度 基準を超える 単位数	区分支給限度 基準内単位数	単位数 単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)	
					率%	単位数															
つくし福祉用具貸与事業所	0987654321	車いす貸与	171001					270	270												
つくし福祉用具貸与事業所	0987654321	車いす付属品貸与	171002					50	50												
つくし福祉用具貸与事業所	0987654321	特殊寝台貸与	171003					270	270												
つくし福祉用具貸与事業所	0987654321	特殊寝台付属品貸与	171004					55	55												
つくし福祉用具貸与事業所	0987654321	床ずれ防止用具貸与	171005					160	160												
つくし福祉用具貸与事業所	0987654321	福祉用具貸与合計						(805)	(805)					805	10.00	8050	90	7245		805	
デイケアあやめ	9876543210	通所リハ I 1 7 1	161206	757			18	13626	13626					13626	10.00	136260	90	122634		13626	
デイケアあやめ	9876543210	通所リハサービス提供体制加算 I	166099	22			18	(396)						(396)	10.00	3960	90	3564		396	
デイケアあやめ	9876543210	通所リハ処遇改善加算 I	166107					(659)						(659)	10.00	6590	90	5931		659	
デイケアあやめ	9876543210	通所リハ特定処遇改善加算 I	166118					(280)						(280)	10.00	2800	90	2520		280	
				区分支給限度基準額 (単位)	16765	合計		14431	14431	0	0	0	14431		157660		141894		15766	0	

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
				合計			

公費給付額

公費名	公費負担額
生保	15766

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
0	0	0

利用者負担額	0 円
--------	-----

認定済 申請中

令和 4年 7月分 サービス提供票

居宅介護支援事業者→サービス事業者

保険者番号	1 7 2 1 0 6	保険者名	白山市	計画作成事業者 事業所名 担当者名・番号	居宅介護支援事業所ひまわり 居宅 久美子 ・ 12345678	作成年月日	令和 4年 6月 20日		
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	フリガナ 被保険者氏名	ヒマワリ かぶこ ひまわり 和子 様		届出 年月日	年 月 日			
生年月日	明・大・ 昭 22年 1月 15日	性別	女	要介護状態区分 要介護 1 変更後 要介護状態区分 変更日	区分支給 限度基準額	16765 単位/月 限度額適用 期間	令和 4年 5月から 令和 5年 4月まで	前月までの 短期入 所利用日 数	0 日

提供時間帯	サービス内容	サービス 事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																																
			日付	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	31	合計
			曜日	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	回数
9:00~ 16:59	通所リハ I 1 7 1	デイケアあやめ	予定	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1					18
	通所リハサービス 提供体制加算 I	デイケアあやめ	予定	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1					18
	通所リハ処遇改善 加算 I	デイケアあやめ	予定	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1					18
	通所リハ特定処遇 改善加算 I	デイケアあやめ	予定	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1					18
	車いす貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																31
	車いす付属品貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																31
	特殊寝台貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																15
	特殊寝台付属品貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																15
	床ずれ防止用具貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																15
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																

<メモ> 7月28日(木)~2週間は膝の手術のため入院されます。

サービス提供票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数 回数	サービス 単位/金額	給付管理 単位数	種類支給限度 基準を超える 単位数	種類支給限度 基準内単位数	区分支給限度 基準を超える 単位数	区分支給限度 基準内単位数	単位数 単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)	
					率%	単位数															
つくし福祉用具貸与事業所	0987654321	車いす貸与	171001					270	270												
つくし福祉用具貸与事業所	0987654321	車いす付属品貸与	171002					50	50												
つくし福祉用具貸与事業所	0987654321	特殊寝台貸与	171003					270	270												
つくし福祉用具貸与事業所	0987654321	特殊寝台付属品貸与	171004					55	55												
つくし福祉用具貸与事業所	0987654321	床ずれ防止用具貸与	171005					160	160												
つくし福祉用具貸与事業所	0987654321	福祉用具貸与合計						(805)	(805)					805	10.00	8050	90	7245		805	
他事業所分								(13626)						13626		149610		134649		14961	
				区分支給 限度基準額 (単位)	16765	合計	14431	805	0	0	0	14431		157660		141894		15766	0		

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	サービス種類	種類支給限度 基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数
				合計			

公費給付額

公費名	公費負担額
生保	15766

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
0	0	0

利用者負担額	0 円
---------------	------------

令和 4年 7月分 サービス提供票

居宅介護支援事業者→サービス事業者

認定済 申請中

保険者番号	1 7 2 1 0 6	保険者名	白山市	計画作成事業者 事業所名 担当者名・番号	居宅介護支援事業所ひまわり 居宅 久美子 ・ 12345678	作成年月日	令和 4年 6月 20日
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	フリガナ 被保険者氏名	ヒマワリ かぶこ ひまわり 和子 様			届出 年月日	年 月 日
生年月日	明・大・ 昭 22年 1月 15日	性別	女	要介護状態区分 要介護 1 変更後 要介護状態区分 変更日	区分支給 限度基準額 16765 単位/月	限度額適用 期間	令和 4年 5月から 令和 5年 4月まで 前月までの短期入 所利用日数 0 日

提供時間帯	サービス内容	サービス 事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																																
			日付	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	31	合計
			曜日	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	回数
9:00~ 16:59	通所リハ I 1 7 1	デイケアあやめ	予定	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1					18
	通所リハサービス 提供体制加算 I	デイケアあやめ	予定	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1					18
	通所リハ処遇改善 加算 I	デイケアあやめ	予定	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1					18
	通所リハ特定処遇 改善加算 I	デイケアあやめ	予定	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1					18
	車いす貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																31
	車いす付属品貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																31
	特殊寝台貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																15
	特殊寝台付属品貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																15
	床ずれ防止用具貸与	つくし福祉用具貸与事業所	予定																																15
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																

<メモ> 7月28日(木)~2週間は膝の手術(入院)のためお休みです。

サービス提供票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数 回数	サービス 単位/金額	給付管理 単位数	種類支給限度 基準を超える 単位数	種類支給限度 基準内単位数	区分支給限度 基準を超える 単位数	区分支給限度 基準内単位数	単位数 単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)	
					率%	単位数															
デイケアあやめ	9876543210	通所リハ I 1 7 1	161206	757			18	13626	13626					13626	10.00	136260	90	122634		13626	
デイケアあやめ	9876543210	通所リハサービス提供体制加算 I	166099	22			18	(396)						(396)	10.00	3960	90	3564		396	
デイケアあやめ	9876543210	通所リハ処遇改善加算 I	166107					(659)						(659)	10.00	6590	90	5931		659	
デイケアあやめ	9876543210	通所リハ特定処遇改善加算 I	166118					(280)						(280)	10.00	2800	90	2520		280	
他事業所分								(805)						805		8050		7245		805	
			区分支給 限度基準額 (単位)		16765	合計		14431	13626	0	0	0	14431		157660		141894		15766	0	

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	サービス種類	種類支給限度 基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数
				合計			

公費給付額

公費名	公費負担額
生保	15766

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
0	0	0

利用者負担額	0 円
---------------	------------

認定済 申請中

令和 4年 5月分 介護予防サービス利用票（兼居宅サービス計画）

居宅介護支援事業者→利用者

保険者番号	1 7 2 0 1 5	保険者名	金沢市	計画作成事業者 事業所名 担当者名・番号	居宅介護支援事業所ひまわり 居宅 久美子・12345678	作成年月日	令和 4年 4月 20日		
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	フリガナ 被保険者氏名	ヒマワリ イサム ひまわり 勇 様	委託元支援センター	地域包括支援センターたいよう	届出 年月日	年 月 日		
生年月日	明・大・ 昭 20年 2月 15日	性別	男	要介護状態区分 要支援2 変更後 要介護状態区分 変更日	区分支給 10531 単位/月 限度基準額	限度額適用 期間	令和 4年 4月から 令和 5年 3月まで	前月までの 短期入 所利用日 数	0 日

提供時間帯	サービス内容	サービス 事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																															
			日付	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	31
			曜日	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火
10:00～ 16:59	予防通所リハビリ 1 2	デイケアあやめ	予定		1				1			1	1	1			1	1	1			1										1		
16:00～ 16:59	訪問型独自サービ スⅡ	すみれ訪問介護ステーション	予定			1		1				1	1						1	1						1						1		
月額定額	訪問型独自サービ スⅡ	すみれ訪問介護ステーション	予定																															
月額定額	訪問型独自サービ ス処遇改善加算Ⅰ	すみれ訪問介護ステーション	予定																															
月額定額	訪問型独自サービス特 定処遇改善加算Ⅰ	すみれ訪問介護ステーション	予定																															
月額定額	予防通所リハビリ 1 2	デイケアあやめ	予定																															
月額定額	予通リハサービス 提供体制加算Ⅰ 2	デイケアあやめ	予定																															
月額定額	予防通所リハ処遇 改善加算Ⅰ	デイケアあやめ	予定																															
月額定額	予防通所リハ特定 処遇改善加算Ⅰ	デイケアあやめ	予定																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															

<メモ> 5月4日（水）は祝日のため通所リハビリはお休みです。

介護予防サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数 回数	サービス 単位/金額	給付管理 単位数	種類支給限度 基準を超える 単位数	種類支給限度 基準内単位数	区分支給限度 基準を超える 単位数	区分支給限度 基準内単位数	単位数 単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数														
すみれ訪問介護ステーション	0123456789	訪問型独自サービスⅡ	A21211	2342			1	2342	2342				2342	10.21	23911	90	21519		2392	
デイケアあやめ	9876543210	予防通所リハビリ12	661121	3999			1	3999	3999				3999	10.00	39990	90	35991		3999	
すみれ訪問介護ステーション	0123456789	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	A26269					(321)					(321)	10.21	3278	90	2951		327	
すみれ訪問介護ステーション	0123456789	訪問型独自サービス特定処遇改善加算Ⅰ	A26278					(148)					(148)	10.21	1511	90	1360		151	
デイケアあやめ	9876543210	予通リハサービス提供体制加算Ⅰ2	666099	176			1	(176)					(176)	10.00	1760	90	1584		176	
デイケアあやめ	9876543210	予防通所リハ処遇改善加算Ⅰ	666100					(196)					(196)	10.00	1960	90	1764		196	
デイケアあやめ	9876543210	予防通所リハ特定処遇改善加算Ⅰ	666121					(84)					(84)	10.00	840	90	756		84	
				区分支給限度基準額(単位)	10531	合計		6341	6341	0	0	0	6341		73250		65925		7325	0

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
0	0	0

利用者負担額
7325 円

認定済 申請中

令和 4年 5月分 介護予防サービス提供票

居宅介護支援事業者→サービス事業者

保険者番号	1 7 2 0 1 5	保険者名	金沢市	計画作成事業者 事業所名 担当者名・番号	居宅介護支援事業所ひまわり 居宅 久美子・12345678	作成年月日	令和 4年 4月 20日
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	フリガナ 被保険者氏名	ヒマワリ イサム ひまわり 勇 様	委託元支援センター	地域包括支援センターたいよう	届出 年月日	年 月 日
生年月日	明・大・ 昭 20年 2月 15日	性別	男	要介護状態区分 要支援2 変更後 要介護状態区分 変更日	区分支給 10531 単位/月 限度基準額	限度額適用 期間	令和 4年 4月から 令和 5年 3月まで 前月までの短期入所利用日数 0 日

提供時間帯	サービス内容	サービス 事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																															
			日付	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	31
			曜日	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火
10:00~16:59	予防通所リハビリ 1 2	デイケアあやめ	予定		1				1			1	1	1			1	1	1			1										1		
16:00~16:59	訪問型独自サービスⅡ	すみれ訪問介護ステーション	予定			1		1				1	1						1	1						1						1		
月額定額	訪問型独自サービスⅡ	すみれ訪問介護ステーション	予定																															
月額定額	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	すみれ訪問介護ステーション	予定																															
月額定額	訪問型独自サービス特定処遇改善加算Ⅰ	すみれ訪問介護ステーション	予定																															
月額定額	予防通所リハビリ 1 2	デイケアあやめ	予定																															
月額定額	予通リハサービス提供体制加算Ⅰ 2	デイケアあやめ	予定																															
月額定額	予防通所リハ処遇改善加算Ⅰ	デイケアあやめ	予定																															
月額定額	予防通所リハ特定処遇改善加算Ⅰ	デイケアあやめ	予定																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															

<メモ> 5月25日(水)~29日(日)は眼科手術(入院)のためお休みされます。

介護予防サービス提供票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数 回数	サービス 単位/金額	給付管理 単位数	種類支給限度 基準を超える 単位数	種類支給限度 基準内単位数	区分支給限度 基準を超える 単位数	区分支給限度 基準内単位数	単位数 単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数														
すみれ訪問介護ステーション	0123456789	訪問型独自サービスⅡ	A21211	2342			1	2342	2342				2342	10.21	23911	90	21519		2392	
すみれ訪問介護ステーション	0123456789	訪問型独自サービス 処遇改善加算Ⅰ	A26269					(321)					(321)	10.21	3278	90	2951		327	
すみれ訪問介護ステーション	0123456789	訪問型独自サービス 特定処遇改善加算Ⅰ	A26278					(148)					(148)	10.21	1511	90	1360		151	
他事業所分								(3999)					3999		44550		40095		4455	
				区分支給 限度基準額 (単位)	10531	合計	6341	2342	0	0	0	6341		73250		65925		7325	0	

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	サービス種類	種類支給限度 基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数
				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
0	0	0

利用者負担額 7325 円

認定済 申請中

令和 4年 5月分 介護予防サービス提供票

居宅介護支援事業者→サービス事業者

保険者番号	172015	保険者名	金沢市	計画作成事業者 事業所名 担当者名・番号	居宅介護支援事業所ひまわり 居宅 久美子・12345678	作成年月日	令和 4年 4月 20日		
被保険者番号	1234567890	フリガナ 被保険者氏名	ヒマワリ イサム ひまわり 勇 様	委託元支援センター	地域包括支援センターたいよう	届出 年月日	年 月 日		
生年月日	明・大・ 昭 20年 2月 15日	性別	男	要介護状態区分 要支援2 変更後 要介護状態区分 変更日	区分支給 10531 単位/月 限度基準額	限度額適用 期間	令和 4年 4月から 令和 5年 3月まで	前月までの 短期入 所利用日 数	0 日

提供時間帯	サービス内容	サービス 事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																															
			日付	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	31
			曜日	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火
10:00~ 16:59	予防通所リハビリ 1 2	デイケアあやめ	予定		1				1			1	1	1			1	1	1			1										1		
16:00~ 16:59	訪問型独自サービ スⅡ	すみれ訪問介護ステーション	予定			1		1				1	1						1	1						1						1		
月額定額	訪問型独自サービ スⅡ	すみれ訪問介護ステーション	予定																															
月額定額	訪問型独自サービ ス処遇改善加算Ⅰ	すみれ訪問介護ステーション	予定																															
月額定額	訪問型独自サービス特 定処遇改善加算Ⅰ	すみれ訪問介護ステーション	予定																															
月額定額	予防通所リハビリ 1 2	デイケアあやめ	予定																															
月額定額	予通リハサービス 提供体制加算Ⅰ 2	デイケアあやめ	予定																															
月額定額	予防通所リハ処遇 改善加算Ⅰ	デイケアあやめ	予定																															
月額定額	予防通所リハ特定 処遇改善加算Ⅰ	デイケアあやめ	予定																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															

<メモ> 5月25日(水)~29日(日)は眼科手術(入院)のためお休み
されます。

介護予防サービス提供票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数 回数	サービス 単位/金額	給付管理 単位数	種類支給限度 基準を超える 単位数	種類支給限度 基準内単位数	区分支給限度 基準を超える 単位数	区分支給限度 基準内単位数	単位数 単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数														
デイケアあやめ	9876543210	予防通所リハビリ 1 2	661121	3999			1	3999	3999				3999	10.00	39990	90	35991		3999	
デイケアあやめ	9876543210	予通リハサービス提 供体制加算 I 2	666099	176			1	(176)					(176)	10.00	1760	90	1584		176	
デイケアあやめ	9876543210	予防通所リハ処遇改 善加算 I	666100					(196)					(196)	10.00	1960	90	1764		196	
デイケアあやめ	9876543210	予防通所リハ特定処 遇改善加算 I	666121					(84)					(84)	10.00	840	90	756		84	
他事業所分								(2342)					2342		28700		25830		2870	
				区分支給 限度基準額 (単位)	10531	合計		6341	3999	0	0	0	6341	/	73250	/	65925	/	7325	0

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	サービス種類	種類支給限度 基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数
				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
0	0	0

利用者負担額 7325 円

給付管理票総括票

令和 4 年 8 月提出分

作成区分	① 居宅介護支援事業所作成 2. 自己作成 (保険者番号:) 3. 介護予防支援事業所・地域包括支援センター作成									
	事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9
居宅介護支援事業所	事業所名 居宅介護支援事業所ひまわり									
所在地連絡先		石川県金沢市〇町〇丁目								

他 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	2 枚	2 件			
			修正分	0 枚	0 件		
				取消分	0 枚	0 件	
					新規分	0 枚	0 件
						修正分	0 枚
取消分	0 枚	0 件					

自 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	25 枚	25 件			
			修正分	1 枚	1 件		
				取消分	0 枚	0 件	
					新規分	0 枚	0 件
						修正分	0 枚
取消分	0 枚	0 件					

令和 4 年 7 月分

介護給付費請求書

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
名称	居宅介護支援事業所ひまわり									
請求	〒	9	2	1	0	0	0	0	0	0
所在地	石川県金沢市〇町〇丁目									
事業所	連絡先 076-000-0000									

保険者

(別記) 殿

下記のとおり請求します。

令和 4年 8月10日

保険請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等						
	件数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等											
居宅介護支援・ 介護予防支援	27	45372	463239	463239							
合計	27	45372	463239	463239							

公費請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等			
	件数	単位数・点数	費用合計	公費請求額	公費請求額	件数	費用合計	公費請求額
生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等								
12 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援	1	1483	15141	15141				
10 感染症 37条の2								
21 障自・通院医療								
15 障自・更生医療								
19 原爆・一般								
54 難病法								
51 特定疾患等 治療研究								
81 被爆者助成								
86 被爆体験者								
87 有機ヒ素・緊急措置								
88 水俣病総合対策 メチル水銀								
66 石綿・救済措置								
58 障害者・支援措置 (全額免除)								
25 中国残留邦人等								
合計					15141			

レセプト一覧表

令和 4年 8月10日
PAGE : 1

期間：令和 4年 7月～令和 4年 7月(サービス提供年月) 保険者番号：無 公費負担者番号：無 利用者番号：無

居宅介護支援事業所ひまわり

	件数	単位数	請求金額
合計	28	45,372	463,239
(生保単独)	(1)	(1,483)	(15,141)

単位数単価 10.21 (円/単位)

利用者番号	氏名	被保険者番号	要介護度	支援費	単位数	請求金額	請求年月	サービス提供年月	保険者番号	公費負担者番号
0000000001	ひまわり 和子	1234567890	要介護1	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172016	
0000000002	すみれ 勇	3216549870	要介護3	I i 2	1,805	18,429	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000003	あすなろ 直美	9876543210	要介護2	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000004	たんぼぼ 恵美子	0963852741	要介護2	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000005	いちょう 弘子	0852741963	要介護3	I i 2	2,455	25,065	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000006	あじさい 昭二	0001234567	要介護1	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000007	すずらん 美代子	0654321987	要介護1	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000008	すみれ 博	0987654321	要介護1	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000011	やまぐわ 勝	0852741963	要介護4	I i 2	2,105	21,492	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000013	もみじ 勲	0321654789	要介護4	I i 2	1,805	18,429	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000014	つくし 智子	8526547193	要介護2	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000016	なのはな 清	7896541230	要介護4	I i 2	1,805	18,429	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000021	すもも 茂	8524569137	要介護2	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000029	さくら 隆	H873654120	要介護2	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	12123456
0000000059	あさがお 久美子	6547893210	要介護2	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	182014	
0000000078	すいせん 光男	3214569870	要介護2	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000079	あざみ 勝子	7654321000	要介護1	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172122	
0000000085	つばき 紀子	6542134780	要介護1	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000087	あけび 三郎	6547851329	要介護2	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	
0000000091	やなぎ 八重子	8574547854	要介護1	I i 1	1,483	15,141	令和 4年 7月	令和 4年 7月	172015	

■サービス内容別要介護度別状況表

令和 4年 8月10日
PAGE 1/2

令和 4年 7月～令和 4年 7月（サービス提供年月） 集計サービス： 43:居宅介護支援

<総合計> ※単位数単価 10.21円

要介護度	介護保険				生保単独				合計			
	件数	実人数	単位数	金額	件数	実人数	単位数	金額	件数	実人数	単位数	金額
事業対象者												
要支援1												
要支援2												
支/経過												
要介護1	10	10	14,830	151,410					10	10	14,830	151,410
要介護2	8	8	11,864	121,128	1	1	1,483	15,141	9	9	13,347	136,269
要介護3	5	5	9,675	98,781					5	5	9,675	98,781
要介護4	3	3	5,715	58,350					3	3	5,715	58,350
要介護5	1	1	1,805	18,429					1	1	1,805	18,429
合計	27	27	43,889	448,098	1	1	1,483	15,141	28	28	45,372	46,3239

コード コード内容	要介護度	介護保険			生保単独			合計		
		件数	実人数	単位数	件数	実人数	単位数	件数	実人数	単位数
432111 居宅介護支援 I i 1	事業対象者									
	要支援1									
	要支援2									
	支/経過									
	要介護1	10	10	10,760				10	10	10,760
	要介護2	8	8	8,608	1	1	1,076	9	9	9,684
	要介護3									
	要介護4									
	要介護5									
合計		18	18	19,368	1	1	1,076	19	19	20,444
432211 居宅介護支援 I i 2	事業対象者									
	要支援1									
	要支援2									
	支/経過									
	要介護1									
	要介護2									
	要介護3	5	5	6,990				5	5	6,990
	要介護4	3	3	4,194				3	3	4,194
	要介護5	1	1	1,398				1	1	1,398
合計		9	9	12,582				9	9	12,582

■サービス内容別要介護度別状況表

令和 4年 8月10日
PAGE 2/2

令和 4年 7月～令和 4年 7月（サービス提供年月）

集計サービス： 43:居宅介護支援

コード コード内容	要介護度	介護保険			生保単独			合計		
		件数	実人数	単位数	件数	実人数	単位数	件数	実人数	単位数
434001 居宅支援初回加算	事業対象者									
	要支援1									
	要支援2									
	支/経過									
	要介護1									
	要介護2									
	要介護3									
	要介護4	1	1	300				1	1	300
	合計	1	1	300				1	1	300
434003 居宅支援特定事業所加算 II	事業対象者									
	要支援1									
	要支援2									
	支/経過									
	要介護1	10	10	4,070				10	10	4,070
	要介護2	8	8	3,256	1	1	407	9	9	3,663
	要介護3	5	5	2,035				5	5	2,035
	要介護4	3	3	1,221				3	3	1,221
	要介護5	1	1	407				1	1	407
合計	27	27	10,989	1	1	407	28	28	11,396	
436125 居宅支援入院時情報連携 加算 I	事業対象者									
	要支援1									
	要支援2									
	支/経過									
	要介護1									
	要介護2									
	要介護3	1	1	200				1	1	200
	要介護4									
	要介護5									
合計	1	1	200				1	1	200	
436132 居宅支援退院退所加算 I 1	事業対象者									
	要支援1									
	要支援2									
	支/経過									
	要介護1									
	要介護2									
	要介護3	1	1	450				1	1	450
	要介護4									
	要介護5									
合計	1	1	450				1	1	450	

■集計確認表

令和 4年 8月 5日
PAGE : 1/2

サービス提供年月：令和 4年 7月

区分：両方

利用者番号	氏 名	保険者番号	被保険者番号	要介護度	予定	利用票	給付管理票	レセプト
0000000001	ひまわり 和子	00172106	1234567890	要介護 1	○	○	○	○
0000000002	すみれ 勇	00172015	3216549870	要介護 3	○	○	○	○
0000000003	あすなろ 直美	00172015	9876543210	要介護 2	○	○	○	
0000000004	たんぼぼ 恵美子	00172015	0963852741	要介護 2	○	○	○	○
0000000005	いちょう 弘子	00172015	0852741963	要介護 3	○			○
0000000006	あじさい 昭二	00172015	0001234567	要介護 1	○	○	○	○
0000000007	すずらん 美代子	00172015	0654321987	要介護 1	○	○	○	○
0000000008	すみれ 博	00172015	0987654321	要介護 1	○	○	○	
0000000011	やまぐわ 勝	00172015	0852741963	要介護 4	○	○	○	○
0000000013	もみじ 勲	00172015	0321654789	要介護 4	○	○	○	○
0000000014	つくし 智子	00172015	8526547193	要介護 2	○	○		
0000000016	なのはな 清				○			
0000000021	すもも 茂	00172015	8524569137	要介護 2	○	○	○	○
0000000029	さくら 隆	00172015	H873654120	要介護 2	○	○	○	○
0000000059	あさがお 久美子	00182014	6547893210	要介護 2	○	○	○	○
0000000078	すいせん 光男	00172015	3214569870	要介護 2	○	○	○	
0000000079	あざみ 勝子	00172122	7654321000	要介護 1	○	○	○	○
0000000085	つばき 紀子	00172015	6542134780	要介護 1	○	○	○	○
0000000087	あけび 三郎	00172015	6547851329	要介護 2	○	○		
0000000091	やなぎ 八重子	00272153	8574547854	要介護 1	○	○	○	○

■請求年月確認表

令和 4年 8月10日
PAGE : 1/2

請求年月：令和 4年 7月

区分：両方

※総合事業サービスのみの給付管理票

利用者番号	氏 名	保険者番号	被保険者番号	要介護度	給付管理票	レセプト	提供年月	給付管理票区分
0000000001	ひまわり 和子	00172106	1234567890	要介護 1	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000002	すみれ 勇	00172015	3216549870	要介護 3	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000003	あすなろ 直美	00172015	9876543210	要介護 2	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000003	あすなろ 直美	00172015	9876543210	要介護 2	△	△	令和 4年 6月	新規
0000000004	たんぼぼ 恵美子	00172015	0963852741	要介護 2	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000005	いちょう 弘子	00172015	0852741963	要介護 3	△		令和 4年 6月	修正
0000000005	いちょう 弘子	00172015	0852741963	要介護 3	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000006	あじさい 昭二	00172015	0001234567	要介護 1	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000007	すずらん 美代子	00172015	0654321987	要介護 1	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000008	すみれ 博	00172015	0987654321	要介護 1	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000011	やまぐわ 勝	00172015	0852741963	要介護 4	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000011	やまぐわ 勝	00172015	0852741963	要介護 4		△	令和 4年 4月	
0000000013	もみじ 勲	00172015	0321654789	要介護 4	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000014	つくし 智子	00172015	8526547193	要介護 2	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000016	なのはな 清	00172015	7896541230	要介護 4	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000021	すもも 茂	00172015	8524569137	要介護 2	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000029	さくら 隆	00172015	H873654120	要介護 2	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000059	あさがお 久美子	00182014	6547893210	要介護 2	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000078	すいせん 光男	00172015	3214569870	要介護 2	○	○	令和 4年 7月	新規
0000000093	うめ 悦子	00172015	1265425879	要支援 2	○ ※		令和 4年 7月	新規

○：サービス提供年月は請求年月と同じ △：サービス提供年月が請求年月と異なる

■【出力】居宅サービス計画書(1)(2)

こまひきヘルパーズサービス株式会社 (6258741525) 出力日時: R 4/ 4/10 14:00:00 該当件数: 7件
対象期間: R 4/ 4/ 1~R 4/ 4/10

ファイル出力先: C:\CONDUCT_SAVEDATA¥標準連携¥出力¥居宅サービス計画書(1)(2)¥

ファイル名

: UPHOSOKU_000000_1234567890_6258741525_20220410140000.CSV

UPIKYO_1234567890_6258741525_20220410140000.CSV

UP2KYO_1234567890_6258741525_20220410140000.CSV

利用者番号	被保険者番号	利用者氏名	作成年月日
0000000125	0987654321	ひまわり 洋子	R 4/ 4/10
0000000059	1000000000	あさがお 久美子	R 4/ 4/ 7
0000000092	2365796810	ひるがお 京子	R 4/ 4/ 5
0000000002	3216549870	すみれ 勇	R 4/ 4/10
0000000085	6542134780	つばき 紀子	R 4/ 4/ 6
0000000079	7654321000	あざみ 勝子	R 4/ 4/ 5
0000000091	8574547854	やなぎ 八重子	R 4/ 4/ 6

■【出力】居宅サービス計画書(1)(2)

ケアサービスなんでん分 (3534322855) 出力日時: R 4/ 4/10 14:00:00 該当件数: 4件
対象期間: R 4/ 4/ 1~R 4/ 4/10

ファイル出力先: C:\CONDICT_SAVEDATA\標準連携\出力\居宅サービス計画書(1)(2)\

ファイル名

: UPHOSOKU_000000_1234567890_3534322855_20220410140000.CSV

UPIKYO_1234567890_3534322855_20220410140000.CSV

UP2KYO_1234567890_3534322855_20220410140000.CSV

利用者番号	被保険者番号	利用者氏名	作成年月日
0000000004	0963852741	たんぼぼ 恵美子	R 4/ 4/ 3
0000000092	2365796810	ひるがお 京子	R 4/ 4/ 5
0000000002	3216549870	すみれ 勇	R 4/ 4/10
0000000091	8574547854	やなぎ 八重子	R 4/ 4/ 6

■【出力】 提供票

ケアサービスなんてん分 (3534322855) 出力日時: R 4/ 4/25 16:00:00 該当件数: 3件
対象年月: R 4/ 5

ファイル出力先: C:\CONDUCT_SAVEDATA¥標準連携¥出力¥提供票¥

ファイル名 : UPHOSOKU_202205_1234567890_3534322855_20220425160000.CSV

UPPLAN_202205_1234567890_3534322855_20220425160000.CSV

UPSIXYU_202205_1234567890_3534322855_20220425160000.CSV

利用者番号	被保険者番号	利用者氏名	サービス種別
0000000013	0321654789	もみじ 勲	15
0000000125	0987654321	ひまわり 洋子	11, 15
0000000014	8526547193	つくし 智子	15

【出力】 提供票

こまひきへルパーズデーショソ分 (6258741525) 出力日時：R 4/ 4/25 16:00:00 該当件数：5件
対象年月：R 4/ 5

ファイル出力先：C:\CONDUCT_SAVEDATA¥標準連携¥出力¥提供票¥

ファイル名 : UPHOSOKU_202205_1234567890_6258741525_20220425160000.CSV

UPPLAN_202205_1234567890_6258741525_20220425160000.CSV

UPSIKYU_202205_1234567890_6258741525_20220425160000.CSV

利用者番号	被保険者番号	利用者氏名	サービス種別
0000000125	0987654321	ひまわり 洋子	11, 15
0000000158	2548741369	みつば 節子	11
0000000093	2654781254	うめ 悦子	A2
0000000107	2657784931	さざんか、順子	11
0000000097	8485125412	わらび 誠	11

■【取込】実績

令和 4年 4月31日

Page:1/2

こまひきヘルパーステーション分 (6258741525)

取込日時 : R 4/ 4/31 16:00:00

該当件数 : 7件

ファイル名 : UPJSK_202209_6258741525_1234567890_20220431160000.CSV

利用者番号	被保険者番号	利用者氏名	サービス種別	取込結果	備考
0000000002	3216549870	すみれ 勇	11	取込成功	
0000000125	0987654321	ひまわり 洋子	11	取込成功	
0000000091	8574547854	やなぎ 八重子	A2	取込成功	
0000000079	7654321000	あざみ 勝子	11	取込成功	
0000000092	2365796810	ひるがお 京子	11	取込成功	
0000000085	6542134780	つばき 紀子	11	取込成功	
0000000059	6547893210	あさがお 久美子	11	取込成功	

■【取込】実績

令和 4年 4月31日

Page:2/2

ケアサービスなんてん分 (3534322855) 取込日時 : R 4/ 4/31 16:00:00 該当件数 : 4件

ファイル名 : UPJSK_202209_3534322855_1234567890_20220431160000.CSV

利用者番号	被保険者番号	利用者氏名	サービス種別	取込結果	備考
0000000002	3216549870	すみれ 勇	15	取込成功	
0000000004	0963852741	たんぽぽ 恵美子	15	取込成功	
0000000092	2365796810	ひるがお 京子	15	取込成功	
0000000091	8574547854	やなぎ 八重子	15	取込成功	

■利用者名簿

令和 4年 8月 1日
PAGE : 1/2

該当件数 : 30件 利用区分 : 全登録者 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	
0000000001 1234567890	ヒマワリ カズコ ひまわり 和子	S22/ 1/15	女	076-000-0000	石川県金沢市〇〇町〇丁目	00172106	居宅 久美子	
		7 5 歳	〒921-0000			要介護 1	令和 4年 5月 1日～令和 5年 4月30日	
0000000002 3216549870	スミレ イム すみれ 勇	S10/ 9/ 6	男	076-000-0000	石川県金沢市××町×丁目	00172015	福祉 浩之	2割
		8 6 歳	〒921-0000			要介護 3	令和 2年 1月 1日～令和 4年12月31日	
0000000003 9876543210	アスノ ナミ あすなろ 直美	S30/ 6/ 5	女	076-000-0000	石川県金沢市△△町△丁目ア パートひばり〇号室	00172015	福祉 浩之	
		6 7 歳	〒921-0000			要介護 2	令和 4年 6月16日～令和 5年 5月31日	
0000000004 0963852741	タノホ エミコ たんぼぼ 恵美子	S22/ 7/30	女	076-000-0000	石川県金沢市△△町×丁目	00172015	福祉 浩之	
		7 5 歳	〒921-0000			要介護 2	令和 3年12月 1日～令和 4年11月30日	
0000000005 0852741963	イチョウ ヒロ いちょう 弘子	S19/12/ 2	女	076-000-0000	石川県金沢市〇〇町△-△△	00172015	居宅 久美子	
		7 7 歳	〒921-0000	090-0000-0000		要介護 3	令和 4年 5月 1日～令和 5年 4月30日	
0000000006 0001234567	アジサイ ショウジ あじさい 昭二	S 2/11/19	男	076-000-0000	石川県金沢市××町△丁目す ずめハイツ×号室	00172015	福祉 浩之	3割
		9 4 歳	〒921-0000	070-0000-0000		要介護 1	令和 4年 2月 1日～令和 5年 1月31日	
0000000007 0654321987	スズラン ミコ すずらん 美代子	S20/ 2/ 2	女	076-000-0000	石川県金沢市××町□□番地 コーポうずら△号室	00172015	居宅 久美子	
		7 7 歳	〒921-0000			要介護 1	令和 3年 9月 1日～令和 4年 8月31日	
0000000008 0987654321	スミレ ヒロシ すみれ 博	S18/ 7/ 7	男	076-000-0000	石川県金沢市□□町△△番地 ×-××	00172015	居宅 久美子	
		7 9 歳	〒921-0000	080-0000-0000		要介護 1	令和 4年 8月 1日～令和 5年 7月31日	
0000000011 0852741963	ヤマグリ マル やまぐわ 勝	S26/ 5/ 8	男	076-000-0000	石川県金沢市××町△△丁目 かもめ荘□号室	00172015	福祉 浩之	
		7 1 歳	〒921-0000			要介護 4	令和 3年12月 1日～令和 4年11月30日	
0000000013 0321654789	モジイ イム もみじ 勲	S20/ 9/ 6	男	076-000-0000	石川県金沢市△△町〇〇番地 □□-□	00172015	居宅 久美子	
		7 6 歳	〒921-0000	090-0000-0000		要介護 4	令和 3年11月 1日～令和 4年10月31日	
0000000014 8526547193	ツクシ トモ つくし 智子	S36/10/ 1	女	076-000-0000	石川県金沢市××町××丁目 △△-△	00172015	居宅 久美子	
		6 0 歳	〒921-0000	070-0000-0000		申請中	令和 4年 8月 1日～令和 5年 7月31日	
0000000016	ナノハ キヨ なのはな 清	S19/12/ 7	男	076-000-0000	石川県金沢市〇〇町△△番地 メゾンきつつき〇〇号室		福祉 浩之	
		7 7 歳	〒921-0000			未入力		
0000000021 8524569137	スモシゲル すもも 茂	S10/10/10	男	076-000-0000	石川県金沢市××町△△丁目 〇〇-〇	00172015	居宅 久美子	2割
		8 6 歳	〒921-0000			要介護 2	令和 4年 7月 1日～令和 5年 6月30日	
0000000029 H873654120	サクラ タシ さくら 隆	S15/ 4/ 1	男	076-000-0000	石川県金沢市△△町××番地	00172015	福祉 浩之	
		8 2 歳	〒921-0000	090-0000-0000		要介護 2	令和 4年 2月15日～令和 5年 1月31日	
0000000059 6547893210	アサガオ クミコ あさがお 久美子	S36/ 1/ 1	女	0776-00-0000	福井県福井市〇〇町××番地 メゾンとき△△号室	00182014	福祉 浩之	
		6 1 歳	〒910-0000			要介護 2	令和 4年 5月 1日～令和 5年 4月30日	

※介護保険証、負担割合証の情報は、「令和 4年 8月」で最新の情報を記載しています。

■新利用者リスト

令和 4年 8月 1日
PAGE : 1

令和 4年 7月 1日～令和 4年 8月31日

該当件数 6

利用状況：延べ人数 生年月日の日：両方 月の指定：全て 住所の印刷：本人 住所の指定：無 保険証期限切れ指定：無 要介護度：全て

利用者番号	利用者氏名	性別	生年月日	年齢	住所	要介護度	開始日	終了日	連絡者	続柄	緊急連絡先
0000000008	スミレ ヒロシ すみれ 博	男	S18/ 7/ 7	79	石川県金沢市□□町△△ 番地×-××	要介護 1	R 4/ 8/ 1		すみれ 光子	妻	076-000-0000
0000000021	スモ シゲル すもも 茂	男	S10/10/10	86	石川県金沢市××町△△ 丁目○○-○	要介護 2	R 4/ 7/ 1		すもも 千尋	孫	090-0000-0000
0000000085	ツバキ リコ つばき 紀子	女	S15/ 5/ 8	82	石川県金沢市××町○○ 丁目○○	要介護 1	R 4/ 7/15	R 4/ 8/31			
0000000087	アケビ サブロー あけび 三郎	男	S 2/11/13	94	石川県金沢市△△町×× 丁目××コーポふく...		R 4/ 8/ 1		おくら 沙織	次女	070-0000-0000
0000000091	ヤナギ ヤエコ やなぎ 八重子	女	S 4/ 5/ 1	93	石川県小松市□□町○○ 丁目××番地	要介護 1	R 4/ 7/20		かしわ 明美	親戚	076-000-0000
0000000093	ウメ エツコ うめ 悦子	女	S15/ 9/ 6	81	石川県金沢市××町△番 地△△-△	要支援 2	R 4/ 8/ 1		うめ 剛	三男	070-0000-0000

利用者リスト

令和 4年 8月 1日
PAGE : 1

令和 4年 7月 1日～令和 4年 8月31日

該当件数 30

利用状況：延べ人数 生年月日の日：両方 月の指定：全て 住所の印刷：本人 住所の指定：無 保険証期限切れ指定：無 要介護度：全て

利用者番号	利用者氏名	性別	生年月日	年齢	住所	要介護度	開始日	終了日	連絡者	続柄	緊急連絡先
0000000001	ヒマリ カズコ ひまわり 和子	女	S22/ 1/15	75	石川県金沢市〇〇町〇丁目	要介護 1	R 1/ 5/ 1		ひまわり 陽子	嫁	070-0000-0000
0000000002	スミ イム すみれ 勇	男	S10/ 9/ 6	86	石川県金沢市××町×丁目	要介護 3	R 2/ 9/30		すすき 真由美	三女	080-0000-0000
0000000003	アスナロ ナミ あすなろ 直美	女	S30/ 6/ 5	67	石川県金沢市△△町△丁目アパートひばり〇号室	要介護 2	R 2/ 1/15		あすなろ 拓海	三男	080-0000-0000
0000000004	タンボボ エミコ たんぼぼ 恵美子	女	S22/ 7/30	75	石川県金沢市△△町×丁目	要介護 2	R 1/10/15		たんぼぼ 稔	夫	070-0000-0000
0000000005	イチヨウ ヒロコ いちよう 弘子	女	S19/12/ 2	77	石川県金沢市〇〇町△-△△	要介護 3	H31/ 3/20		いちよう 健太	次男	076-000-0000
0000000006	アジサイ ショウジ あじさい 昭二	男	S 2/11/19	94	石川県金沢市××町△丁目すずめハイツ×号室	要介護 1	H20/ 9/10		あじさい 麻衣	孫	090-0000-0000
0000000007	スズラン ミヨ すずらん 美代子	女	S20/ 2/ 2	77	石川県金沢市××町□□番地コーポうずら△号室	要介護 1	R 4/ 2/20	R 4/ 7/31	かたばみ 美香	長女	076-000-0000
0000000008	スミ ヒロシ すみれ 博	男	S18/ 7/ 7	79	石川県金沢市□□町△△番地×-××	要介護 1	R 4/ 8/ 1		すみれ 光子	妻	076-000-0000
0000000011	ヤマぐワ マサル やまぐわ 勝	男	S26/ 5/ 8	71	石川県金沢市××町△△丁目かもめ荘□号室	要介護 4	H30/ 8/20		やまぐわ 勝太	長男	080-0000-0000
0000000013	モミジ イム もみじ 勲	男	S20/ 9/ 6	76	石川県金沢市△△町〇〇番地□□-□	要介護 4	R 4/ 3/20		くすのき 健一	娘婿	070-0000-0000
0000000014	ツクシ トモ つくし 智子	女	S36/10/ 1	60	石川県金沢市××町××丁目△△-△	申請中	R 4/ 8/ 1		つくし 修	夫	070-0000-0000
0000000016	ナノハ キシ なのはな 清	男	S19/12/ 7	77	石川県金沢市〇〇町△△番地メゾンきつつき...		R 3/12/15	R 4/ 8/15	けやき 香織	次女	080-0000-0000
0000000021	スモ シゲル すもも 茂	男	S10/10/10	86	石川県金沢市××町△△丁目〇〇-〇	要介護 2	R 4/ 7/ 1		すもも 千尋	孫	090-0000-0000
0000000029	サクラ タシ さくら 隆	男	S15/ 4/ 1	82	石川県金沢市△△町××番地	要介護 2	R 1/ 5/ 1		ざくろ 美穂	長女	090-0000-0000
0000000059	アサガオ クミコ あさがお 久美子	女	S36/ 1/ 1	61	福井県福井市〇〇町××番地メゾンとき△△号室	要介護 2	H31/ 1/ 1				
0000000078	スイセン ミツオ すいせん 光男	男	S 3/ 1/ 1	94	石川県金沢市××町△△番地〇〇-〇	要介護 2	H31/ 1/15	R 4/ 7/31	すいせん 洋平	長男	080-0000-0000
0000000079	アザミ カコ あざみ 勝子	女	S21/ 4/ 1	76	石川県野々市市〇〇町△△丁目ちどりハイツ...	要介護 1	R 2/ 1/ 1				

■利用終了者リスト

令和 4年 8月 1日
PAGE : 1

令和 4年 7月 1日～令和 4年 8月31日

該当件数 4

利用状況：延べ人数 生年月日の日：両方 月の指定：全て 住所の印刷：本人 住所の指定：無 保険証期限切れ指定：無 要介護度：全て

利用者番号	利用者氏名	性別	生年月日	年齢	住所	要介護度	開始日	終了日	連絡者	続柄	緊急連絡先
0000000007	スズラン ミヨ すずらん 美代子	女	S20/ 2/ 2	77	石川県金沢市××町□□ 番地コーポうずら△号室	要介護 1	R 4/ 2/20	R 4/ 7/31	かたばみ 美香	長女	076-000-0000
0000000016	ナハナ キヨシ なのはな 清	男	S19/12/ 7	77	石川県金沢市〇〇町△△ 番地メゾンきつつき...		R 3/12/15	R 4/ 8/15	けやき 香織	次女	080-0000-0000
0000000078	スイセン ミツオ すいせん 光男	男	S 3/ 1/ 1	94	石川県金沢市××町△△ 番地〇〇-〇	要介護 2	H31/ 1/15	R 4/ 7/31	すいせん 洋平	長男	080-0000-0000
0000000096	ナギ サチ なぎ 幸子	女	S22/ 4/ 8	75	石川県白山市△△町〇〇 番地むくどりハイム...	要支援 1	R 1/ 6/20	R 4/ 7/15	ぜんまい 祐介	息子	076-000-0000

■申請中利用者リスト

令和 4年 8月 1日
PAGE : 1

令和 4年 8月 1日 10:00 現在

申請中利用者 4 名

利用者番号	利用者氏名	認定有効期間	申請中
0000000014	つくし 智子	令和 4年 8月 1日 ~ 令和 5年 7月31日	○
0000000146	ひなげし 啓子	令和 4年 7月20日 ~ 令和 5年 7月31日	○
0000000107	さざんか 順子	令和 4年 8月 1日 ~ 令和 5年 7月31日	○
0000000158	みつば 節子	令和 4年 7月30日 ~ 令和 5年 7月31日	○

■担当ケアマネジャー別利用者リスト

令和 4年 8月 1日
PAGE : 1/1

期間：令和 4年 7月 1日～令和 4年 7月31日 該当件数：15件 予定実績区分：予定 利用者指定：無

ケアマネジャー	No	利用者番号 氏名	被保険者番号	性別	郵便番号	住所	認定有効期間
			要介護度	年齢	電話番号		
居宅 久美子	1	0000000001 ひまわり 和子	1234567890	女	〒921-0000	石川県金沢市〇〇町〇丁目	令和 4年 5月 1日～ 令和 5年 4月30日
			要介護 1	7 5 歳	076-000-0000		
	2	0000000005 いちょう 弘子	0852741963	女	〒921-0000	石川県金沢市〇〇町△-△△	令和 4年 5月 1日～ 令和 5年 4月30日
			要介護 3	7 7 歳	076-000-0000		
	3	0000000007 すずらん 美代子	0654321987	女	〒921-0000	石川県金沢市××町□□番地コーポうずら △号室	令和 3年 9月 1日～ 令和 4年 8月31日
			要介護 1	7 7 歳	076-000-0000		
	4	0000000013 もみじ 勲	0321654789	男	〒921-0000	石川県金沢市△△町〇〇番地□□-□	令和 3年11月 1日～ 令和 4年10月31日
			要介護 4	7 6 歳	076-000-0000		
5	0000000021 すもも 茂	8524569137	男	〒921-0000	石川県金沢市××町△△丁目〇〇-〇	令和 4年 7月 1日～ 令和 5年 6月30日	
		要介護 2	8 6 歳	076-000-0000			
6	0000000078 すいせん 光男	3214569870	男	〒921-0000	石川県金沢市××町△△番地〇〇-〇	令和 2年 8月 1日～ 令和 4年 7月31日	
		要介護 2	9 4 歳	076-000-0000			
7	0000000085 つばき 紀子	6542134780	女	〒921-0000	石川県金沢市××町〇〇丁目〇〇	令和 4年 7月 1日～ 令和 5年 6月30日	
		要介護 1	8 2 歳	076-000-0000			
8	0000000093 うめ 悦子	1265425879	女	〒921-0000	石川県金沢市××町△番地△△-△	令和 4年 7月20日～ 令和 5年 7月31日	
		要支援 2	8 1 歳	076-000-0000			
福祉 浩之	1	0000000002 すみれ 勇	3216549870	男	〒921-0000	石川県金沢市××町×丁目	令和 2年 1月 1日～ 令和 4年12月31日
			要介護 3	8 6 歳	076-000-0000		
	2	0000000003 あすなろ 直美	9876543210	女	〒921-0000	石川県金沢市△△町△丁目アパートひばり 〇号室	令和 4年 6月16日～ 令和 5年 5月31日
			要介護 2	6 7 歳	076-000-0000		
	3	0000000004 たんぽぽ 恵美子	0963852741	女	〒921-0000	石川県金沢市△△町×丁目	令和 3年12月 1日～ 令和 4年11月30日
			要介護 2	7 4 歳	076-000-0000		
	4	0000000006 あじさい 昭二	0001234567	男	〒921-0000	石川県金沢市××町△丁目すずめハイツ× 号室	令和 4年 2月 1日～ 令和 5年 1月31日
要介護 1			9 4 歳	076-000-0000			
5	0000000011 やまぐわ 勝	0852741963	男	〒921-0000	石川県金沢市××町△△丁目かもめ荘□号 室	令和 3年12月 1日～ 令和 4年11月30日	
		要介護 4	7 1 歳	076-000-0000			
6	0000000029 さくら 隆	H873654120	男	〒921-0000	石川県金沢市△△町××番地	令和 4年 2月15日～ 令和 5年 1月31日	
		要介護 2	8 2 歳	076-000-0000			
7	0000000059 あさがお 久美子	6547893210	女	〒910-0000	福井県福井市〇〇町××番地メゾンとき△ △号室	令和 4年 5月 1日～ 令和 5年 4月30日	
		要介護 2	6 1 歳	0776-00-0000			

■地域包括支援センター履歴一覧表

令和 4年 8月 1日
PAGE : 1

検索期間：令和 4年 7月 1日 ～ 令和 4年 7月31日 委託先居宅介護支援事業所履歴表示：有り

地域包括支援センター事業所番号： 1234509876

利用者番号	利用者氏名	事業所名 事業所住所 事業所TEL / 介護支援専門員番号	委託先居宅介護支援事業所番号 事業所名
0000000099	ひまわり 勇	地域包括支援センターたいよう 石川県金沢市□□町△△番地 076-000-0000 / 87654321	1234567890 居宅介護支援事業所ひまわり
0000000100	ひまわり 悦子	地域包括支援センターたいよう 石川県金沢市□□町△△番地 076-000-0000 / 87654321	1234567890 居宅介護支援事業所ひまわり

■ 事業所一覧表

※検索条件
サービス検索年月日：令和 4年 8月 1日

令和 4年 8月 9日

PAGE : 1/1

該当件数： 6/49 件

事業所番号	事業所名称	住所	法人等種別	
			事業区分	社福軽減対応
			地域区分	
			サービス種	
1234567890	居宅介護支援事業所ひまわり	〒921-0000 石川県金沢市〇町〇丁目 TEL 076-000-0000 FAX 076-000-0000	営利法人 指定事業所 7 級地 居宅介護支援] なし
0987654321	つくし福祉用具貸与事業所	〒921-0000 石川県野々市市△△町××番地〇〇-〇 TEL 076-000-0000 FAX 076-000-0000	営利法人 指定事業所 その他 福祉用具貸与 特定福祉用具販売 介護予防福祉用具貸与] なし
0123456789	すみれ訪問介護ステーション	〒921-0000 石川県金沢市 △△町〇〇番地うみねこビル〇階 TEL 076-000-0000 FAX 076-000-0000	営利法人 指定事業所 7 級地 訪問介護 訪問型サービス（独自）] あり
1234567892	グループホームスイートピー	〒920-0000 石川県白山市××町△△丁目〇〇-〇 TEL 076-000-0000 FAX 076-000-0000	社会福祉法人(社協以外) 地域密着型事業所 7 級地 認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護] なし
6258741525	こまひきヘルパーステーション	〒921-0000 石川県金沢市〇〇町×番地すみれビル△階 TEL 076-000-0000 FAX 076-000-0000	営利法人 指定事業所 7 級地 訪問介護] なし
1234509876	地域包括支援センターたいよう	〒921-0000 石川県金沢市□□町△△番地 TEL 076-000-0000 FAX 076-000-0000	社会福祉法人(社協) 指定事業所 7 級地 介護予防支援] なし

■事業所詳細情報

すみれ訪問介護ステーション

〒921-0000
石川県金沢市△△町○○番地うみねこビル○階
TEL 076-000-0000 FAX 076-000-0000

◆事業所番号 0123456789

令和 4年 8月 1日現在

◆法人等種別 営利法人

◆事業区分 指定事業所

◆地域区分 7級地

◆社福軽減対応 あり

◆提供サービス

訪問介護 (1/3)

◇施設等の区分
◇その他該当する体制等

身体介護	なし
特別地域加算	加算 I
特定事業所加算 (V以外)	非該当
小規模事業所加算 (地域)	非該当
小規模事業所加算 (規模)	非該当
定期巡回・随時対応サービスに関する状況	定期巡回の指定を受けていない
共生型サービス提供 (居室介護事業所)	なし
共生型サービス提供 (重度訪問介護事業所)	なし
認知症専門ケア加算	なし
特定事業所加算 V	なし
介護職員処遇改善加算	加算 I
介護職員等特定処遇改善加算	加算 I

訪問介護 (2/3)

◇施設等の区分
◇その他該当する体制等

生活援助	なし
特別地域加算	なし
特定事業所加算 (V以外)	加算 I
小規模事業所加算 (地域)	非該当
小規模事業所加算 (規模)	非該当
定期巡回・随時対応サービスに関する状況	定期巡回の指定を受けていない
共生型サービス提供 (重度訪問介護事業所)	なし
認知症専門ケア加算	なし
特定事業所加算 V	なし
介護職員処遇改善加算	加算 I
介護職員等特定処遇改善加算	加算 I

すみれ訪問介護ステーション

〒921-0000
石川県金沢市△△町○○番地うみねこビル○階
TEL 076-000-0000 FAX 076-000-0000

◆提供サービス

令和 4年 8月 1日現在

訪問介護 (3/3)	
◇施設等の区分	通院等乗降介助
◇その他該当する体制等	特別地域加算 特定事業所加算 (V以外) 小規模事業所加算 (地域) 小規模事業所加算 (規模) 定期巡回・随時対応サービスに関する状況定期巡回の指定を受けていない 共生型サービスの提供 (重度訪問介護事業所) なし 認知症専門ケア加算 特定事業所加算 V 介護職員処遇改善加算 介護職員等特定処遇改善加算
	なし 加算 I 非該当 非該当 なし なし 加算 I 加算 I
訪問型サービス (独自)	
◇その他該当する体制等	特別地域加算 小規模事業所加算 (地域) 小規模事業所加算 (規模) 介護職員処遇改善加算 介護職員等特定処遇改善加算
	なし 非該当 非該当 I 加算 I 加算 I

■事業所別利用者リスト

令和 4年 8月 1日
PAGE : 1/1

検索期間: 令和 4年 7月 1日～令和 4年 7月31日 予定実績区分: 予定 利用者指定: 無 サービス種指定: 全て

事業所番号 : 0123456789

住所 : 石川県金沢市△△町○○番地うみねこビル○階

事業所名称 : すみれ訪問介護ステーション

電話番号 : 076-000-0000

F A X : 076-000-0000

提供サービス: 訪問介護, 訪問型サービス (独自)

件数: 7 件

No	利用者番号	氏名	要介護度	被保険者番号	性別	年齢
1	0000000001	ひまわり 和子	要介護 1	1234567890	女	75歳
2	0000000002	すみれ 勇	要介護 3	3216549870	男	86歳
3	0000000013	もみじ 勲	要介護 4	0321654789	男	76歳
4	0000000059	あさがお 久美子	要介護 2	6547893210	女	61歳
5	0000000087	あけび 三郎	要介護 2	6547851329	男	94歳
6	0000000096	なぎ 幸子	要支援 1	5422678964	女	75歳
7	0000000125	ひまわり 洋子	要介護 2	0987654321	女	75歳

■事業所別サービス一覧表

令和 4年 8月 1日
PAGE : 1/1

期間：令和 4年 7月 1日～令和 4年 7月31日 該当件数：9件 予定実績区分：予定 利用者指定：無 サービス種指定：全て

事業所番号／名称	最終提供日	開始終了時刻	利用者番号／氏名	サービス項目	
0123456789 すみれ訪問介護ステーション	令和 4年 7月31日	17：00～17：59	0000000087 あけび 三郎	サービス	111211:身体介護 2
				合成コード	112049:身体 2・I
				注加減算	110005:特定事業所加算 (I)
				単独加算	116275:訪問介護処遇改善加算 I
				単独加算	116278:訪問介護特定処遇改善加算 I
	令和 4年 7月28日	10：00～11：29	0000000096 なぎ 幸子	サービス	A22411:訪問型独自サービスIV
				合成コード	A22411:訪問型独自サービスIV
				単独加算	A26270:訪問型独自サービス処遇改善加算 II
	令和 4年 7月31日	17：30～17：59	0000000125 ひまわり 洋子	サービス	111111:身体介護 1
				合成コード	112001:身体 1・I
				注加減算	110005:特定事業所加算 (I)
				単独加算	116275:訪問介護処遇改善加算 I
単独加算				116278:訪問介護特定処遇改善加算 I	
0321654987 デイサービスひるがお	令和 4年 7月29日	10：00～16：59	0000000085 つばき 紀子	サービス	152346:通所介護 I 4 1
				合成コード	152346:通所介護 I 4 1
				単独加算	156108:通所介護処遇改善加算 I
				単独加算	156112:通所介護特定処遇改善加算 II
	令和 4年 7月28日	09：00～16：59	0000000087 あけび 三郎	サービス	152442:通所介護 I 5 2
				合成コード	152442:通所介護 I 5 2
				単独加算	156108:通所介護処遇改善加算 I
				単独加算	156112:通所介護特定処遇改善加算 II
0987654321 つくし福祉用具貸与事業所	令和 4年 7月 1日	00：00～23：59	0000000001 ひまわり 和子	サービス	171010:歩行補助つえ貸与
				合成コード	171010:歩行補助つえ貸与
	令和 4年 7月 1日	00：00～23：59	0000000007 すずらん 美代子	サービス	171007:手すり貸与
				合成コード	171007:手すり貸与
1234567890 コスモス訪問看護ステーション	令和 4年 7月31日	02：00～02：29	0000000097 わらび 誠	サービス	131111:訪看 I 2
				合成コード	131113:訪看 I 2・深
				注加減算	130003:深夜加算
				単独加算	136103:訪問看護サービス提供体制加算 I 1
	令和 4年 7月31日	09：00～10：00	0000000146 ひなげし 啓子	サービス	131211:訪看 I 3
				合成コード	131211:訪看 I 3
			単独加算	136103:訪問看護サービス提供体制加算 I 1	

■事業所別サービス利用状況統計表

令和 4年 8月 1日
PAGE : 1/1

検索期間 : 令和 4年 7月 1日～令和 4年 7月31日 予定実績区分 : 予定 サービス種指定 : 全て

すみれ訪問介護ステーション

〒921-0000 石川県金沢市△△町○○番地うみねこビル○階

T E L 076-000-0000 F A X 076-000-0000

- | | | | |
|------------|----------|---------|--------------------|
| ・利用者数合計 | 7人 | ・事業所番号 | 0123456789 |
| ・1日平均利用者数 | 5.12人 | ・法人種別 | 営利法人 |
| ・利用回数合計 | 252回 | ・事業区分 | 指定事業所 |
| ・1日平均利用回数 | 8.12回 | ・提供サービス | 訪問介護, 訪問型サービス (独自) |
| ・利用単位数合計 | 106800単位 | | |
| ・1日平均利用単位数 | 3445単位 | | |

デイサービスひるがお

〒921-0000 石川県金沢市○○町△△丁目××番地

T E L 076-000-0000 F A X 076-000-0000

- | | | | |
|------------|---------|---------|-------------------------------------|
| ・利用者数合計 | 2人 | ・事業所番号 | 0321654987 |
| ・1日平均利用者数 | 0.67人 | ・法人種別 | 社会福祉法人(社協以外) |
| ・利用回数合計 | 21回 | ・事業区分 | 指定事業所 |
| ・1日平均利用回数 | 0.67回 | ・提供サービス | 通所介護, 通所型サービス (独自), 通所型サービス (独自/定率) |
| ・利用単位数合計 | 14689単位 | | |
| ・1日平均利用単位数 | 473単位 | | |

つくし福祉用具貸与事業所

〒921-0000 石川県野々市市△△町××番地○○-○

T E L 076-000-0000 F A X 076-000-0000

- | | | | |
|------------|--------|---------|------------------------------|
| ・利用者数合計 | 7人 | ・事業所番号 | 0987654321 |
| ・1日平均利用者数 | 7人 | ・法人種別 | 営利法人 |
| ・利用回数合計 | 341回 | ・事業区分 | 指定事業所 |
| ・1日平均利用回数 | 11回 | ・提供サービス | 福祉用具貸与, 特定福祉用具販売, 介護予防福祉用具貸与 |
| ・利用単位数合計 | 3600単位 | | |
| ・1日平均利用単位数 | 116単位 | | |

※ 単位数は概算となります

■事業所別サービス利用状況内訳表

令和 4年 8月 1日
PAGE : 1/1

検索期間 : 令和 4年 7月 1日～令和 4年 7月31日 予定実績区分 : 予定 サービス種指定 : 全て

ケアサービスなんてん

〒921-0000 石川県金沢市△△町○○番地××-△

T E L F A X

- ・利用者数合計 5人
- ・1日平均利用者数 2.25人
- ・利用回数合計 70回
- ・1日平均利用回数 2.25回
- ・利用単位数合計 31074単位
- ・1日平均利用単位数 1002単位
- ・事業所番号 3534322855
- ・法人種別 社会福祉法人(社協以外)
- ・事業区分 指定事業所
- ・提供サービス 訪問介護, 通所介護, 福祉用具貸与

サービス種別統計内訳

	利用者数(人)	1日平均利用者数(人)	利用回数(回)	1日平均利用回数(回)	利用単位数合計(単位)	1日平均利用単位数(単位)
訪問介護	1	0.41	13	0.41	13663	440
訪問入浴介護						
訪問看護						
訪問リハビリテーション						
通所介護	3	0.83	26	0.83	17311	558
通所リハビリテーション						
福祉用具貸与	1	1	31	1	100	3
短期入所生活介護						
短期入所療養介護						
特定施設入居者生活介護(短期)						
地域密着型特定施設(短期)						
居宅療養管理指導						
認知症共同生活介護(短期)						
夜間訪問介護						
認知症通所介護						
小規模多機能型居宅介護(短期含む)						
定期巡回・随時対応型						
複合型サービス(短期含む)						
予防・総合事業分						
その他						
合計	5	2.24	70	2.24	31074	1001

※1 表の利用者数合計の値は、サービス種の延べ人数です
 ※2 単位数は概算となります

■特定事業所集中減算の判定結果

令和 4年 9月 1日
PAGE : 1/10

令和 4年 3月 1日 ~ 令和 4年 8月31日

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
居宅サービス計画の総数	20件	19件	17件	16件	13件	11件	96件

11:訪問介護の判定結果	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
①11:訪問介護を位置付けた計画数	14件	13件	11件	11件	10件	8件	67件
②紹介率最高法人を位置付けた計画数	7件	7件	6件	6件	5件	5件	36件
③紹介率最高法人の名称	こまひきヘルパーステーション						
住所 / 代表者名	石川県金沢市〇〇町×番地すみれビル△階					支援 大輔	
事業所名1	こまひきヘルパーステーション						
④紹介率最高法人の割合 (②÷①×100)	(小数点第1位以下を四捨五入)						54%
⑤判定結果 (80%超過)							

15:通所介護+78:地域通介の判定結果	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
①15:通所介護+78:地域通介を位置付けた計画数	10件	10件	9件	7件	6件	6件	48件
②紹介率最高法人を位置付けた計画数	4件	4件	4件	3件	3件	3件	21件
③紹介率最高法人の名称	社会福祉法人のばな						
住所 / 代表者名	石川県金沢市△△町〇丁目××-×					介添 裕子	
事業所名1	よるがおデイサービスセンター						
事業所名2	デイサービスひるがお						
④紹介率最高法人の割合 (②÷①×100)	(小数点第1位以下を四捨五入)						44%
⑤判定結果 (80%超過)							

17:福祉貸与の判定結果	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
①17:福祉貸与を位置付けた計画数	8件	8件	6件	6件	5件	5件	38件
②紹介率最高法人を位置付けた計画数	7件	7件	5件	5件	5件	5件	34件
③紹介率最高法人の名称	株式会社とくさ						
住所 / 代表者名	石川県野々市市△△町××番地〇〇-〇					福祉 理恵	
事業所名1	つくし福祉用具貸与事業所						
④紹介率最高法人の割合 (②÷①×100)	(小数点第1位以下を四捨五入)						89%
⑤判定結果 (80%超過)	○						

※判定結果は、紹介率の端数処理は行わずに80%を超えていた場合、○を表示しています。

■法人別居宅サービス計画数一覧表

令和 4年 9月 1日
PAGE : 2/10

令和 4年 3月 1日 ~ 令和 4年 8月31日

●11:訪問介護

法人名	事業所番号	事業所名	法人を位置づけた居宅サービス計画数						
			3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
こまひきヘルパーステーション	6258741525	こまひきヘルパーステーション	7	7	6	6	5	5	36
		法人計(件数-紹介率)	7-50%	7-54%	6-55%	6-55%	5-50%	5-63%	36-54%
すみれ訪問介護ステーション	0123456789	すみれ訪問介護ステーション	5	5	4	4	3	3	24
		法人計(件数-紹介率)	5-36%	5-38%	4-36%	4-36%	3-30%	3-38%	24-36%
社会福祉法人のばな	1234567891	よるがおデイサービスセンター	3	2	2	3	2	0	12
		法人計(件数-紹介率)	3-21%	2-15%	2-18%	3-27%	2-20%	0-0%	12-18%
ほおのき介護サービス	6867443535	ほおのき介護サービス	2	2	2	1	1	1	9
		法人計(件数-紹介率)	2-14%	2-15%	2-18%	1-9%	1-10%	1-13%	9-13%

●15:通所介護+78:地域密着型通所介護

法人名	事業所番号	事業所名	法人を位置づけた居宅サービス計画数						
			3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
社会福祉法人のばな	1234567891	よるがおデイサービスセンター	2	2	2	1	1	1	9
	0321654987	デイサービスひるがお	2	2	2	2	2	2	12
	法人計(件数-紹介率)	4-40%	4-40%	4-44%	3-43%	3-50%	3-50%	21-44%	
ケアサービスなんてん	3534322855	ケアサービスなんてん	4	4	4	3	2	2	19
		法人計(件数-紹介率)	4-40%	4-40%	4-44%	3-43%	2-33%	2-33%	19-40%
デイサービスむくげ	1654792358	デイサービスむくげ	1	1	1	1	1	1	6
		法人計(件数-紹介率)	1-10%	1-10%	1-11%	1-14%	1-17%	1-17%	6-13%
あさがおデイサービス	2587415259	あさがおデイサービス	1	1	0	0	0	0	2
		法人計(件数-紹介率)	1-10%	1-10%	0-0%	0-0%	0-0%	0-0%	2-4%

●17:福祉用具貸与

法人名	事業所番号	事業所名	法人を位置づけた居宅サービス計画数						
			3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
株式会社とくさ	0987654321	つくし福祉用具貸与事業所	7	7	5	5	5	5	34
		法人計(件数-紹介率)	7-88%	7-88%	5-83%	5-83%	5-100%	5-100%	34-89%
ケアサービスなんてん	3534322855	ケアサービスなんてん	1	1	1	1	0	0	4
		法人計(件数-紹介率)	1-13%	1-13%	1-17%	1-17%	0-0%	0-0%	4-11%

■月別居宅サービス計画一覧表

令和 4年 9月 1日
PAGE : 3/10

令和 4年 3月分

月計	居宅サービス計画数	法人数	事業所数
	20件	8件	9件

被保険者番号	利用者名	サービス種別	法人名	事業所番号	事業所名
2145879653	なつめ 美智子	17:福祉貸与	ケアサービスなんてん	3534322855	ケアサービスなんてん
0001234567	あじさい 昭二	11:訪問介護	社会福祉法人のばな	1234567891	よるがおデイサービスセンター
0321654789	もみじ 勲	11:訪問介護	すみれ訪問介護ステーション	0123456789	すみれ訪問介護ステーション
		17:福祉貸与	株式会社とくさ	0987654321	つくし福祉用具貸与事業所
0852741963	やまぐわ 勝	11:訪問介護	ほおのき介護サービス	6867443535	ほおのき介護サービス
		15/78:通所介護等	社会福祉法人のばな	1234567891	よるがおデイサービスセンター
0963852741	たんぽぽ 恵美子	15/78:通所介護等	ケアサービスなんてん	3534322855	ケアサービスなんてん
0987654321	すみれ 博	11:訪問介護	こまひきヘルパーステーション	6258741525	こまひきヘルパーステーション
0987654321	ひまわり 洋子	11:訪問介護	すみれ訪問介護ステーション	0123456789	すみれ訪問介護ステーション
1234567890	ひまわり 和子	11:訪問介護	すみれ訪問介護ステーション	0123456789	すみれ訪問介護ステーション
		15/78:通所介護等	社会福祉法人のばな	0321654987	デイサービスひるがお
		17:福祉貸与	株式会社とくさ	0987654321	つくし福祉用具貸与事業所
2365796810	ひるがお 京子	11:訪問介護	こまひきヘルパーステーション	6258741525	こまひきヘルパーステーション
		15/78:通所介護等	ケアサービスなんてん	3534322855	ケアサービスなんてん
		17:福祉貸与	株式会社とくさ	0987654321	つくし福祉用具貸与事業所
3216549870	すみれ 勇	11:訪問介護	社会福祉法人のばな	1234567891	よるがおデイサービスセンター
		11:訪問介護	こまひきヘルパーステーション	6258741525	こまひきヘルパーステーション
		11:訪問介護	すみれ訪問介護ステーション	0123456789	すみれ訪問介護ステーション
		15/78:通所介護等	ケアサービスなんてん	3534322855	ケアサービスなんてん
6542134780	つばき 紀子	11:訪問介護	こまひきヘルパーステーション	6258741525	こまひきヘルパーステーション
		15/78:通所介護等	社会福祉法人のばな	0321654987	デイサービスひるがお
		17:福祉貸与	株式会社とくさ	0987654321	つくし福祉用具貸与事業所
6547893210	あさがお 久美子	11:訪問介護	こまひきヘルパーステーション	6258741525	こまひきヘルパーステーション
		11:訪問介護	すみれ訪問介護ステーション	0123456789	すみれ訪問介護ステーション
		15/78:通所介護等	社会福祉法人のばな	1234567891	よるがおデイサービスセンター
7654321000	あざみ 勝子	11:訪問介護	こまひきヘルパーステーション	6258741525	こまひきヘルパーステーション
		15/78:通所介護等	あさがおデイサービス	2587415259	あさがおデイサービス
		17:福祉貸与	株式会社とくさ	0987654321	つくし福祉用具貸与事業所
8485125412	わらび 誠	11:訪問介護	ほおのき介護サービス	6867443535	ほおのき介護サービス

■サービス利用割合表

①前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

訪問介護	69%	67件
通所介護	43%	42件
地域密着型通所介護	6%	6件
福祉用具貸与	39%	38件
		計 96件

②前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合（上位3件まで）

訪問介護 (81件)	こまひきヘルパーステーション	44%	36件
	すみれ訪問介護ステーション	29%	24件
	よるがおデイサービスセンター	14%	12件
通所介護 (42件)	ケアサービスなんてん	45%	19件
	デイサービスひるがお	28%	12件
	よるがおデイサービスセンター	21%	9件
地域密着型通所介護 (6件)	デイサービスむくげ	100%	6件
福祉用具貸与 (38件)	つくし福祉用具貸与事業所	89%	34件
	ケアサービスなんてん	10%	4件
			計 167件

私は、上記サービス利用割合の内容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。

年 月 日 利用者(代理人) 氏名

※前6か月は令和4年3月1日から令和4年8月31日です。

■月別居宅サービス計画一覧表

令和 4年 9月 1日
PAGE : 2/9

令和 4年 3月分

月計	居宅サービス計画数	事業所数
	20件	9件

サービス種別	事業所番号	事業所名	被保険者番号	利用者名
11:訪問介護	0123456789	すみれ訪問介護ステーション	6547893210	あさがお 久美子
	0123456789	すみれ訪問介護ステーション	3216549870	すみれ 勇
	0123456789	すみれ訪問介護ステーション	1234567890	ひまわり 和子
	0123456789	すみれ訪問介護ステーション	0987654321	ひまわり 洋子
	0123456789	すみれ訪問介護ステーション	0321654789	もみじ 勲
	1234567891	よるがおデイサービスセンター	0001234567	あじさい 昭二
	1234567891	よるがおデイサービスセンター	H873654120	さくら 隆
	1234567891	よるがおデイサービスセンター	3216549870	すみれ 勇
	6258741525	こまひきヘルパーステーション	6547893210	あさがお 久美子
	6258741525	こまひきヘルパーステーション	7654321000	あざみ 勝子
	6258741525	こまひきヘルパーステーション	3216549870	すみれ 勇
	6258741525	こまひきヘルパーステーション	0987654321	すみれ 博
	6258741525	こまひきヘルパーステーション	6542134780	つばき 紀子
	6258741525	こまひきヘルパーステーション	2365796810	ひるがお 京子
	6258741525	こまひきヘルパーステーション	8574547854	やなぎ 八重子
	6867443535	ほおのき介護サービス	0852741963	やまぐわ 勝
	6867443535	ほおのき介護サービス	8485125412	わらび 誠
15:通所介護	0321654987	デイサービスひるがお	6542134780	つばき 紀子
	0321654987	デイサービスひるがお	1234567890	ひまわり 和子
	1234567891	よるがおデイサービスセンター	6547893210	あさがお 久美子
	1234567891	よるがおデイサービスセンター	0852741963	やまぐわ 勝
	2587415259	あさがおデイサービス	7654321000	あざみ 勝子
	3534322855	ケアサービスなんてん	3216549870	すみれ 勇
	3534322855	ケアサービスなんてん	0963852741	たんぽぽ 恵美子
	3534322855	ケアサービスなんてん	2365796810	ひるがお 京子
	3534322855	ケアサービスなんてん	8574547854	やなぎ 八重子
78:地域密着型通所介護	1654792358	デイサービスむくげ	9876543210	あすなろ 直美
17:福祉用具貸与	0987654321	つくし福祉用具貸与事業所	7654321000	あざみ 勝子
	0987654321	つくし福祉用具貸与事業所	8524569137	すもも 茂

■利用者別利用状況リスト

令和 4年 8月 1日
PAGE : 1/3

期間：令和 4年 7月 1日～令和 4年 7月31日 該当件数： 2件 サービス種：全て 利用者指定：無

予定(実績)

総計	利用実人数	利用日数	利用回数	全利用時間	利用平均時間
	2人 (2人)	25日 (25日)	26回 (26回)	133 : 50 (133 : 50)	5 : 08 (5 : 08)

ひるがお 京子

利用者番号：0000000092 被保険者番号：2365796810 要介護度：要介護1

合計	利用日数	利用回数	全利用時間	利用平均時間
	4日 (4日)	5回 (5回)	34 : 58 (34 : 58)	6 : 59 (6 : 59)

※「外」：＃=給付外、&=短期30日超、¥=算定外

予定					
No	利用日	利用時間	区分	サービスコード	外
1	R 4/ 7/27	09 : 00～10 : 00		112049 : 身体2・I	¥
				116275 : 訪問介護処遇改善加算 I	
				116278 : 訪問介護特定処遇改善加算 I	
2	R 4/ 7/27	17 : 00～18 : 00		112049 : 身体2・I	
				116275 : 訪問介護処遇改善加算 I	
				116278 : 訪問介護特定処遇改善加算 I	
3	R 4/ 7/28	04 : 00～03 : 59	泊まり	731112 : 小規模多機能1 1・日割	
				736099 : 小多機能型サービス提供体制加算 I	
4	R 4/ 7/29	10 : 00～17 : 00	通い	731112 : 小規模多機能1 1・日割	
				736099 : 小多機能型サービス提供体制加算 I	
5	R 4/ 7/31	11 : 00～12 : 59	訪問	731112 : 小規模多機能1 1・日割	
				736099 : 小多機能型サービス提供体制加算 I	

実績					
No	利用日	利用時間	区分	サービスコード	外
1	R 4/ 7/27	09 : 00～10 : 00		112049 : 身体2・I	¥
				116275 : 訪問介護処遇改善加算 I	
				116278 : 訪問介護特定処遇改善加算 I	
2	R 4/ 7/27	17 : 00～18 : 00		112049 : 身体2・I	
				116275 : 訪問介護処遇改善加算 I	
				116278 : 訪問介護特定処遇改善加算 I	
3	R 4/ 7/28	04 : 00～03 : 59	泊まり	731112 : 小規模多機能1 1・日割	
				736099 : 小多機能型サービス提供体制加算 I	
4	R 4/ 7/29	10 : 00～17 : 00	通い	731112 : 小規模多機能1 1・日割	
				736099 : 小多機能型サービス提供体制加算 I	
5	R 4/ 7/31	11 : 00～12 : 59	訪問	731112 : 小規模多機能1 1・日割	
				736099 : 小多機能型サービス提供体制加算 I	

なぎ 幸子

利用者番号：0000000096 被保険者番号：1265425879 要介護度：要支援1

合計	利用日数	利用回数	全利用時間	利用平均時間
	21日 (21日)	21回 (21回)	98 : 52 (98 : 52)	4 : 42 (4 : 42)

※「外」：＃=給付外、&=短期30日超、¥=算定外

予定					
No	利用日	利用時間	区分	サービスコード	外
1	R 4/ 7/ 1	10 : 00～17 : 00		661121 : 予防通所リハビリ1 1	#
				666099 : 予通リハサービス提供体制加算 I 2	
				666100 : 予防通所リハ処遇改善加算 I	
				666121 : 予防通所リハ特定処遇改善加算 I	
2	R 4/ 7/ 4	10 : 00～17 : 00		661121 : 予防通所リハビリ1 1	
				666099 : 予通リハサービス提供体制加算 I 2	
				666100 : 予防通所リハ処遇改善加算 I	
				666121 : 予防通所リハ特定処遇改善加算 I	
3	R 4/ 7/ 5	16 : 00～16 : 59		A21111 : 訪問型独自サービス I	
				A26270 : 訪問型独自サービス処遇改善加算 II	
				A26278 : 訪問型独自サービス特定処遇改善加算 I	
4	R 4/ 7/ 6	10 : 00～17 : 00		661121 : 予防通所リハビリ1 1	

実績					
No	利用日	利用時間	区分	サービスコード	外
1	R 4/ 7/ 1	10 : 00～17 : 00		661121 : 予防通所リハビリ1 1	#
				666099 : 予通リハサービス提供体制加算 I 2	
				666100 : 予防通所リハ処遇改善加算 I	
				666121 : 予防通所リハ特定処遇改善加算 I	
2	R 4/ 7/ 4	10 : 00～17 : 00		661121 : 予防通所リハビリ1 1	
				666099 : 予通リハサービス提供体制加算 I 2	
				666100 : 予防通所リハ処遇改善加算 I	
				666121 : 予防通所リハ特定処遇改善加算 I	
3	R 4/ 7/ 5	16 : 00～16 : 59		A21111 : 訪問型独自サービス I	
				A26270 : 訪問型独自サービス処遇改善加算 II	
				A26278 : 訪問型独自サービス特定処遇改善加算 I	
4	R 4/ 7/ 6	10 : 00～17 : 00		661121 : 予防通所リハビリ1 1	

利用者別サービス一覧表

令和 4年 8月 1日
PAGE : 1/1

期間：令和 4年 7月 1日～令和 4年 7月31日 該当件数：9件 予定実績区分：予定 利用者指定：無 サービス種指定：全て

利用者番号／氏名	最終提供日	開始終了時刻	事業所番号／名称	サービス項目	
0000000087 あけび 三郎	令和 4年 7月28日	09：00～16：59	0321654987 デイサービスひるがお	サービス	152442:通所介護 I 5 2
				合成コード	152442:通所介護 I 5 2
				単独加算	156108:通所介護処遇改善加算 I
				単独加算	156112:通所介護特定処遇改善加算 II
	令和 4年 7月31日	17：00～17：59	0123456789 すみれ訪問介護ステーション	サービス	111211:身体介護 2
				合成コード	112049:身体 2・I
				注加減算	110005:特定事業所加算 (I)
				単独加算	116275:訪問介護処遇改善加算 I
単独加算	116278:訪問介護特定処遇改善加算 I				
0000000007 すずらん 美代子	令和 4年 7月 1日	00：00～23：59	0987654321 つくし福祉用具貸与事業所	サービス	171007:手すり貸与
				合成コード	171007:手すり貸与
0000000085 つばき 紀子	令和 4年 7月29日	10：00～16：59	0321654987 デイサービスひるがお	サービス	152346:通所介護 I 4 1
				合成コード	152346:通所介護 I 4 1
				単独加算	156108:通所介護処遇改善加算 I
				単独加算	156112:通所介護特定処遇改善加算 II
0000000096 なぎ 幸子	令和 4年 7月28日	10：00～11：29	0123456789 すみれ訪問介護ステーション	サービス	A22411:訪問型独自サービスIV
				合成コード	A22411:訪問型独自サービスIV
				単独加算	A26270:訪問型独自サービス処遇改善加算 II
0000000146 ひなげし 啓子	令和 4年 7月31日	09：00～10：00	1234567890 コスモス訪問看護ステーション	サービス	131211:訪看 I 3
				合成コード	131211:訪看 I 3
				単独加算	136103:訪問看護サービス提供体制加算 I 1
0000000001 ひまわり 和子	令和 4年 7月 1日	00：00～23：59	0987654321 つくし福祉用具貸与事業所	サービス	171010:歩行補助つえ貸与
				合成コード	171010:歩行補助つえ貸与
0000000125 ひまわり 洋子	令和 4年 7月31日	17：30～17：59	0123456789 すみれ訪問介護ステーション	サービス	111111:身体介護 1
				合成コード	112001:身体 1・I
				注加減算	110005:特定事業所加算 (I)
				単独加算	116275:訪問介護処遇改善加算 I
				単独加算	116278:訪問介護特定処遇改善加算 I
0000000097 わらび 誠	令和 4年 7月31日	02：00～02：29	1234567890 コスモス訪問看護ステーション	サービス	131111:訪看 I 2
				合成コード	131113:訪看 I 2・深
				注加減算	130003:深夜加算
				単独加算	136103:訪問看護サービス提供体制加算 I 1

■利用者別月間予定実績状況表

令和 4年 8月 1日
PAGE : 1/3

年月：令和 4年 7月 該当件数：30件 利用者指定：無 サービス種：全て

#=給付外、&=短期30日超、¥=算定外、()=限度額管理対象外単位数

利用者番号/被保険者番号 利用者氏名	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	31	合計	
	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	回	単位数
000000001/1234567890 ひまわり 和子	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	5	6	6	6	6	6	5	5	6	6	6	6	6	5	5	128	18237 (1535)
	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	5	6	6	6	6	6	5	5	6	6	6	6	6	5	5	128	18237 (1535)
000000005/0852741963 いちょう 弘子	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		21	21819 (0)	
	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		21	21819 (0)	
000000006/0001234567 あじさい 昭二	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	57	18140 (2336)
	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	57	18140 (2336)
000000011/0852741963 やまぐわ 勝	1				1	1		1				1	1		1				1	1		1				1	1		1		13	6961 (274)	
	1				1	1		1				1	1		1				1	1		1				1	1		1		13	6961 (274)	
000000013/0321654789 もみじ 勲	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	71	38299 (5276)
	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	71	38299 (5276)
	#				#			#				#			#				#			#			#			#				6642 (0)	
000000021/8524569137 すもも 茂	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	1	2	3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	52	22245 (2861)	
	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	1	2	3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	52	22245 (2861)	
000000029/H873654120 さくら 隆	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	1	27	21310 (2623)	
	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	1	27	21310 (2623)	
																																	&
000000092/2365796810 ひるがお 京子																																2	3262 (940)
																																2	3262 (940)
																																¥	570 (95)
000000093/1265425879 うめ 悦子	1			1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		1		1		13	4267 (268)	
																																0	0 (0)
000000095/5658964123 ふき 武	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		21	14910 (0)	
	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	26	17848 (2339)	
000000096/5422678964 なぎ 幸子	1			1			1	1			1			1	1			1		1	1			1			1	1		13	2948 (225)		
																																0	0 (0)
000000097/8485125412 わらび 誠	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	49	35514 (294)
	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	75	28829 (2859)
000000125/0987654321 ひまわり 洋子	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	70	27232 (4304)
	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	70	27232 (4304)

■ 12月超減算確認表

検索年月：令和 3年 4月～令和 4年 8月 検索元：予定 判定：全て

利用者番号／氏名	事業所番号／事業所名／サービス種	判定	令和 3年												令和 4年							
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月			
0000000004 たんぼぼ 富子	6587412930 サービス種:64 よつば整形外科	算定	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
0000000006 あじさい 次郎	7573393393 サービス種:66 介護老人保健施設たんぼぼ	対象外	無	○	無	無	○	○	○	○	○	○	○	無	無	無	無	○				
0000000007 すずらん 美代子	9876543210 サービス種:66 デイケアあやめ	対象外	○	無	無	無	○	○	○	無	無	無	○	○	○	無	無	無				
0000000093 うめ 悦子	7573393393 サービス種:66 介護老人保健施設たんぼぼ	算定	無	無	無	無	無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
0000000008 すみれ 浩太郎	9876543210 サービス種:66 デイケアあやめ	要確認	無	無	無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	無	無				
0000000160 わらび 四郎	6587412930 サービス種:64 よつば整形外科	対象外	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	○	無	無	無				
0000000140 もも 正夫	9876543210 サービス種:66 デイケアあやめ	対象外	○	無	無	無	無	○	○	○	無	無	無	無	無	無	無	○				
0000000165 おばこ 静子	8555254537 サービス種:66 デイケアあやめ	要確認	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	無	無				
0000000159 よつば 幸子	9876543210 サービス種:66 デイケアあやめ	対象外	○	○	○	○	○	無	無	○	○	○	○	○	○	○	無	○				
0000000185 くすのき 悦子	9876543210 サービス種:66 デイケアあやめ	対象外	○	○	無	無	無	○	無	無	無	○	無	無	○	○	無	○				
0000000004 たんぼぼ 恵美子	6587412930 サービス種:64 よつば整形外科	対象外	無	無	無	○	○	○	無	無	無	○	○	無	○	○	無	無				
0000000186 なつめ 弘	1234567890 サービス種:63 コスモス訪問看護ステーション	要確認	無	無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	無				
0000000187 ひのき 栄子	1800000001 サービス種:66 介護老人福祉施設なのはな	対象外	無	無	○	○	無	無	○	無	無	無	無	○	無	無	○	○				
0000000188 いちじく 勉	6587412930 サービス種:64 よつば整形外科	要確認	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	無	無				
0000000198 れんげ 光子	6587412930 サービス種:64 よつば整形外科	対象外	○	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無				
0000000199 つつじ 勇	1234567890 サービス種:63 コスモス訪問看護ステーション	対象外	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	○	○	○	○	無				

920-0000

石川県白山市××町△△丁目○○
-○
グループホームスイートピー 御
中

1234567892

920-0000

石川県白山市○○町△番地もくれ
んタワー
ほおのき介護サービス 御中

6867443535

921-0000

石川県金沢市△△町○○番地うみ
ねこビル○階
すみれ訪問介護ステーション 御
中

0123456789

921-0000

石川県金沢市○○町△△丁目××
番地
デイサービスひるがお 御中

0321654987

921-0000

石川県金沢市△△町××番地○○
-○
小規模多機能ホームききょう 御
中

0987654321

921-0000

石川県野々市市△△町××番地○
○-○
つくし福祉用具貸与事業所 御中

0987654321

921-0000

石川県金沢市□□町△△番地

地域包括支援センターたいよう
御中

1234509876

921-0000

石川県金沢市□町□丁目△番地○
○
コスモス訪問看護ステーション
御中

1234567890

921-0000

石川県金沢市△△町△丁目××番
地○
よるがおデイサービスセンター
御中

1234567891

921-0000

石川県白山市○○町△丁目××番
地コーポつづみぐさ△階
介護老人保健施設たんぼぼ 御中

1697423586

921-0000

石川県野々市市○○町△番地つば
めプラザ○階
ケアセンターれもん 御中

1800001235

921-0000

石川県金沢市××町△丁目○番地
ひばりテラス○階
あさがおデイサービス 御中

2587415259

921-0000

石川県野々市市△△町×丁目○○
-○
あひる薬局 御中

2654789315

921-0000

石川県金沢市△△町○○番地××
-△
ケアサービスなんてん 御中

3534322855

921-0000

石川県金沢市△△町○○番地××

医療法人四葉会 せりクリニック
御中

4588663877

921-0000

石川県金沢市○○町×番地すみれ
ビル△階
こまひきヘルパーステーション
御中

6258741525

921-0000

石川県金沢市△△町なばなビルヂ
ング○階
短期入所生活介護なたね 御中

6541239871

921-0000

石川県金沢市○○町×番地△-△
△
すいせん訪問入浴サービス 御中

9513687426

921-0000

石川県野々市市○○町△番地××
ひごろもビルディング×階
介護医療院サルビア 御中

9871254632

921-0000

石川県金沢市○○町△番地○○-
×
デイケアあやめ 御中

9876543210

921-0000

石川県金沢市〇〇町〇丁目

ひまわり 誠 様
000000001

921-0000

石川県金沢市△△町△丁目アパー
トひばり〇号室

あすなろ 直美 様
000000003

921-0000

石川県金沢市△△町×丁目

たんぽぽ 恵美子 様
000000004

921-0000

石川県金沢市〇〇町△-△△

いちょう 弘子 様
000000005

921-0000

石川県金沢市□□町△△番地×-
××

すみれ 博 様
000000008

921-0000

石川県金沢市××町△△丁目かも
め荘□号室

やまぐわ 勝 様
000000011

921-0000

石川県金沢市△△町〇〇番地□□
-□

もみじ 勲 様
000000013

921-0000

石川県金沢市××町××丁目△△
-△

つくし 智子 様
000000014

921-0000

石川県金沢市××町△△丁目〇〇
-〇

すもも 茂 様
000000021

921-0000

石川県金沢市△△町××番地

さくら 隆 様
000000029

910-0000

福井県福井市〇〇町××番地メゾ
ンとき△△号室

あさがお 久美子 様
000000059

921-0000

石川県金沢市××町△△番地〇〇
-〇

すいせん 光男 様
000000078

921-0000

石川県金沢市××町〇〇丁目〇〇

つばき 紀子 様
000000085

923-0000

石川県小松市□□町〇〇丁目××
番地

やなぎ 八重子 様
000000091

920-0000

石川県白山市△△町△番地レジデ
ンスはと□号室

ひるがお 京子 様
000000092

921-0000

石川県金沢市××町△番地△△-
△

うめ 悦子 様
000000093

932-0000

富山県小矢部市〇〇町△△番地ほ
おじろハイム×号室

なつめ 美智子 様
000000094

921-0000

石川県金沢市〇〇町××番地△△

ふき 武 様
000000095

921-0000

石川県金沢市××町△△丁目××
-××

わらび 誠 様
000000097

921-0000

石川県金沢市△△町△△丁目〇番
地

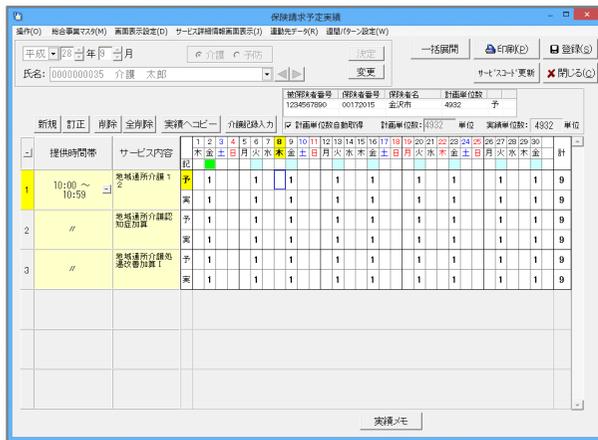
さざんか 順子 様
000000107

flowers^{NEXT} の主な特徴

POINT 1

予定・実績が別管理。

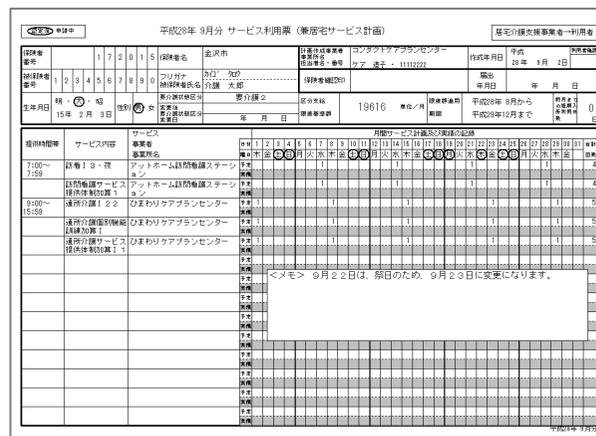
介護サービス業務の予定と実績が別管理できます。介護の現場にあわせた仕様で入力の手間がありません。



POINT 2

書類作成・管理がラク。

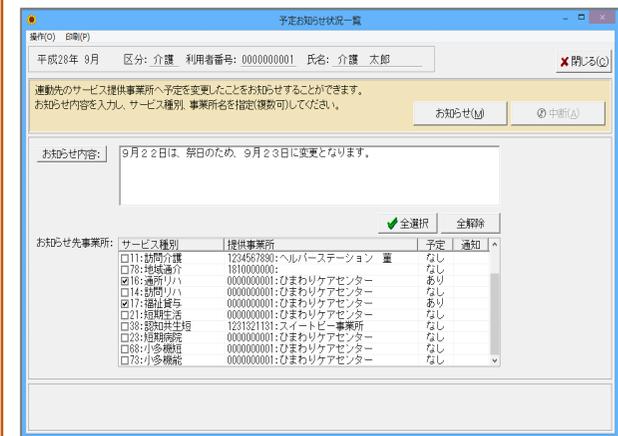
利用票、提供票や実績報告書の機能も充実。作成履歴が残るので管理がらくらく。メモを表示して印刷することも可能です。



POINT 3

お知らせ機能付き。

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



flowers^{NEXT} 動作環境

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

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

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

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

Flowers^{NEXT} ラインナップ

居宅介護支援	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			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
居宅アセスメント	MDS-HC 方式	いちよう		入所施設		介護老人保健施設システム
	居宅サービス計画ガイドライン方式	パンジー			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	施設アセスメント		MDS-RAPs 方式	あじさい
	認知症対応型通所介護システム	あさがおⅡ			包括的自立支援プログラム方式	すずらん
	通所リハビリシステム	あやめ				

※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