まもる君クラウド

帳票サンプル
福祉用具貸与システム版

介護ソフト「まもる君クラウド」の帳票サンプルです。

体験版（60 日間無料）で、同様の書式を作成することができますので、

ぜひお試しください。

◇対象サービス

17:福祉用具貸与
67:介護予防福祉用具貸与

intertrust 株式会社インタートラスト

TEL：044-281-8760　Email：support@intertrust.jp　https://kaigo.intertrust.jp

Copyright（C）INTERTRUST Inc. All Rights Reserved.

【帳票サンプル目次】

項目	帳票名称
アセスメントⅠ部（生活全般）	1.フェースシート
	2.家族状況と支援状況
	3.サービス利用状況
	4.住居等の状況
	5.健康状態、受診状況
アセスメントⅡ部（ケアアセスメント）	6.本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細
	6-②.生活機能（食事・排泄等）
	6-③.認知機能、6-④.精神・行動障害
	6-⑤.社会生活（への適応）力
	6-⑥.医療・健康関係
	7.全体のまとめ
介護予防	基本チェックリスト
	利用者基本情報　★
居宅サービス計画	第１表：居宅サービス計画書（1）★
	第２表：居宅サービス計画書（2）★
	第３表：週間計画表　★
福祉用具貸与計画書	ふくせん福祉用具サービス計画書(基本情報)
	ふくせん福祉用具サービス計画書(選定提案)
	ふくせん福祉用具サービス計画書(利用計画)
	ふくせん福祉用具サービス計画書 (モニタリングシート)
実績報告書	実績報告書　★
介護記録	バイタル一覧表
	経過記録
国保連請求	介護給付費請求書（様式第一）
	介護給付費明細書（様式第二）
	利用者請求書
	利用者領収書
	請求チェックリスト
利用者情報	利用者情報一覧
事業所情報	事業所情報一覧

★・・・令和7年4月改訂版ケアプランデータ連携システム対応

Copyright（C）INTERTRUST Inc. All Rights Reserved.

1 フェースシート 居宅サービス計画ガイドライン Ver.3対応

令和6年8月1日　相談受付 | (訪問)・電話・来所・その他（　　）　初回相談受付者 介護　太郎

本人氏名	介護　まもる 様　(男)・女	年齢	昭和5年3月1日　生れ（94 歳）
住　所	〒 215-0021 神奈川県川崎市麻生区上麻生上麻生1-5-1		☎ 044-281-8760 携帯
緊急連絡先	氏名 介護　太郎 様　(男)・女　年齢（60 歳）　本人との続柄（ 息子 ）		
	住所 神奈川県川崎市麻生区上麻生1-5-1		☎ 044-281-8760 携帯
相　談　者	氏名 介護　太郎 様　男・女　年齢（60 歳）　本人との続柄（ 息子 ）		
	住所 神奈川県川崎市麻生区上麻生1-5-1		☎ 044-281-8760 携帯
相談経路（紹介者）	息子様		
居宅サービス計画作成依頼の届出	届出年月日 令和6年9月18日		

■相談内容（主訴／本人・家族の希望・困っていることや不安、思い）

（本人）
疾患の影響により十分な意思確認は難しいが、妻の話を聞きながら「風呂に入りたいですね」と話している。

（介護者・家族）
娘たちが協力してくれたので、これまでどうにか家族で介護してきたが、この1ヶ月で歩行の不安定さが増し、3月にも一人で道路に出て転倒し、入院して退院したばかりである。さらに、今度はガラス戸に突進して頭部に大怪我をした。外出することもままならない。主治医や娘たちに進められ、介護サービスを利用する気持ちになった。

■これまでの生活の経過（主な生活史）

15年間単身赴任していたことで、調理や洗濯等の家事が得意だった。定年退職後3年間、近隣の福祉施設の管理人をしていたので、仕事を辞めてからも時折その施設にボランティアとして手伝いに出かけていた。
娘たちは隣町・隣県に住んでおり、66歳の妻と二人暮らし。3月に転倒し入院した際に介護保険の申請・利用を勧められ、要介護認定は受けていたが、ｻｰﾋﾞｽ利用にはいたらず家族介護を続けてきた。

介護保険	利用者負担割合　☑1割　□2割　□3割		後期高齢者医療保険（75歳以上）	一部負担金 □1割負担　□2割負担　□3割負担	
高額介護サービス費該当	利用者負担　（ □第5段階　□第4段階　□第3段階　□第2段階　□第1段階 ）				
要介護認定	(済) ➡ 非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・(3)・4・5			認定日	令和6年7月1日
	未（見込み）➡ 非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
身体障害者手帳	□有　□無	等　級	種　級	交付日	
療育手帳	□有　□無	程　度		交付日	
精神障害者保健福祉手帳	□有　□無	等　級	級	交付日	
障害福祉サービス受給者証の有無	□有　□無	自立支援医療受給者証の有無	□有　□無	障害支援区分→（　　）	

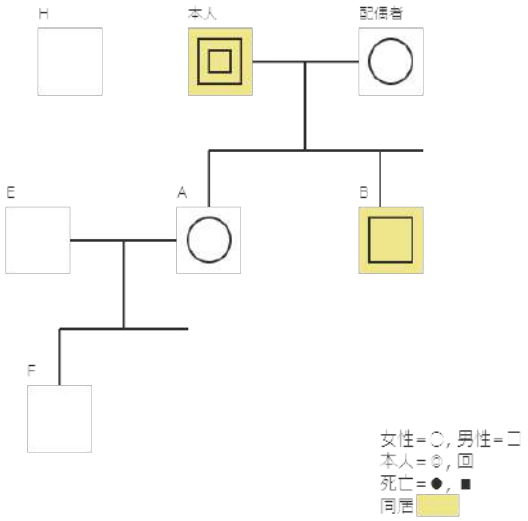
日常生活自立度	障害高齢者	自立・(J1)・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	判定者	○○（機関名 麻生クリニック）	判定日 令和6年3月1日
	認 知 症	自立・Ⅰ・(Ⅱa)・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M		○○（機関名 麻生クリニック）	令和6年3月1日

アセスメント実施日 | （初回）　令和5年10月1日　| （更新）

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

2 家族状況とインフォーマルな支援の状況

■家族構成と介護状況

家族構成図	家族の介護の状況・課題
	娘たちは介護に協力的で、月2回の定期通院の介助に交代で来ている。定期の通院介助は「主人が娘に会える機会で楽しみにしているから、これからも娘たちに頼みたい」と妻は話している。 頭部外傷の処置のため、毎日通院しており、娘たちが来られない日には妻一人で通院介助している。 妻も高血圧症のため、○クリニックに通院中である。 妻は毎週月曜日、地区コミュニティーセンターで行われている「いきいき健康クラブ」に通うことを楽しみにしていたが、夫が一人で留守番できいなくなってからは通えなくなり「とても残念」と話している。

	氏名（主たる介護者には※）		続柄	同別居	就労の状況	健康状態等	特記事項（自治会、ボランティア等社会的活動）
配	配偶者	女	妻	別	無	良好	
A	○○	女	娘	別	有	良好	
B	△△	男	息子	同	有	良好	
E							
F							
H							

■インフォーマルな支援活用状況（親戚、近隣、友人、同僚、ボランティア、民生委員、自治会等の地域の団体等）

支援提供者	活用している支援内容	特記事項
介護経験のある妻の友人	◇介護の相談相手 「健康クラブ」に一緒に通っていたが、妻が通えなくなってからは、クラブの帰りに自宅を訪ねてくれる。	

本人が受けたい支援／今後必要になると思われる支援	支援提供者	特記事項
「今後も相談に乗ってもらいたい」		「健康クラブ」では、介護相談や健康相談も行っており、妻の健康維持や介護ストレスの軽減を図る為にも、妻がクラブに通えるように支援する必要がある。

3 サービス利用状況

（　　時点）

在宅利用（認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。（介護予防）福祉用具貸与は調査日時点の、特定（介護予防）福祉用具販売は過去6カ月の品目数を記載）

□訪問介護（ホームヘルプサービス）	回	□（介護予防）特定施設入居者生活介護	日
□（介護予防）訪問型サービス	回	□看護小規模多機能型居宅介護	日
□（介護予防）訪問入浴介護	回	□（介護予防）福祉用具貸与	品目
□（介護予防）訪問看護	回	□特定（介護予防）福祉用具販売	品目
□（介護予防）訪問リハビリテーション	回	☑住宅改修	（あり）・なし
□（介護予防）居宅療養管理指導	回	□夜間対応型訪問介護	日
☑通所介護（デイサービス）	月 8 回	□（介護予防）認知症対応型通所介護	日
□（介護予防）通所型サービス	回	□（介護予防）小規模多機能型居宅介護	日
□（介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）	回	□（介護予防）認知症対応型共同生活介護	日
□（介護予防）短期入所生活介護（特養等）	日	□定期巡回・随時対応型訪問介護看護	回
□（介護予防）短期入所療養介護（老健・診療所）	日	□（介護予防）その他の生活支援サービス（名称：　　）	回

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

□配食サービス　回 □洗濯サービス　回 □移動または外出支援　回 □友愛訪問　回 □老人福祉センター　回 □老人憩いの家　回 □ガイドヘルパー　回 □身障／補装具・日常生活用具（　　）	□生活支援員の訪問（日常生活自立支援事業）　回 □ふれあい・いきいきサロン　回 □市町村特別給付［　　］ □（　　）　回 □（　　）　回

直近の入所・入院	□介護老人福祉施設 □介護老人保健施設 □介護医療院（介護療養型医療施設） □認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） □特定施設入居者生活介護適用施設（ケアハウス等）	□医療機関（医療保険適用療養病床） □医療機関（療養病床以外） □その他の施設	施設・機関名 所在地　〒 ☎

制度利用状況	年金［☑老齢関係→（国民年金　） □障害関係→（　） □遺族・寡婦→（　）］ □恩給 □特別障害者手当 □生活保護 □生活福祉資金貸付 □高齢者住宅整備資金貸付 □日常生活自立支援事業 □成年後見制度⇨　□成年後見　□保佐　□補助 成年後見人等（　）	健康保険［☑国保　□協会けんぽ（旧・政管健保） □組合健保　□日雇い □国公共済　□地方共済 □私立学校共済　□船員 □後期高齢者医療］ □労災保険→（　） その他［□（　） □（　） □（　）］

4 住居等の状況

☑1戸建て　□集合住宅

賃貸・所有・社宅等・公営住宅・その他（　）

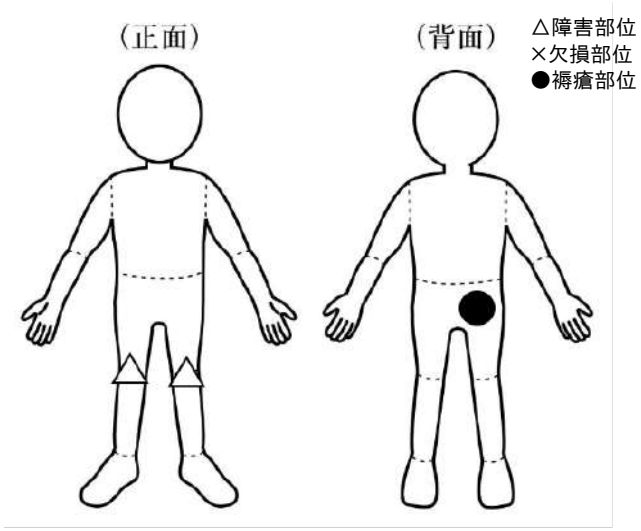
家屋（居室を含む）見取図　※段差には▲を記入

居室等の状況	ア. ☑専用居室あり　□専用居室なし イ. ☑1階　□2階　□その他（　）階⇨エレベーター□有□無 ウ. ☑布団　□ベッド⇨□固定式　□ギャッチ　□電動 □その他（　） エ. 陽あたり　☑良　□普通　□悪 オ. 暖房　☑あり　□なし　カ. 冷房　☑あり　□なし
トイレ	ア. □和式　☑洋式 □その他（　） イ. 手すり　☑あり　□なし ウ. トイレまでの段差　□あり　☑なし
浴室	ア. ☑自宅にあり　□自宅になし イ. 手すり　☑あり　□なし ウ. 浴室までの段差　□あり　☑なし
移動手段 室外	福祉機器 ☑使用している　□使用していない ↓使用している場合 □車いす　□電動車いす ☑杖　☑歩行器 □その他（　）
移動手段 室内	福祉機器 ☑使用している　□使用していない ↓使用している場合 □車いす　□電動車いす ☑杖　☑歩行器 □その他（　）
諸設備	調理器具　□ガス □IH　暖房器具　□ガス □電気 □灯油 □その他（　）

【周辺環境・立地環境・その他住居に関する特記事項】

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

5 本人の健康状態・受診等の状況

既往歴・現症（必要に応じ「主治医意見書」を転記）	障害等の部位
※要介護状態に関係がある既往歴および現症 多発性脳梗塞（3年前発症） パーキンソン症候群（2年前発症） 認知症（2年前発症） 〇年10月頃から歩行時のふたるき、めまい感が出現し、△病院で精密検査の結果、多発性脳梗塞の診断を受ける。 その後症状が進行、パーキンソン症候群の合併、認知症も出現。 最近では一人で歩くことが困難となり、転んで怪我をすることが多くなってきた。 入浴も大変になってきている。	

身　長	165 cm	体　重	60 kg
歯の状況	□歯あり　□歯なし　☑総入れ歯　□局部義歯 ⇨6−②生活機能（食事・排泄等）		

【特記事項】（病気やけが、障害等に関わる事項。改善の可能性等）

転倒/骨折：両下肢の筋力低下認められ、ふらつき・めまい感もあるため、転倒しやすい。
外部外傷：自宅の居間のガラス戸に突進、頭部裂傷30針縫合しているため、毎日通院し処置を受けている。

主治医からの指導・助言事項。視力障害、聴力障害、麻痺、関節の動き、褥瘡、その他皮膚疾患（以上要介護認定項目）、外傷、内部障害、言語障害、動悸・息切れ、便秘、尿失禁、便失禁、摂食嚥下障害、口腔（炎症・痛み・出血・口臭・虫歯・不良義歯等）に留意のこと。

現在の受診状況（歯科含む）

病　名		多発性脳梗塞			
薬の有無		☑有　□無	□有　□無	□有　□無	□有　□無
受診状況	発症時期 ※主治医意見書を参考に記入	3年前			
	受診頻度	☑定期（週㊊ 2回） □不定期	□定期（週・月　回） □不定期	□定期（週・月　回） □不定期	□定期（週・月　回） □不定期
	受診状況	☑通院　□往診	□通院　□往診	□通院　□往診	□通院　□往診
受診病院	医療機関	麻生医院			
	診療科	内科			
	主治医	麻生医師			
	連絡先	☎ 044-000-000	☎	☎	☎
受診方法 留意点等		通院介助			

往診可能な医療機関	□無　☑有（麻生医院　）☎ 044-000-000
緊急入院できる医療機関	□無　☑有（麻生医院　）☎ 044-000-000
相談、処方を受けている薬局（かかりつけ薬局）	□無　☑有（麻生医院　）☎ 044-000-000

【特記、生活上配慮すべき課題など】

6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

現在、家族が実施している場合は○
時々実施の場合は△

現在、在宅サービス等で実施している場合○

本人・家族がサービス実施を希望する場合○

要援助と判断される場合に✓
計画した場合に○（確認）

●6-①基本（身体機能・起居）動作

要介護認定項目	1-1 麻痺等（複数可）	1	②③4 5 6
	1-2 拘縮（複数可）	①	2 3 4 5
	1-3 寝返り	①	2 3
	1-4 起き上がり	①	2 3
	1-5 座位保持	①	2 3 4
	1-6 両足での立位保持	1	② 3
	1-7 歩行	1	② 3
	1-8 立ち上がり	①	2 3
	1-9 片足での立位保持	①	2 3
	1-10 洗身	1	② 3 4
	1-11 つめ切り	1	2 ③
	1-12 視力	1	② 3 4 5
	1-13 聴力	1	2 ③ 4 5
	1-14 関節の動き（複数可）	1	②③4 5 6 7

体位変換・起居

6-①1-1、1-2関係	援助の現状 家族実施	援助の現状 サービス実施	希望	要援助→計画
1）体位変換介助	○	○		
2）起居介助	○	○		

リハビリの必要性
☑あり→P9
□なし

6-①基本（身体機能・起居）動作（1-10、1-12、1-13は別記）

【特記、解決すべき課題など】
疾病による運動機能の低下と認知症の症状の進行により、屋内外で何度も転倒しており、基本動作全般に指示や見守り、一部介助が必要である。介護負担の軽減を図るために、介護用ベッドや歩行補助用具の利用を検討する。

入浴

6-①1-10関係	援助の現状 家族実施	援助の現状 サービス実施	希望	要援助→計画
1）準備・後始末	○	○		
2）移乗移動介助	○	○		
3）洗身介助	△	○		
4）洗髪介助	△	○		
5）清拭・部分浴	△	○		
6）褥瘡・皮膚疾患の対応	△	○		

2）移乗移動介助 現状	2）移乗移動介助 計画
☑見守りのみ □介助あり	☑見守り必要 □介助必要

3）洗身介助	
☑見守りのみ □介助あり	☑見守り必要 □介助必要

【特記、解決すべき課題など】
1ヶ月前までは妻の介助でシャワー浴を実施していたが、浴室で一緒に転びそうになってからは、入浴介助をやめて妻が毎日清拭を行っている。

＜コミュニケーションの状況・方法（6-①1-12、1-13関係）＞
ア.視聴覚
☑眼鏡使用　□コンタクト使用　□補聴器使用
イ.電話
☑あり　□なし
ウ.言語障害
□あり（　　）　☑なし
エ.コミュニケーション支援機器の使用
□あり（　　）　☑なし

【特記、解決すべき課題など】
午前中は会話も通じることが多いが、昼食後の昼寝から覚める15時頃から夜間にかけては、意思疎通が難しくなる。

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

6-②生活機能（食事・排泄等）

要介護認定項目	2-1 移乗	1	② 3 4
	2-2 移動	1	② 3 4
	2-3 えん下	①	2 3
	2-4 食事摂取	1	② 3 4
	2-5 排尿	1	② 3 4
	2-6 排便	1	2 ③ 4
	2-7 口腔清潔	1	② 3
	2-8 洗顔	1	② 3
	2-9 整髪	1	2 ③
	2-10 上衣の着脱	1	2 3 ④
	2-11 ｽﾞﾎﾞﾝ等の着脱	1	2 3 ④
	2-12 外出頻度	①	2 3
	2-13 飲水摂取	1	② 3 4

<その他食事の現状（6-②2-4 関係）>

ア．食事場所 ☑食堂 □居室ベッド上
□布団上 □その他居室内
□その他（　　）
イ．食堂までの段差 □あり ☑なし
ウ．咀嚼の状況 □問題なし ☑問題あり
→ □噛みにくい ☑時々噛みにくい
□とても噛みにくい
エ．食事の内容
☑一般食 □糖尿食 Kｶﾛﾘｰ
□高血圧食 g □抗潰瘍食
□その他（　　）

<その他排泄の状況（6-②2-5、2-6関係）>

ア．尿意
□ある ☑ときどきある □ない
イ．便意
□ある ☑ときどきある □ない

食事

6-②2-1 ～ 2-4 関係	援助の現状 家族実施	援助の現状 サービス実施	希望	要援助→計画
1)移乗介助	○	○		
2)移動介助	○	○		
3)摂取介助	○	○		

【特記、解決すべき課題など】
移乗や移動動作は転倒予防のために見守り、一部介助が必要である。パン・おにぎり等の手で握って食べられる食べ物であれば、一人で食べることができる。自分で口に運んで食べている時には、むせることが少ない。

主食 現状	主食 計画
☑普通食	☑普通食
□粥食	□粥食
□経口栄養	□経口栄養
□経管栄養	□経管栄養
□その他（　）	□その他（　）
副食	
☑普通食	□普通食
☑刻み食	☑刻み食
□ミキサー食	□ミキサー食
□その他（　）	□その他（　）
摂取介助	
☑見守りのみ	☑見守り必要
□介助あり	□介助必要

排泄等

6-②2-5～ 2-11 関係	援助の現状 家族実施	援助の現状 サービス実施	希望	要援助→計画
1)準備 後始末	△	○		
2)移乗移動介助	○	○		
3)排尿介助	○	○		
4)排便介助	○	○		
5)口腔清潔介助	○	○		
6)洗面介助	○	○		
7)整容介助	○	○		
8)更衣介助	○	○		

排尿介助（2-5） 現状	排尿介助（2-5） 計画
☑見守りのみ	□見守り必要
□介助あり	☑介助必要
☑トイレ	☑トイレ
□ポータブルトイレ	☑ポータブルトイレ
□尿収器	□尿収器
□導尿	□導尿
□おむつ	□おむつ
排便介助（2-6）	
☑見守りのみ	□見守り必要
□介助あり	☑介助必要
☑トイレ	□トイレ
□ポータブルトイレ	☑ポータブルトイレ
□差し込み便器	□差し込み便器
□おむつ	□おむつ
□摘便	□摘便
□浣腸	□浣腸
□人工肛門	□人工肛門

【特記、解決すべき課題など】
入れ歯の手入れはできないが、水を口に含んでうがいをすることができる。
尿意の訴えはないが、便意は時折訴え、トイレで排泄できることがある。
トイレに近い部屋への居室の変更を検討。

外出

6-②2-12 関係	援助の現状 家族実施	援助の現状 サービス実施	希望	要援助→計画
1)移送・外出介助	○	○		

【特記、解決すべき課題など】
通院以外に外出する機会が少なく、日中の活動性も低下している。
定期通院に二人の娘が交代で介助に来ることを楽しみにしている。
ふらつきがある。転倒が心配。

6- ③認知機能

要介護認定項目	3-1 意思の伝達	①	2 3 4
	3-2 毎日の日課を理解する	①	2
	3-3 生年月日や年齢を答える	①	2
	3-4 面接調査の直前記憶	1	②
	3-5 自分の名前を答える	①	2
	3-6 今の季節を理解する	①	2
	3-7 自分のいる場所を答える	①	2
	3-8 徘徊	1	② 3
	3-9 外出すると戻れない（迷子）	1	2 ③
	3-10 介護者の発言への反応	1	② 3

●6- ④精神・行動障害

要介護認定項目	4-1 被害妄想（物を盗られたなど）	①	2 3
	4-2 作話をする	①	2 3
	4-3 感情が不安定になる	1	② 3
	4-4 昼夜の逆転	①	2 3
	4-5 しつこく同じ話をする	1	② 3
	4-6 大声を出す	①	2 3
	4-7 介護に抵抗する	1	② 3
	4-8 落ち着きがない（「家に帰る」等）	①	2 3
	4-9 外に出たがり目が離せない	①	2 3
	4-10 ものを集める、無断でもってくる	①	2 3
	4-11 物を壊す、衣類を破く	①	2 3
	4-12 ひどい物忘れ	①	2 3
	4-13 独り言や独り笑い	①	2 3
	4-14 自分勝手な行動	①	2 3
	4-15 話がまとまらない、会話にならない	1	② 3
	4-16 幻視・幻聴	①	2 3
	4-17 暴言・暴力	①	2 3
	4-18 目的なく動き回る	①	2 3
	4-19 火の始末・管理	①	2 3
	4-20 不潔行為	①	2 3
	4-21 異食行動	①	2 3

6- ③認知機能、6- ④精神・行動障害　全般

家族等からの情報と観察	以前に勤めていた施設に向かって出かけようとしているようにも思える。 通院を嫌がることが多い。

	（家族）	（サービス）
援助の現状	常時、家族が見守っているようにしているが、時折目を離した隙に外に出てしまうことがある。	

援助の希望（本人）	具体的な希望を確認することはできない。
援助の希望（家族）	娘たちは、父親の運動機能の低下と認知症の症状の進行、母親の介護負担の増大を心配し、介護サービスの利用を勧めている。
援助の計画	安全な方法で定期的に清潔を保つための入浴環境の改善箇所や症状に応じた保清方法の検討妻の外出日時に合わせた訪問、通所ｻｰﾋﾞｽの利用による安全の確保及び介護負担の軽減。

【特記、解決すべき課題など】
これまでは幻覚症状はなかったが、数日前に「納屋が燃えている、逃げろ！大変だ！子供がいる」等と訴える。
庭に出て行こうとしたが、妻がなだめたところ落ち着いたとのこと。

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

●6- ⑤社会生活（への適応）力

要介護認定項目	5-1　薬の内服	1	② 3
	5-2　金銭の管理	1	② 3
	5-3　日常の意思決定	1	② 3 4
	5-4　集団への不適応	1	② 3
	5-5　買い物	1	2 3 ④
	5-6　簡単な調理	1	2 3 ④
	5-7　電話の利用	1	2 ③
	5-8　日中の活動（生活）状況等	1	2 ③
	5-9　家族・居住環境、社会参加の状況などの変化	①	2

→6-⑥医療・健康関係へ

6-⑤5-2、5-5～5-6関係	援助の現状 家族実施	援助の現状 サービス実施	希望	要援助→計画
1）金銭管理	○	○		
2）買い物	○	○		
3）調理	○	○		
4）準備・後始末	○	○		

6-⑤5-7～5-8関係	援助の現状 家族実施	援助の現状 サービス実施	希望	要援助→計画
1）定期的な相談・助言	○	○		
2）各種書類作成代行	○	○		
3）余暇活動支援	○	○		
4）移送・外出介助	○	○		
5）代読・代筆	○	○		
6）話し相手	○	○		
7）安否確認	○	○		
8）緊急連絡手段の確保	○	○		
9）家族連絡の確保	○	○		
10）社会活動への支援	○	○		

＜社会活動の状況（6-⑤5-8、5-9関係）＞

ア．家族等近親者との交流
☑あり（　　）　□なし
イ．地域近隣との交流
□あり（　　）　☑なし
ウ．友人知人との交流
☑あり（　　）　□なし

緊急連絡・見守りの方法	

【特記、解決すべき課題など】
錠剤は飲み込めずに口腔内に残っていることがあるので、きちんと飲み込めたかどうかを確認する必要がある。
乾いて取り込んだ洗濯物のタオル類は、一緒にたたむことができる。

●6-⑥医療・健康関係

※計画をする際には主治医の意見を求める場合あり

要介護認定項目	処置内容	1. 点滴の管理
		2. 中心静脈栄養
		3. 透析
		4. ストーマ（人工肛門）の処置
		5. 酸素療法
		6. レスピレーター（人工呼吸器）
		7. 気管切開の処置
		8. 疼痛の看護
		9. 経管栄養
	特別な対応	10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）
		11. じょくそうの処置
		12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）

	援助の現状 家族実施	援助の現状 サービス実施	希望	要援助→計画
1)測定・観察	○	○	○	○
2)薬剤の管理	○	○		
3)薬剤の使用	○	○		
4)受診・検査介助	○	○		
5)リハビリテーション	○	○		
6)医療処置の管理	○	○		

【特記、生活上配慮すべき課題など】

体重の減少や咀嚼力の低下が見られるため、栄養状態の低下が心配される。転倒し頭部を縫合しているため、毎日の消毒とガーゼ交換が必要である。

現状↓	計画↓	具体的内容
☑	☑	バイタルサインのチェック
☑	☑	定期的な病状観察
☑	☑	内服薬
□	☑	坐薬（緩下剤、解熱剤等）
□	☑	眼・耳・鼻等の外用薬の使用等
□	□	温・冷あん法、湿布貼付等
□	□	注射
□	□	吸引
□	□	吸入
□	□	自己注射（インスリン療法）
□	□	経管栄養法
□	□	中心静脈栄養法
□	□	酸素療法
□	□	人工呼吸療法
□	□	気管カニューレ管理
□	□	自己導尿
□	□	自己腹膜灌流
□	□	膀胱留置カテーテル管理
□	□	人工肛門・人工膀胱管理
□	□	疼痛管理
□	□	褥瘡管理

介護に関する医師の意見（「主治医意見書」を転記）

（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　☑自立ないし何とか自分で食べられる　□全面介助

現在の栄養状態　☑良好　□不良

→　栄養・食生活上の留意点（誤嚥に注意すること　）

（3）現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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

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

→　対処方針（　）

（4）サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☑期待できる　□期待できない　□不明

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

□訪問診療　□訪問看護　□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　□老人保健施設　□介護医療院　□その他の医療系サービス（　）

□特記すべき項目なし

（6）サービス提供時における医学的観点からの留意事項（該当するものを選択するとともに、具体的に記載）

□血圧（　）　□摂食（　）　□嚥下（　）

□移動（　）　□運動（　）　□その他（　）

□特記すべき項目なし

（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

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

7 全体のまとめ

＜身体機能状況＞
・多発性脳梗塞・パーキンソン症候群
・最近では一人で歩くことが困難になり転倒し怪我をすることが多くなった。両下肢の筋力低下が認められる。
・自宅の居間で頭部裂傷し、縫合しているため、毎日通院し処置を受けている。
・定期的な通院も病状の進行によっては困難となる。
・この1ヶ月で3kg体重が減少したため、歯茎がやせてしまい、入れ歯が合わなくなっている。
＜精神心理状況＞
・認知症・疾患の影響により、十分な意思疎通は難しい。
・常時、家族が見守っているが、目を離した隙に出かけてしまうことがある。1ヶ月前にも妻が気づかぬ内に一人で道路に出てしまい転倒。
・入浴は大好きとのことで、妻の話を聞きながら「風呂に入りたいですね」という。
・タオル類は一緒にたたむことができる。
＜社会環境状況＞
・73歳の妻との高齢世帯。妻も高血圧のため麻生医院に通院中だが、日常生活上の問題はない。
・妻は毎週月曜日「いきいき健康クラブ」に通うことを楽しみにしていたが、夫が留守番できなくなってからは通えなくなっている。妻は「知大にも会えるし、毎週月曜日10時半から12時までの『健康クラブ』には参加したい」と話している。
・介護経験のある妻の友人の訪問がある。
・主治医から「経過観察のため週1回の通院は必要だが、毎日の消毒ガーゼ交換は自宅で行ってもいい」と説明されているが、妻は医療処置が不安なため、毎日通院している。

災害時の対応の必要性について
⇒有の場合

必要性の有無	有　(無)	個別避難計画策定の有無	有　策定中　(無)

災害時の連絡先 （家族以外／民生委員等）	（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（本人との関係） TEL.　　FAX. メール
備考	

権利擁護に関する対応の必要性について
⇒有の場合

必要性の有無	(有)　無

備考	

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

■1日のスケジュール

		本人の生活リズム	①本人が自分でしていること ②したいと思っていること （興味、関心）	援助の現状		要援助と判断される場合に✓計画した場合に○（確認）
				家族実施	サービス実施	
（深夜）	0	■ 就寝				
		■ 就寝				
	1	■ 就寝				
		■ 就寝				
	2	■ 就寝				
		■ 就寝				
	3	■ 就寝				
		■ 就寝				
	4	■ 就寝				
		■ 就寝				
	5	■ 就寝				
		■ 就寝				
（早朝）	6	■ 就寝				
		○ 排尿	①排泄　②自身での排泄。			
	7	△ 食事		食事提供、見守り		
		△ 食事		食事提供、見守り		
（午前）	8					
	9					
	10					
	11					
（午後）	12	△ 食事		食事提供、見守り		
				食事提供、見守り		
	13	☆ 入浴		入浴介助		
	14					
	15					
	16					
	17					
（夜間）	18	△ 食事		食事提供、見守り		
				食事提供、見守り		
	19					
	20	■ 就寝				
		■ 就寝				
	21	■ 就寝				
		■ 就寝				
	22	■ 就寝				
		■ 就寝				
（深夜）	23	■ 就寝				
		■ 就寝				
	24					

◎:排便　△:食事　□:起床
○:排尿　☆:入浴　■:就寝

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

基本チェックリスト

作成日：　令和1年7月2日

氏名	介護　花子 様	住　所	東京都品川区大井1434-9911	生年月日	昭和5年1月28日
希望するサービス内容					

No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください	
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	日用品の買い物をしていますか	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ら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　152.0　cm　　体重　55.0　kg　（BMI＝　23.8　　）（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	お茶や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

利用者基本情報

令和7年4月改訂版ケアプランデータ連携システム対応

作成日：令和6年11月20日
作成担当者：ケアマネ　次郎

《基本情報》

相談日	令和6年11月20日（水）		(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	ｶｲｺﾞ ﾏﾓﾙ 介護　まもる 様	性別 男性	M・T・(S)　5年3月1日生　　94歳		
住　　所	〒215-0021 神奈川県川崎市麻生区上麻生上麻生1-5-1			Tel Fax	044-281-8760 044-281-8761
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・(J1)・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・(Ⅰ)・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M			
認定情報	非該当・要支1・(要支2)・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：令和3年11月1日　～　令和7年10月31日　（前回の介護度　要支援1　）				
障害等認定	身障（　　）、療育（　　）、精神（　　）、難病（　　）、（　　）				
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）	介護　花子 様				
住　所 連絡先	神奈川県川崎市麻生区上麻生1-5-1 1234-123-1234	**続柄**	長女		
緊急連絡先	**氏名**	**続柄**	**住所・連絡先**		
	介護　花子	長女	神奈川県川崎市麻生区上麻生1-5-1 1234-123-1234		
	介護　三郎	次男	神奈川県川崎市麻生区上麻生1111 0000-000-0000		

家族構成

家族構成

◎=本人、○=女性、□=男性
●■=死亡、☆=キーパーソン
主介護者に「主」
副介護者に「副」
（同居家族は○で囲む）

家族関係等の状況

ケアプランデータ連携システムより取得したデータを取込みすると、 利用者基本情報を**を確認することが可能です。**

《介護予防に関する事項》

今までの生活	川崎市百合丘に生まれ、市内の電気関連の工場で長年勤務し定年を迎えた。67歳の時に自家用車を運転中に軽トラックに追突される。このことをきっかけに腰の調子がわるくなり病院への通院がはじまり、年とともに通院回数も増えてきている。現在、妻と二人暮らしであるが、妻も体調を崩すことが多くなってきている。若い頃から俳句に関心があり仕事の傍ら俳句同人会で活動していた。			
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	１日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	たまに散歩や買い物等で外に出かけることもあるが、最近、腰の痛痛がひどく、家の中で横になっていることが多くなってきている。			俳句づくりが趣味 楽しみは俳句と、人との交流
	時間	本人	介護者・家族	
				友人・地域との関係
				近所の幼馴染とは現在も交流がある。

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 （主治医・意見作成者に☆）			経過	治療中の場合は内容
令和2年7月16日	腸炎癒着	麻生病院	☆	Tel 044-288-0000	治療中 経過観察中 その他	
令和2年11月4日	腰通症	麻生病院		Tel 044-288-0000	治療中 経過観察中 その他	コルセット着用中
令和3年3月4日	慢性気管支炎	麻生病院		Tel 044-288-0000	治療中 経過観察中 その他	気管支拡張剤処方
				Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
特になし	配色サービス（週2回）

介護予防支援事業者が行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

令和6 年　11月　1　日　　氏名 介護　花子

第１表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 令和3年5月1日

令和7年4月改訂版ケアプランデータ連携システム対応

(初回)・ 紹介 ・ 継続

(認定済)・ 申請中

利用者名 介護　まもる 様　　生年月日 昭和10年2月1日　　住所 神奈川県川崎市麻生区万福寺1-8-7パストラル新百合ヶ丘2F　ガーデン

居宅サービス計画作成者氏名　ケアマネまもる

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地　ケアプランセンターまもる 神奈川県川崎市麻生区万福寺1-8-7パストラル新百合ケ丘2F

居宅サービス計画作成（変更）日　令和3年5月1日　　初回居宅サービス計画作成日　令和3年5月19日

認定日　令和2年9月1日　　認定の有効期間　令和2年9月1日　～ 令和5年8月31日

要介護状態区分	要支援１　・　要支援２　・　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	利用者：住み慣れた家で最後まで暮らしていきたい。特に歩行をスムーズにしたいので、そのために必要なリハビリに関するサービスは利用していきたいとの意向がある。 家族：父親の意向について、長男であるA氏も「尊重していきたいと思っている」と語られている。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	サービスの種類の指定：通所リハビリ **ケアプランデータ連携システムより取得したデータを取込みすると、 第1表を確認することが可能です。**
総合的な援助の方針	右大腿骨骨折後、懸命にリハビリに励み、介護者の負担にならないようにと努力している。訪問介護・看護スタッフも生活動作の回復のため働きかけを密に行っている。 今後は、さらに通所リハビリも導入することにより、社会生活の広がりと、よりスムーズな体の動きのためのリハビリを行っていただきたい。緊急連絡先（03-2222-4444長女）
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（　　）

第２表

居宅サービス計画書（2）

令和7年4月改訂版ケアプランデータ連携システム対応

利用者名　介護　まもる 様

作成年月日　令和3年5月1日

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	頻度	期間
ベッドから車椅子までの移乗が不安でついついベッド上で寝たりきりの時間が多くなっている。	寝たきりの生活から座位の生活へと戻れる	R03/05/01 ～ R03/08/31	日中車椅子での生活が行えるようにする	R03/05/01 ～ R03/08/31	移動介助を安全に行う(巡回型、朝ベッドから車椅子、夕方車椅子からベッドへ)	○	訪問介護 朝、昼、夜、巡回型 身体1	ヘルパーステーションまもる	毎日	R03/05/01 ～ R03/08/31
排泄が自立して行えない	排泄の方法を検討する	R03/05/01 ～ R03/08/31	安全に排泄動作が行えるようにする	R03/05/01 ～ R03/08/31	排泄介助（巡回型、朝、昼、夜、各トイレ介助）	○	訪問介護 朝、昼、夜、巡回型 身体1	ヘルパーステーションまもる	毎日	R03/05/01 ～ R03/08/31
			トイレに手すりを設置する	1回	住宅改修、手すりの設置	○				
	ケアプランデータ連携システムより取得したデータを取込みすると、第2表を確認することが可能です。									

※1「保険給付対象か否かの区分」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。

第3表　令和7年4月改訂版ケアプランデータ連携システム対応

週間サービス計画表

利用者名　介護　まもる 様

作成者　ケアマネまもる　　作成年月日　令和3年5月1日

ケアプランデータ連携システムより取得したデータを取込すると、第3表を確認することが可能です。

		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								起床、トイレ
									朝食
午前	8:00								
		9:00～15:00 通所介護 デイサービスセンターまもる		9:00～15:00 通所介護 デイサービスセンターまもる		9:00～15:00 通所介護 デイサービスセンターまもる			
	10:00								TV、新聞、お茶
午後	12:00								昼食
			13:00～13:30 訪問介護 ヘルパーステーションまもる		13:00～13:30 訪問介護 ヘルパーステーションまもる				
	14:00								
			15:00～17:00 (外)障害支援サービス		15:00～17:00 (外)障害支援サービス				家の周辺を散歩
	16:00								
									TV、お茶
夜間	18:00								
									夕食
	20:00								
深夜	22:00								就寝
	24:00								

週単位以外のサービス	福祉用具：車いす

ふくせん 福祉用具サービス計画書（基本情報）

管理番号	1
作成日	2024年04月01日
福祉用具専門相談員名	山田　太郎

フリガナ	ｶｲｺﾞ ﾏﾓﾙ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間	
利用者名	介護　まもる　様	男性	昭和25年1月1日	74歳	要介護1	令和6年5月1日	～令和8年4月30日
住所	神奈川県川崎市麻生区上麻生1-5-1					TEL	044-281-8760
居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所					担当ケアマネジャー	

相談内容	相談者		利用者との続柄		相談日	
ケアマネジャーとの相談記録	令和6年4月改訂最新版					ケアマネジャーとの相談日

身体状況・ADL

（　　）現在

身長	cm	体重	kg

寝返り	☑つかまらないでできる	□何かにつかまればできる	□一部介助	□できない
起き上がり	□つかまらないでできる	☑何かにつかまればできる	□一部介助	□できない
立ち上がり	☑つかまらないでできる	□何かにつかまればできる	□一部介助	□できない
移乗	☑自立（介助なし）	□見守り等	□一部介助	□全介助
座位	☑できる	□自分の手で支えればできる	□支えてもらえればできる	□できない
屋内歩行	□つかまらないでできる	☑何かにつかまればできる	□一部介助	□できない
屋外歩行	□つかまらない	☑何かにつかまればできる	□一部介助	□できない
移動	☑自立（介助なし）	□見守り等	□一部介助	□全介助
排泄	☑自立（介助なし）	□見守り等	□一部介助	□全介助
入浴	□自立（介助なし）	☑見守り等	□一部介助	□全介助
食事	☑自立（介助なし）	□見守り等	□一部介助	□全介助
更衣	□自立（介助なし）	☑見守り等	□一部介助	□全介助
意思の伝達	□意思を他者に伝達できる	☑ときどき伝達できる	□ほとんど伝達できない	□伝達できない
視覚・聴覚				

疾病	
麻痺・筋力低下	
障害日常生活自立度	
認知症の日常生活自立度	
特記事項	

介護環境

家族構成/主介護者				
他のサービス利用状況				
利用している福祉用具				
特記事項				

意欲・意向等

利用者の意欲・意向,今困っていること（福祉用具で期待することなど）	□利用者から確認できた	□利用者から確認できなかった

居宅サービス計画

利用者及び家族の生活に対する意向	利用者	
	家族	
総合的な援助方針		

住環境

☑戸建

□集合住宅（　　階）

（　エレベーター　□有　□無　）

例：段差の有無など

ふくせん 福祉用具サービス計画書(選定提案)

管理番号	1
説明日	2024年04月01日
説明担当者	山田　太郎

フリガナ	ｶｲｺﾞ ﾏﾓﾙ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
利用者名	介護　まもる　様	男性	昭和25年1月1日	74歳	要介護1	令和6年5月1日　～令和8年4月30日
居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所				担当ケアマネジャー	

※	福祉用具が必要な理由(※)
1	日常的に転倒・骨折を繰り返しており疼痛の訴えが常時ある。歩行時の痛みと筋力低下により、屋内、屋外共に歩行することは困難であり、移動は車椅子を使用することで安全に行うことができる。本人の精神的・身体的苦痛を軽減し、さらにベッド中心の生活から、活動領域を拡大していくためには車いすが必要である。

貸与を提案する福祉用具

（ 1 ／ 1 枚）

(※)との対応	種目 提案品目(商品名) 機種(型式)／TAISコード	貸与価格(円) 全国平均貸与価格(円)	提案する理由	【説明方法】カタログ Webページ TAISページ 実物 等	採否
1	車いす 抑速ブレーキ付前腕支持型歩行車 CONPAL REHAMO(コンパル　リハモ) 00025-000024「NCR-8A-TA」	4,540 4,554		http://www.techno-aids.or.jp/WelfareItemDetail.php?RowNo=1&YouguCode1=00025&YouguCode2=000024	○

ふくせん 福祉用具サービス計画書(利用計画)

管理番号	1

フリガナ	ｶｲｺﾞ ﾏﾓﾙ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
利用者名	介護　まもる　様	男性	昭和25年1月1日	74歳	要介護1	令和6年5月1日　～ 令和8年4月30日
居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所					担当ケアマネジャー

※	生活全般の解決すべき課題・ニーズ（福祉用具が必要な理由）	福祉用具利用目標
1	日常的に転倒・骨折を繰り返しており疼痛の訴えが常時ある。歩行時の痛みと筋力低下により、屋内、屋外共に歩行することは困難であり、移動は車椅子を使用することで安全に行うことができる。本人の精神的・身体的苦痛を軽減し、さらにベッド中心の生活から、活動領域を拡大していくためには車いすが必要である。	痛みがある箇所の負担軽減。
2		
3		
4		

選定福祉用具

（ 1 ／ 1 枚）

※との対応	サービス種目(貸与・販売)	単位数	選定理由
	機種名		
	型式	TAIS・届出コード	
1	車いす(貸与)	454	
	抑速ブレーキ付前腕支持型歩行車　CONPAL REHAMO(コンパル　リハモ)		
	NCR-8A-TA	00025-000024	

留意事項	

- ☐ 私は、貸与・販売の選択制対象の福祉用具に関する説明、及び選択に必要な情報の提供と提案を受けました。
- ☐ 私は、貸与の候補となる福祉用具の全国平均貸与価格等の説明を受けました。
- ☐ 私は、貸与の候補となる機能や価格の異なる複数の福祉用具の提示を受けました。
- ☐ 私は、福祉用具サービス計画の内容について説明を受け、内容に同意し、計画書の交付を受けました。

日付	年　月　日
署名	印
(続柄)代筆者名	(　　)　印

事業所名	福祉用具貸与事業所	福祉用具専門相談員		次回モニタリング	
住　所	神奈川県川崎市麻生区上麻生1-5-1りそな新百合ヶ丘ビル3F	TEL	044-281-8760	FAX	044-281-8761

(一社)全国福祉用具専門相談員協会(06版　利用計画)

ふくせん モニタリングシート（利用状況確認書）

管理番号 1　　（ 1 ／ 1 枚）

モニタリング実施日	2024年07月01日
前回実施日	
お話を伺った人	☑ 利用者　☐ 家族　☐ 他（　　）
確認手段	☐ 訪問 ☐ 電話 ☐ 他（　　）
事業所名	福祉用具貸与事業所
福祉用具専門相談員	
事業所住所	神奈川県川崎市麻生区上麻生1-5-1りそな新百合ヶ丘ビル3F
TEL	044-281-8760

フリガナ	ｶｲｺﾞ ﾏﾓﾙ	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所	担当ケアマネジャー	
利用者名	介護　まもる　様	要介護度	要介護1	認定期間	令和6年5月1日 ～ 令和8年4月30日

※	福祉用具利用目標	目標達成状況 達成度	詳細
1	痛みがある箇所の負担軽減。	☐ 達成 ☑ 一部達成 ☐ 未達成	福祉用具使用に伴い改善傾向にある。
2		☐ 達成 ☐ 一部達成 ☐ 未達成	
3		☐ 達成 ☐ 一部達成 ☐ 未達成	
4		☐ 達成 ☐ 一部達成 ☐ 未達成	

※との対応	利用福祉用具(サービス種目) 機種(型式)	利用開始日	利用状況の問題	点検結果	今後の方針	理由等 ※選択制対象種目の検討含む
1	抑速ブレーキ付前腕支持型歩行車　CONPAL REHAMO（コンパル　リハモ）(車いす) 00025-000024 (NCR-8A-TA)		☐ なし ☐ あり	☐ 問題なし ☐ 問題あり	☐ 継続 ☐ 再検討	
			☐ なし ☐ あり	☐ 問題なし ☐ 問題あり	☐ 継続 ☐ 再検討	
			☐ なし ☐ あり	☐ 問題なし ☐ 問題あり	☐ 継続 ☐ 再検討	
			☐ なし ☐ あり	☐ 問題なし ☐ 問題あり	☐ 継続 ☐ 再検討	
			☐ なし ☐ あり	☐ 問題なし ☐ 問題あり	☐ 継続 ☐ 再検討	
			☐ なし ☐ あり	☐ 問題なし ☐ 問題あり	☐ 継続 ☐ 再検討	
			☐ なし ☐ あり	☐ 問題なし ☐ 問題あり	☐ 継続 ☐ 再検討	
			☐ なし ☐ あり	☐ 問題なし ☐ 問題あり	☐ 継続 ☐ 再検討	

利用者等の変化

身体状況・ADLの変化	☑ なし ☐ あり		介護環境①（家族の状況）の変化	☑ なし ☐ あり	
意欲・意向等の変化	☐ なし ☑ あり		介護環境②（サービス利用等）・住環境の変化	☑ なし ☐ あり	

総合評価

福祉用具サービス計画の見直しの必要性	☑ なし ☐ あり	

次回モニタリング	2024年09月30日

（一社）全国福祉用具専門相談員協会(06版　利用状況確認書)

令和7年4月改訂版ケアプランデータ連携システム対応

令和7年4月分　実績報告書 ← 帳票名称を変更することができます

令和7年4月15日

居宅介護支援事業所名：居宅介護支援事業所
サービス提供事業者：福祉用具貸与事業所
利用者名：介護　まもる 様

担当者:ケアマネ　次郎 様

被保険者番号：1234567890 要介護1

提供時間帯	サービス名称 / 福祉用具	単位数	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	合計 回数	合計 単位数
			曜日	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	水		
～	車いす貸与		予定	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	1	500
	00170-000615／車椅子	500	実績	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	1	500
～	特殊寝台貸与		予定	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	1	500
	00170-000013／アウラ電動ベッド	500	実績	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	1	500
～			予定																																
			実績																																
～			予定																																
			実績																																
～			予定																																
			実績																																
～			予定																																
			実績																																
～			予定																																
			実績																																
～			予定																																
			実績																																
～			予定																																
			実績																																
～			予定																																
			実績																																
～			予定																																
			実績																																
～			予定																																
			実績																																

月間サービス計画及び実績の記録

「TAISコード／商品名」、「TAISコードのみ」
「商品名のみ」、「商品名／型番」を
選択して記載することが可能です。

■実績単位数合計　支給限度管理対象内:1000　支給限度管理対象外:0　計:1000

※実績値によって変動するサービス（介護職員処遇改善加算や訪問介護同一建物減算等）は、予定欄にも実績の単位数を記載しています。

バイタル一覧表

2025年3月1日 ～ 2025年3月31日

利用者名：介護　まもる　様

日付	時間	体温(℃)	血圧（高）(mmHg)	血圧（低）(mmHg)	脈拍(回/分)	体重(kg)	酸素飽和度(%)	備考	担当者
2025/3/3(月)	9:10	36.5	130	80	70		96		介護　福祉士
2025/3/10(月)	9:15	36.8	140	69	65		98		スタッフテスト
2025/3/17(月)	9:20	36.8	148	96			96		介護　福祉士
2025/3/24(月)	9:10	36.7	140	66	66		96		介護　福祉士
2025/3/31(月)	9:30	37.5	116	72	96		98	微熱あり。指先冷感あり。40分後再検とする。	テスト　職員
2025/3/31(月)	10:15	37.2	140	72	86		97	再検。指先冷感なし。血圧も落ち着いてる。ご本人活気あり、水分補給も積極的に取ってくださっている。	

帳票設定にてバイタル基準値を設定できます。
基準値を超えた場合に赤字でアラート表示します。

※重要な記録は「スタートメニューの申し送り」に転送出来ます

福祉用具貸与事業所

経過記録

期間: 2024年11月1日 ～ 2024年11月30日　　**利用者名**: 介護　まもる　様

日付	時間	分類	内容	担当者
2024年 11月1日(金)	10:00	訪問	初回訪問行う。ご挨拶後、ご本人様とお話をする。「横になってても腰が痛い」と仰る。 ベッドではなく、布団で寝ている。 ベッドのご希望があり、そこはケアマネにも言ってあるんだ。と仰る。 前段階でケアマネからその情報は得ている。 カタログをタブレットでご覧いただきメリットご案内。 ご納得いただく。選定提案に入る。	スタッフテスト
2024年 11月8日(金)	11:00	ケアマネからの連絡	選定提案を2日前に作成し、〇〇ケアマネージャーに共有済。 ケアマネージャーから連絡がくる。 一度、サービス担当者会議を行うので〇月〇日〇〇：〇〇～と連絡あり。 承諾する。	スタッフテスト
2024年 11月15日(金)	13:00	サービス担当者会議	サービス担当者会議 ケアマネージャー、ご家族、ご本人同席。 ご本人からも「一先ず早急にベッドの貸し出しをしてほしい」と強い要望ある。 ケアマネージャーからも是非、うちでレンタルを行ってほしいとの事で快諾。 次回訪問時よりレンタル開始予定。詳細は別途計画書にて。	スタッフテスト

様式第一（附則第二条関係）

令和		3	年	1	2	月分

介護給付費請求書

事業所番号	0 0 0 0 0 0 0 1 2 3	
請求事業所	名　称	インタートラスト福祉用具
	所在地	〒215－0004 神奈川県川崎市麻生区万福寺1-8-7 パストラル新百合ヶ丘 2F
	連絡先	044-281-8760

保　険　者

（別　記）殿

下記のとおり請求します。　　令和 3 年 12 月 20 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	1	1,454	14,540	13,086	0	1,454					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合　計	1	1,454	14,540	13,086	0	1,454					

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	件数	費用合計	公費請求額
12	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							
	生　保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
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								

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・小規模多機能型居宅介護（短期利用）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和		3	年	1	2	月分

保険者番号	1 4 1 3 7 4

被保険者		
	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	ｶｲｺﾞ ﾏﾓﾙ
	氏名	介護　まもる
	生年月日	1.明治　2.大正　③昭和　10年　2月　1日
	性別	①男　2.女
	要介護状態区分	要介護1・②・3・4・5
	認定有効期間	令和 2年 9月 1日から
		令和 5年 8月 31日まで

請求事業者	
事業所番号	0 0 0 0 0 0 0 1 2 3
事業所名称	インタートラスト福祉用具
所在地	〒215－0004
	神奈川県川崎市麻生区万福寺1-8-7 パストラル新百合ヶ丘 2F
連絡先	電話番号　044-281-8760

居宅サービス計画			
	①. 居宅介護支援事業者作成　　2．被保険者自己作成		
	事業所番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 1	事業所名称 ケアプランセンターまもる

開始年月日	令和　年　月　日	中止年月日	令和　年　月　日
中止理由	1.非該当　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院　9.介護医療院入所		

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
車いす貸与	1 7 1 0 0 1		3 1	1 2 3 4			00011-000001
手すり貸与	1 7 1 0 0 7		3 1	2 2 0			00054-000116

給付費明細欄（住所地特例対象者）

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請求額集計欄

①サービス種類コード／②名称	17	福祉用具													
③サービス実日数	31	日			日			日			日				
④計画単位数		1454													
⑤限度額管理対象単位数		1454													
⑥限度額管理対象外単位数														給付率（/100）	
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥		1454												保険	90
⑧公費分単位数														公費	
⑨単位数単価	1000	円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			合計	
⑩保険請求額		13086													13086
⑪利用者負担額		1454													1454
⑫公費請求額															
⑬公費分本人負担															

社会福祉法人等による軽減欄

軽減率	%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考

1	枚中	1	枚目

発行日：　令和5年7月3日

神奈川県川崎市麻生区上麻生1111
ガーデンハイツ2F

介護まもる 様

〒215-0021
神奈川県川崎市麻生区上麻生1-5-1
りそな新百合ヶ丘ビル3F

福祉用具貸与事業所

TEL: 044-281-8760　　FAX: 044-281-8761
登録番号 T7894561234564

介護サービス利用料等 請求書

令和5年6月　　（利用日：〇）

日	月	火	水	木	金	土
				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	

下記の通りご請求申し上げます。

対象年月	令和5年6月分
ご請求金額（税込）	4,740円

令和5年6月分内訳

サービス内容		単価	回数	合計	備考
【介護保険サービス】					
車いす貸与			30	300単位	らくらく椅子フレンドリー
特殊寝台貸与			30	1200単位	電動3モーターベッド
合計（単位数）				1500単位	保険請求額 13,500円
ご利用者本人負担額	※2			1,500円	保険給付率 90%
【保険給付対象外サービス】					
自費サービス	※1	3,000円	1	3,000円	

※インボイス対応書式です。

※1：軽減税率対象　※2：非課税対象

合計（税抜）	4,500円	消費税計	240円
10%対象	0円	消費税	0円
8%対象	3,000円	消費税	240円
非課税対象	1,500円	消費税	0円

発行日：　令和5年7月3日

神奈川県川崎市麻生区上麻生1111
ガーデンハイツ2F

介護まもる 様

〒215-0021
神奈川県川崎市麻生区上麻生1-5-1
りそな新百合ヶ丘ビル3F

福祉用具貸与事業所

TEL: 044-281-8760　　FAX: 044-281-8761
登録番号 T7894561234564

介護サービス利用料等 領収書

令和5年6月　　（利用日：〇）

日	月	火	水	木	金	土
				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	

下記の通り領収致しました。
居宅支援事業所の名称：居宅介護支援事業所

対象年月	令和5年6月分
金額（税込）	4,740円

令和5年6月分内訳

サービス内容		単価	回数	合計	備考
【介護保険サービス】					
車いす貸与			30	300単位	らくらく椅子フレンドリー
特殊寝台貸与			30	1200単位	電動3モーターベッド
合計（単位数）				1500単位	保険請求額 13,500円
ご利用者本人負担額	※2			1,500円	保険給付率 90%
【保険給付対象外サービス】					
自費サービス	※1	3,000円	1	3,000円	

※インボイス対応書式です。

※1：軽減税率対象　※2：非課税対象

医療費控除の対象となる金額

合計（税抜）	4,500円	消費税計	240円
10%対象	0円	消費税	0円
8%対象	3,000円	消費税	240円
非課税対象	1,500円	消費税	0円

令和1年7月2日

請求チェックリスト

令和 1 年 5 月分

氏名 利用者番号　カナ	〒 電話番号	住所 支払方法	指定居宅サービス	保険対象外サービス	合計金額	チェック欄
介護　まもる 000001　ｶｲｺﾞ ﾏﾓﾙ	〒002-8071 0236-323-1111	北海道札幌市北区あいの里一条4324-2998238ハイムまもる505号室 口座振替	3,846	4,500	8,346	
介護　花子 000002　ｶｲｺﾞ ﾊﾅｺ	〒140-0014 078-7465-5432	東京都品川区大井1434-9911 振込	4,567	0	4,567	
山田　まもる 000003　ﾔﾏﾀﾞ ﾏﾓﾙ	〒965-0031 012-345-678	福島県会津若松市相生町4636-22117 集金	23,495	0	23,495	
佐藤　花子 000004　ｻﾄｳ ﾊﾅｺ	〒906-0502 74-4354	沖縄県宮古島市伊良部池間添1-1000-55 持参	7,467	0	7,467	
田中　太郎 000005　ﾀﾅｶ ﾀﾛｳ	〒819-0203 055-99-5467	福岡県福岡市西区小田622-12 振込	8,074	8,500	16,574	
川崎　花子 000006　ｶﾜｻｷ ﾊﾅｺ	〒555-0021 0234-11-7788	大阪府大阪市西淀川区歌島9345333コーポまもるA101号室 口座振替	2,753	0	2,753	
神奈川　まもる 000007　ｶﾅｶﾞﾜ ﾏﾓﾙ	〒680-0008 030-8880-0056	鳥取県鳥取市山城町432-2456 持参	15,132	0	15,132	
神奈川　花子 000008　ｶﾅｶﾞﾜ ﾊﾅｺ	〒951-8156 0188-65-7656	新潟県新潟市中央区汐見台99876-455 集金	41,707	0	41,707	
		合計　8件	107,041	13,000	120,041	

利用者一覧

利用者番号 被保険者番号	カナ 氏名	性別	生年月日 電話番号	〒 要介護状態	住所 公費区分	保険者	支援事業所
000001 5454543643	ｶｲｺﾞ ﾏﾓﾙ 介護　まもる	男性	S15.1.1 0236-323-1111	〒002-8071 要介護1	北海道札幌市北区あいの里一条4324-2998238 ハイムまもる505号室	札幌市(札幌市北区)	ケアプランセンターまもる
000002 8574674647	ｶｲｺﾞ ﾊﾅｺ 介護　花子	女性	S5.1.28 078-7465-5432	〒140-0014 要介護2	東京都品川区大井1434-9911 (公)	品川区	ケアプランセンターまもる
000003 8767467476	ﾔﾏﾀﾞ ﾏﾓﾙ 山田　まもる	男性	M34.2.27 012-345-678	〒965-0031 要介護3	福島県会津若松市相生町4636-22117	会津若松市	小規模多機能事業所まもる
000004 3245469884	ｻﾄｳ ﾊﾅｺ 佐藤　花子	女性	S10.6.18 74-4354	〒906-0502 要介護4	沖縄県宮古島市伊良部池間添1-1000-55	宮古島市	居宅介護支援事業所まもる
000005 7676335646	ﾀﾅｶ ﾀﾛｳ 田中　太郎	男性	S18.3.2 055-99-5467	〒819-0203 要介護5	福岡県福岡市西区小田622-12 (公)	福岡市(福岡市西区)	ケアプランセンターまもる
000006 7664564676	ｶﾜｻｷ ﾊﾅｺ 川崎　花子	男性	S14.10.18 0234-11-7788	〒555-0021 要支援1	大阪府大阪市西淀川区歌島9345333 コーポまもるA101号室	大阪市	地域包括支援センターまもる
000007 4676645657	ｶﾅｶﾞﾜ ﾏﾓﾙ 神奈川　まもる	男性	S15.1.17 030-8880-0056	〒680-0008 要介護2	鳥取県鳥取市山城町432-2456	鳥取市	ケアプランセンターまもる
000008 1657784767	ｶﾅｶﾞﾜ ﾊﾅｺ 神奈川　花子	女性	S18.5.17 0188-65-7656	〒951-8156 要支援1	新潟県新潟市中央区汐見台99876-455	新潟市	ケアプランセンターまもる

事業所一覧

事業所番号 事業所コード	事業所名 サービス種類	〒 電話番号	住所 FAX	備考	事業区分	地域区分
1111111111 1	ヘルパーステーションまもる (11)訪問介護	〒236-0043 012-5575-4454	神奈川県横浜市金沢区大川188-88654 032-684-7763		指定	2級地
2222222222 2	デイサービスセンターまもる (15)通所介護	〒705-0001 084-33-7754	岡山県備前市伊部452-43118-1 011-266-4642		指定	その他
3333333333 3	まもる福祉用具貸与事業所 (17)福祉用具貸与	〒292-0043 075-734-2354	千葉県木更津市東太田54-1231-656 079-4889-4968		指定	7級地
4444444444 4	小規模多機能事業所まもる (73)小規模多機能型居宅介護	〒920-0941 044-281-8760	石川県金沢市旭町432-7342-167 044-281-8761		地域密着型	7級地
5555555555 5	ケアプランセンターまもる (43)居宅介護支援	〒727-0202 099-345-7463	広島県庄原市濁川町99411-100 055-559-6816		指定	その他
6666666666 6	ヘルパーステーションまもる (A2)訪問型サービス(独自)	〒344-0135 044-281-8760	埼玉県春日部市榎76-4-4-8 044-281-8761		総合事業	2級地
2222222222 7	デイサービスセンターまもる (A7)通所型サービス(独自／定率)	〒390-0303 044-281-8760	長野県松本市浅間温泉9-557-464-9 044-281-8761		総合事業	2級地
7777777777 8	地域包括支援センターまもる (46)介護予防支援	〒606-8443 055-777-5555	京都府京都市左京区粟田口山下町54-73-777-8 まもるハウス204号室 0786-55-6539		指定	5級地
8888888888 9	デイサービスセンターまもる (78)地域密着型通所介護	〒413-0004 044-281-8760	静岡県熱海市初島87-463-46 065-488-5482		地域密着型	2級地
9999999999 10	ケアマネジメントまもる (AF)介護予防ケアマネジメント	〒770-0802 022-222-88888	徳島県徳島市吉野本町656-46312 031-68-7481		総合事業	7級地
6656654656 11	居宅介護支援事業所まもる (43)居宅介護支援	〒906-0502 0532-33-4566	沖縄県宮古島市伊良部池間添 054-4854-4686		指定	その他
1111111111 12	44 (33)特定施設入居者生活介護	〒380-0901 08011486399	神奈川県川崎市麻生区万福寺1-8-7		指定	その他