まもる君クラウド

帳票サンプル
グループホーム版

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

32:認知症対応型共同生活介護

37:介護予防認知症対応型共同生活介護

38:認知症対応型共同生活介護（短期利用型）

39:介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型）

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
アセスメントⅡ部（ケアアセスメント）	6-1.基本動作
科学的介護推進に関する評価	科学的介護推進に関する評価
口腔機能向上サービスに関する計画書	口腔機能向上サービスに関する計画書
ADL 維持等加算	ADL 維持等加算
栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング	栄養・アセス・モニタリング
施設サービス計画書	第 1 表：施設サービス計画書（1）
	第 2 表：施設サービス計画書（2）
	第 5 表：サービス担当者会議の要点
	第 6 表：施設介護支援経過
モニタリング表	モニタリング表
ライフサポートワーク様式	記録用紙
	カンファレンス記録
	ライフサポートプラン①
	ライフサポートプラン②
	情報共有シート
	軒下マップ
実績報告書	実績報告書
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（様式第六）
	介護給付費明細書（様式第六の二）
	介護給付費明細書（様式第六の五）
	介護給付費明細書（様式第六の六）
利用者請求	利用者請求書
	利用者領収書
	請求チェックリスト
介護記録	バイタル一覧表
	経過記録
利用者情報	利用者情報一覧
事業所情報	事業所情報一覧

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→（　　）	

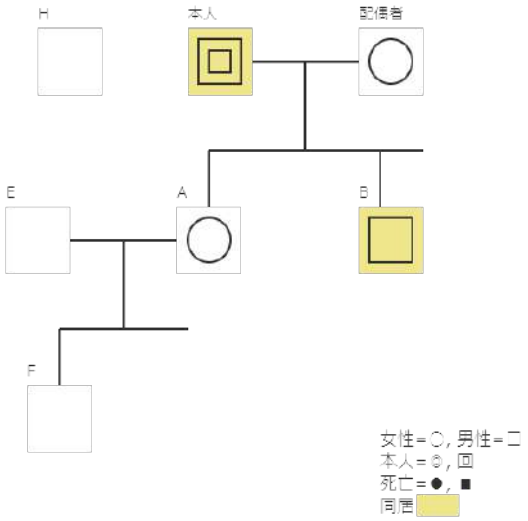
日常生活自立度	障害高齢者	自立・(J1)・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	判定者	○○（機関名 麻生クリニック）	判定日 令和6年3月1日
	認知症	自立・Ⅰ・(Ⅱa)・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M		○○（機関名 麻生クリニック）	令和6年3月1日

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（　）

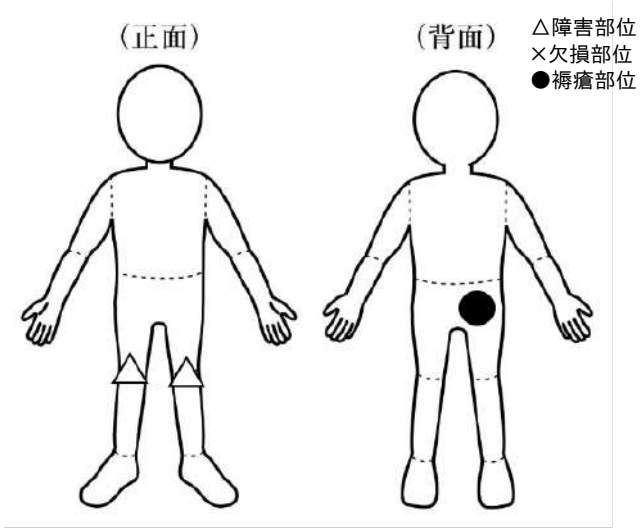
家屋（居室を含む）見取図　※段差には▲を記入

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】

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

●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

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）

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。

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

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。

●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〕

※LIFE対応書式

別紙様式１

科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）

（※）：任意項目

【利用者情報】

氏名	介護　まもる　様		
生年月日	昭和25年1月1日	保険者番号	141374
性別	☑男　□女	被保険者番号	0123456789

【基本情報】

要介護度	□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
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
評価日	令和6年6月11日
評価時点	☑サービス利用開始時　□サービス利用中　□サービス利用終了時

【総論】

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）（※）	
1.I11:高血圧性心疾患	
緊急入院の状況（※）	入院日 :2023年01月18日　受療時の主訴：☑発熱　□転倒　□その他（　　） 入院日：　受療時の主訴：□発熱　□転倒　□その他（　　） 入院日：　受療時の主訴：□発熱　□転倒　□その他（　　）
服薬情報（※）	612140480:セタプリル錠25mg
家族の状況（※）	□同居　☑独居
ADL	自立　一部介助　全介助 ・食事　☑10　□5　□0 ・椅子とベッド間の移乗　☑15　□10←（監視下） （座れるが移れない）→　□5　□0 ・整容　□5　☑0　□0 ・トイレ動作　☑10　□5　□0 ・入浴　□5　☑0　□0 ・平地歩行　□15　☑10←（歩行器等） （車椅子操作が可能）→　□5　□0 ・階段昇降　□10　☑5　□0 ・更衣　□10　☑5　□0 ・排便コントロール　☑10　□5　□0 ・排尿コントロール　☑10　□5　□0
サービス利用終了理由（※サービス終了時）	サービス利用終了日： □居宅サービスの利用　□介護老人福祉施設入所　□介護老人保健施設入所　□介護医療院入所 □医療機関入院　□死亡　□介護サービスを利用しなくなった　□その他

【口腔・栄養】

身長	168cm	体重	55kg
義歯の使用	□なし　□あり	むせ	□なし　□あり
歯の汚れ	□なし　□あり	歯肉の腫れ・出血	□なし　□あり

(1/7)

【認知症】

認知症の診断	□ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ病　□血管性認知症　□ﾚﾋﾞ-小体病　□その他（　　）

○生活・認知機能尺度　【別紙様式３】を活用した評価を実施すること

○Vitality index

意思疎通	☑自分から挨拶する、話し掛ける　□挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる　□反応がない
起床（※）	☑いつも定時に起床している　□起こさないと起床しないことがある　□自分から起床することはない
食事（※）	☑自分から進んで食べようとする　□促されると食べようとする □食事に関心がない、全く食べようとしない
排せつ（※）	☑いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う　□時々、尿意便意を伝える □排せつに全く関心がない
リハビリ・活動（※）	□自らリハビリに向かう、活動を求める　☑促されて向かう　□拒否、無関心

○DBD13（※）　【別紙様式４】を活用すること

【その他】

○ICF ステージング（※）　【別紙様式５】を活用すること

別紙様式３

生活・認知機能尺度

①－１	**身近なもの（たとえば、メガネや入れ歯、財布、上着、鍵など）を置いた場所を覚えていますか** ※介護者が一緒に探しているなど、一人で探す様子が分からない場合は、もし一人で探すとしたらどうかを想定して評価してください
☑５	常に覚えている
□４	たまに（週１回程度）忘れることはあるが、考えることで思い出せる
□３	思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある（思い出せることと思い出せないことが同じくらいの頻度）
□２	きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない
□１	忘れたこと自体を認識していない

①－２	**身の回りに起こった日常的な出来事（たとえば、食事、入浴、リハビリテーションや外出など）をどのくらいの期間、覚えていますか** ※最近１ 週間の様子を評価してください
□５	１週間前のことを覚えている
☑４	１週間前のことは覚えていないが、数日前のことは覚えている
□３	数日前のことは覚えていないが、昨日のことは覚えている
□２	昨日のことは覚えていないが、半日前のことは覚えている
□１	全く覚えていられない

②	**現在の日付や場所等についてどの程度認識できますか** ※上位レベルのことと下位レベルのことが両方でき、上位と下位の間の項目ができない場合には、上位レベルのほうを選び回答してください　　例：１と３に該当し、２に該当しない場合⇒３を選択する
☑５	年月日はわかる（±１日の誤差は許容する）
□４	年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる
□３	場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる（家族であるか、介護者であるか、看護師であるか等）
□２	その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる
□１	自分の名前がわからない

③	**誰かに何かを伝えたいと思っているとき、どれくらい会話でそれを伝えることができますか** ※「会話ができる」とは、2 者の意思が互いに疎通できている状態を指します
☑5	会話に支障がない（「○○だから、××である　」といった 2 つ以上の情報がつながった話をすることができる　）
□4	複雑な会話はできないが、普通に会話はできる（「○○だから、××である　」といった 2 つ以上の情報がつながった話をすることはできない　）
□3	普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる（「痛い」「お腹が空いた」などの具体的な要求しか伝えられない　）
□2	会話が成り立たないが、発語はある（発語はあるが、簡単な質問に対して適切な回答ができなかったり、何を聞いても「うん」とだけ答える　）
□1	発語がなく、無言である

④	**一人で服薬ができますか** ※服薬していなかったり、介護者が先に準備しているなど、実際の服薬能力が分からない場合は、一人で服薬する場合を想定して評価してください
□5	自分で正しく服薬できる
☑4	自分で用意して服薬できるが、たまに（週１回程度）服薬し忘れることがある
□3	２回に１回は服薬を忘れる
□2	常に薬を手渡しすることが必要である
□1	服薬し終わるまで介助・みまもりが必要である

⑤	**一人で着替えることができますか** ※まひ等により身体が不自由で介助が必要な場合は、障害がない場合での衣服の機能への理解度を想定して評価してください
□5	季節や気温に応じた服装を選び、着脱衣ができる
□4	季節や気温に応じた服装選びはできないが、着る順番や方法は理解し、自分で着脱衣ができる
□3	促してもらえれば、自分で着脱衣ができる
☑2	着脱衣の一部を介護者が行う必要がある
□1	着脱衣の全てを常に介護者が行う必要がある

⑥	**テレビやエアコンなどの電化製品を操作できますか** ※テレビが無い場合は、エアコンで評価してください　いずれもない場合は、電子レンジ、ラジオなどの電化製品の操作で評価してください
□5	自由に操作できる（「複雑な操作」も自分で考えて行うことができる　）
☑4	チャンネルの順送りなど普段している操作はできる（「単純な操作」であれば自分で行うことができる　）
□3	操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える（「単純な操作」が分からないことがあるが、教えれば自分で操作することができる　）
□2	リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全く分からない（何をする電化製品かは分かるが、操作を教えても自分で操作することはできない　）
□1	リモコンが何をするものか分からない

合計
29 点

別紙様式４

DBD13

認知症の診断、または疑いのある場合に評価

1	忘れてしまうことが多いため，同じことを何度も聞いてしまう	☐まったくない　☑ほとんどない　☐ときどきある ☐よくある　☐常にある
2	よく物をなくしたり，置場所を間違えたりする	☑まったくない　☐ほとんどない　☐ときどきある ☐よくある　☐常にある
3	日常的な物事に関心を持てない	☐まったくない　☑ほとんどない　☐ときどきある ☐よくある　☐常にある
4	特別な理由がないのに夜中に起きて布団から出てしまう	☑まったくない　☐ほとんどない　☐ときどきある ☐よくある　☐常にある
5	他人が納得できる根拠がない状況で，他人に文句を言ってしまう	☐まったくない　☑ほとんどない　☐ときどきある ☐よくある　☐常にある
6	昼間，寝ていることが多い	☐まったくない　☑ほとんどない　☐ときどきある ☐よくある　☐常にある
7	過度に歩き回ることが多い	☐まったくない　☑ほとんどない　☐ときどきある ☐よくある　☐常にある
8	同じ動作を何回も繰り返してしまう	☐まったくない　☑ほとんどない　☐ときどきある ☐よくある　☐常にある
9	荒い口調で相手を責めるような言葉を出してしまう	☑まったくない　☐ほとんどない　☐ときどきある ☐よくある　☐常にある
10	服装が場違いな，あるいは季節に合わない場合がある	☑まったくない　☐ほとんどない　☐ときどきある ☐よくある　☐常にある
11	世話をしてもらうことを受け入れられない	☐まったくない　☑ほとんどない　☐ときどきある ☐よくある　☐常にある
12	周囲にわかってもらえるような理由なしに物を貯め込んでしまう	☑まったくない　☐ほとんどない　☐ときどきある ☐よくある　☐常にある
13	引き出しやたんすの物を取り出そうとして，中身を全部出してしまうことがある	☑まったくない　☐ほとんどない　☐ときどきある ☐よくある　☐常にある

別紙様式５

ICF ステージング

２．基本動作	□５　両足での立位の保持を行っている ☑４　立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りは行っている □３　座位での乗り移りは行っていないが、座位（端座位）の保持は行っている □２　座位（端座位）の保持は行っていないが、寝返りは行っている □１　寝返りは行っていない
3a．歩行・移動	□５　公共交通機関等を利用した外出を行っている ☑４　公共交通機関等を利用した外出は行っていないが、手すりに頼らないで安定した階段の昇り降りを行っている □３　手すりに頼らない安定した階段の昇り降りを行っていないが、平らな場所での安定した歩行は行っている □２　安定した歩行は行っていないが、施設内の移動は行っている □１　施設内の移動を行っていない
4a．認知機能　オリエンテーション（見当識）	☑５　年月日がわかる □４　年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる □３　場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる □２　その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる □１　自分の名前がわからない
4b．認知機能　コミュニケーション	□５　複雑な人間関係を保っている ☑４　複雑な人間関係は保っていないが、書き言葉は理解している □３　書き言葉は理解していないが日常会話は行っている □２　日常会話は行っていないが、話し言葉は理解している □１　話し言葉の理解はできない
4c．認知機能　精神活動	☑５　時間管理ができる □４　時間管理はできないが、簡単な算術計算はできる □３　簡単な算術計算はできないが、記憶の再生はできる □２　記憶の再生はできないが、意識混濁はない □１　意識の混濁があった
5a．食事　嚥下機能	□５　肉などを含む普通の食事を、噛んで食べることを行っている ☑４　肉などを含む普通の食事を噛んで食べることは行っていないが、ストローなどでむせずに飲むことは行っている □３　むせずに吸引することは行っていないが、固形物の嚥下は行っている □２　固形物の嚥下は行っていないが、嚥下食の嚥下は行っている □１　嚥下食の嚥下を行っていない（食べ物の嚥下を行っていない）
5b．食事　食事動作および食事介助	□５　箸やフォークを使って食べこぼしせず、上手に食べることを行っている ☑４　箸やフォークを使って上手に食べることは行っていないが、食べこぼししながらも、何とか自分で食べることを行っている □３　自分で食べることを行っていないが、食事の際に特別なセッティングをすれば自分で食べることを行っている □２　食事の際に特別なセッティングをしても自分で食べることを行っていないが、直接的な介助があれば食べることを行っている □１　直接的な介助をしても食べることを行っていない（食べることを行っていない）
6a．排泄の動作	□５　排泄の後始末を行っている ☑４　排泄の後始末は行っていないが、ズボン・パンツの上げ下ろしは行っている □３　ズボン・パンツの上げ下ろしは行っていないが、洋式便器への移乗は行っている □２　洋式トイレの移乗が自分で行えないため、介助が必要、または普段から床上で排泄を行っている □１　尿閉（膀胱瘻を含む）や医療的な身体管理のために膀胱等へのカテーテルなどを使用している

7a．入浴動作	☑5　安定した浴槽の出入りと洗身を行っている □4　安定した浴槽の出入りと洗身は行っていないが、第三者の援助なしで入浴を行っている □3　第三者の援助なしで入浴することは行っていないが、一般浴室内での座位保持は行っている。その他、入浴に必要なさまざまな介助がなされている □2　浴室内での座位保持を行っておらず、一般浴での入浴を行っていないが、入浴（特浴など）は行っている □1　入浴は行っていない
8a．整容　口腔ケア	□5　義歯の手入れなどの口腔ケアを自分で行っている ☑4　義歯の手入れなどの口腔ケアは自分では行っていないが、歯みがきは自分でセッティングして行っている □3　自分でセッティングして歯を磨くことは行っていないが、セッティングをすれば、自分で歯みがきを行っている □2　歯みがきのセッティングをしても自分では歯みがきを行っていないが、「うがい」は自分で行っている □1　「うがい」を自分で行っていない
8b．整容　整容	□5　爪を切ることを自分で行っている □4　爪を切ることは自分で行っていないが、髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行っている ☑3　髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行っていないが、洗顔は自分で行っている □2　洗顔は自分で行っていないが、手洗いは自分で行っている □1　手洗いを自分で行っていない
8c．整容　衣服の着脱	□5　衣服を畳んだり整理することは自分で行っている ☑4　衣服を畳んだり整理することは自分で行っていないが、ズボンやパンツの着脱は自分で行っている □3　ズボンやパンツの着脱は自分で行っていないが、更衣の際のボタンのかけはずしは自分で行っている □2　更衣の際のボタンのかけはずしは自分で行っていないが、上衣の片袖を通すことは自分で行っている □1　上衣の片袖を通すことを自分で行っていない
9a．社会参加　余暇	□5　施設や家を１日以上離れる外出または旅行をしている ☑4　旅行はしていないが、個人による趣味活動はしている □3　屋外で行うような個人的趣味活動はしていないが、屋内でする程度のことはしている □2　集団レクリエーションへは参加していないが、一人でテレビを楽しんでいる □1　テレビを見たり、ラジオを聴いていない
9b．社会参加　社会交流	□5　情報伝達手段を用いて交流を行っている ☑4　通信機器を用いて自ら連絡を取ることは行っていないが、援助があっての外出はしている □3　外出はしていないが、親族・友人の訪問を受け会話している □2　近所づきあいはしていないが、施設利用者や家族と会話はしている □1　会話がない、していない、できない
合計点数	58　点

※LIFE対応書式

別紙様式６－４

口腔機能向上サービスに関する計画書

評価日： 令和6年6月11日

氏名（ふりがな）	介護　まもる (ｶｲｺﾞ ﾏﾓﾙ)	
生年月日・性別	昭和25年1月1日生まれ　・　☑ 男　☐ 女	
要介護度・病名等	要介護1　・	
日常生活自立度	障害高齢者：自立	認知症高齢者：自立
現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医　☑ あり　☐ なし 直近1年間の歯科受診　☑ あり（最終受診年月：令和6年3月　）　☐ なし	
義歯の使用	☑ あり（☑ 部分・☐ 全部）　☐ なし	
栄養補給法	☑経口のみ　☐一部経口　☐経腸栄養　☐静脈栄養	
食事形態	☑常食　☐嚥下調整食（コード☐４、☐３、☐2-2、☐2-1、☐1j、☐0t、☐0j）	
誤嚥性肺炎の発症・既往	☐ あり　（直近の発症年月：　）　☑ なし	

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1　口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）

令和6年8月1日	記入者：山田太郎	☑ 歯科衛生士　☐ 看護職員　☐ 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	☑ あり　☐ なし　☐ 分からない
	歯の汚れ	☑ あり　☐ なし　☐ 分からない
	義歯の汚れ	☑ あり　☐ なし　☐ 分からない
	舌苔	☑ あり　☐ なし　☐ 分からない
口腔 機能の状態	奥歯のかみ合わせ	☑ あり　☐ なし　☐ 分からない
	食べこぼし	☐ あり　☑ なし　☐ 分からない
	むせ	☐ あり　☑ なし　☐ 分からない
	口腔乾燥	☑ あり　☐ なし　☐ 分からない
	舌の動きが悪い	☐ あり　☑ なし　☐ 分からない
	ぶくぶくうがい※ ※現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認	☑ できる　☐ できない　☐ 分からない
歯科受診の必要性		☑ あり　☐ なし　☐ 分からない
特記 事項	☑ 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 ☐ 音声・言語機能に関する疾患の可能性 ☐ その他（　）	

2　口腔機能改善管理指導計画

作成日：令和6年8月1日

計画立案者	氏名：山田太郎　☑ 歯科衛生士　☐ 看護職員　☐ 言語聴覚士
サービス提供者	氏名：山田次郎　☐ 歯科衛生士　☐ 看護職員　☑ 言語聴覚士
目標	☑ 歯科疾患（☐ 重症化防止　☐改善　☑歯科受診） ☑ 口腔衛生（☑ 維持　☐ 改善（　）） ☐ 摂食嚥下等の口腔機能（☐ 維持　☐ 改善（　）） ☑ 食形態（☑ 維持　☐ 改善（　）） ☑ 栄養状態（☑ 維持　☐ 改善（　）） ☑ 音声・言語機能（☑ 維持　☐ 改善（　）） ☑ 誤嚥性肺炎の予防 ☐ その他（　）
実施内容	☑ 口腔清掃　☑ 口腔清掃に関する指導 ☑ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導　☐ 音声・言語機能に関する指導 ☐ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導　☐ その他（　）

3　実施記録

実施年月日	令和6年8月1日		
サービス提供者	氏名：山田太郎　☑ 歯科衛生士　☐ 看護職員　☐ 言語聴覚士		
口腔清掃	☑ 実施	口腔清掃に関する指導	☑ 実施
摂食嚥下等の口腔機能に関する指導	☐ 実施	音声・言語機能に関する指導	☑ 実施
誤嚥性肺炎の予防に関する指導	☑ 実施	その他（　）	☐ 実施

4　その他特記事項

※LIFE対応書式

ADL 維持等加算

【利用者情報】

氏名	介護　まもる		
生年月日	昭和25年1月1日	保険者番号	141374
性別	☑男　　☐女	被保険者番号	0123456789

【基本情報】

要介護度	☐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
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
評価日	令和6年6月19日
評価時点	☑サービス利用開始時　☐サービス利用中　☐サービス利用終了時

【ADL】

	自立	一部介助	全介助
・食事	☑10	☐5	☐0
・椅子とベッド間の移乗	☑15	☐10←（監視下）	
	（座れるが移れない）→	☐5	☐0
・整容	☐5	☑0	☐0
・トイレ動作	☑10	☐5	☐0
・入浴	☐5	☑0	☐0
・平地歩行	☐15	☑10←（歩行器等）	
	（車椅子操作が可能）→	☐5	☐0
・階段昇降	☐10	☑5	☐0
・更衣	☐10	☑5	☐0
・排便コントロール	☑10	☐5	☐0
・排尿コントロール	☑10	☐5	☐0

※LIFE対応書式

別紙様式４－３－１　　栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング　（通所・居宅）

フリガナ	ｶｲｺﾞ ﾏﾓﾙ	性別	☑男　□女	生年月日	昭和25年1月1日生まれ	年齢	74　歳
氏名	介護　まもる様	要介護度	要介護1	病名・特記事項等	:高血圧性心疾患	記入者名	山田　太郎
						作成年月日	令和6年8月1日
利用者家族の意向	出来る限り自分で食事をすることを続けてほしい。			食事の準備状況（買い物、食事の支度、地域特性等）	買い物、食事の支度ともに奥様が行っている。	家族構成とキーパーソン（支援者）	奥様

（以下は、利用者個々の状態に応じて作成。）

実施日（記入者名）		令和6年8月1日			
プロセス		スクリーニング			
低栄養状態のリスクレベル		□低　☑中　□ 高	□低　□ 中　□ 高	□低　□ 中　□ 高	□低　□ 中　□ 高
低栄養状態のリスク（状況）	身長	165cm			
	体重　/　BMI	55kg　/　20.2			
	3%以上の体重減少率　kg/１ヶ月	☑無　□有(　　)	□無　□有(　　)	□無　□有(　　)	□無　□有(　　)
	3%以上の体重減少率　kg/３ヶ月	☑無　□有(　　)	□無　□有(　　)	□無　□有(　　)	□無　□有(　　)
	3%以上の体重減少率　kg/６ヶ月	☑無　□有(　　)	□無　□有(　　)	□無　□有(　　)	□無　□有(　　)
	褥瘡	☑無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□有
	栄養補給法	☑経口のみ　□一部経口	□経口のみ　□一部経口	□経口のみ　□一部経口	□経口のみ　□一部経口
		□経腸栄養法　□静脈栄養法	□経腸栄養法　□静脈栄養法	□経腸栄養法　□静脈栄養法	□経腸栄養法　□静脈栄養法
	その他				
食生活状況等	栄養補給の状態　食事摂取量（割合）	100%			
	栄養補給の状態　主食の摂取量（割合）	主食　100%	主食	主食	主食
	栄養補給の状態　主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜　100%　副菜　100%	主菜　副菜	主菜　副菜	主菜　副菜
	栄養補給の状態　その他（補助食品など）				
	摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	800kcal(14.5kcal/kg) 150g(2.7g/kg)			
	提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	400kcal(7.3kcal/kg) 100g(1.8g/kg)			
	必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	1200kcal(21.8kcal/kg) 600g(10.9g/kg)			
	嚥下調整食の必要性	☑無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□有
	食事の形態（コード）	常食			
	とろみ	□薄い　□中間　□濃い	□薄い　□中間　□濃い	□薄い　□中間　□濃い	□薄い　□中間　□濃い
	食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態嗜好、 薬剤影響食品、アレルギーなど）	☑無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□有
	本人の意欲	よい			
	食欲・食事の満足感	大いにある			
	食事に対する意識	大いにある			
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）	口腔関係　□腔関係	☑□腔衛生　□摂食・嚥下	□□腔衛生　□摂食・嚥下	□□腔衛生　□摂食・嚥下	□□腔衛生　□摂食・嚥下
	口腔関係　安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
	口腔関係　食事に集中することができない	□	□	□	□
	口腔関係　食事中に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□
	口腔関係　歯（義歯）のない状態で食事をしている	□	□	□	□
	口腔関係　食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
	口腔関係　固形の食べ物を咀しゃく中にむせる	□	□	□	□
	口腔関係　食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	□
	口腔関係　水分でむせる	□	□	□	□
	口腔関係　食事中、食後に咳をすることがある	☑	□	□	□
	口腔関係　その他・気が付いた点	堅いものは噛み切れない			
	その他　褥瘡・生活機能関係 消化器官関係 水分関係 代謝関係 心理・精神・認知症関係 医薬品	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 ☑浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
特記事項					
総合評価		□改善 □改善傾向 ☑維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
サービス継続の必要性　注）栄養改善加算算定の場合		□無　☑有	□無　□有	□無　□有	□無　□有

GLIM基準による評価 ※医療機関から情報提供があった場合に記入する。	□低栄養非該当 ☑低栄養（☑中等度　□重度）	□低栄養非該当 □低栄養（□中等度　□重度）	□低栄養非該当 □低栄養（□中等度　□重度）	□低栄養非該当 □低栄養（□中等度　□重度）

第１表

施設サービス計画書(1)

作成年月日 令和3年5月25日

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

施設サービス計画作成者氏名及び職種 ケアマネまもる

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 グループホームまもるくん 神奈川県川崎市麻生区万福寺1-8-7

施設サービス計画作成（変更）日 令和2年9月24日　　初回施設サービス計画作成日 令和2年9月24日

認定日 平成30年1月1日　　認定の有効期間 平成30年1月1日 ～ 令和2年12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	家にいた時と同じように暮らしたい。 誰かがいてくれるのは安心。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし。

総合的な援助の方針	本人が望む、家にいた時と同じように暮らせるように支援していく。

第２表

施設サービス計画書（2）

利用者名　介護　まもる 様

作成年月日　令和3年5月25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	担当者	頻度	期間
糖尿病を悪化させたくないがカロリー制限はしたくない。	1年後も好きな物が食べられている。	R02/10/01 ～ R03/01/31	自宅での食生活を続ける。	R02/10/01 ～ R03/01/31	・昼食と夕食の献立は本人が決める。 ・昼食と夕食の準備は職員も一緒に台所に立つが調理は本人に任せる。	本人 本人と職員	調理時	R02/10/01 ～ R03/01/31
毎日入浴したい。	自分のペースで毎日入浴する。	R02/10/01 ～ R03/01/31	毎日入浴する。	R02/10/01 ～ R03/01/31	・入浴するかは本人が決める。 ・入浴準備は職員が行う。 ・入浴動作は本人が行う。 ・脱衣室に入ってから40分経過しても出てこない場合は見に行く。	本人 1階職員 本人 夜勤者か宿直者	入浴時	R02/10/01 ～ R03/01/31

第５表

サービス担当者会議の要点

作成年月日 令和3年5月25日

利用者名 介護　まもる　　様　　施設サービス計画作成者（担当者）氏名 ケアマネまもる

開催日 令和2年9月24日　開催場所 地域交流室　開催時間 16:00～16:30　開催回数 1回

会議出席者 利用者・家族の出席 本人:【✓】 家族:【　】 （続柄:　　）	所 属（職種）	氏　名	所 属（職種）	氏　名	所 属（職種）	氏　名
	本人	介護　まもる	担当職員	スタッフ 花子(書記・報告)		
	管理者	管理者　太郎	看護職員	スタッフ　次郎		
	介護支援専門員	ケアマネ まもる(進行係)				備考:甥の一郎さん(欠席)

検討した項目	1.アセスメントにより希望が挙がった項目の目標設定をする。 2.アセスメントにより希望が挙がった項目のサービス内容を検討確認する。
検討内容	1.生活全体の意向を基に、各項目で挙がった「健康状態等」「理解・行動」「移動」「調理・食事」「入浴」「家事・IADL」「生活の質」「その他」について介護まもるさんに聞きながら決めていった。 2.《鍵について》 介護まもるさん:鍵の保管についてお風呂に入るときも預かって欲しい。 スタッフ花子さん:分かりました。時間的に夜勤者か宿直者になります。今夜から預かりますか? 介護まもるさん:その方が安心できるのでお願いします。 スタッフ花子さん:では今夜から開始し、介護計画にもその旨追加します。
結論	1.目標設定は次の通りとする。 【健康状態等】【調理・食事】を一緒に考える。 (短期目標)自宅での食生活を続ける。 (長期目標)1年後も好きな物が食べられる(ように元気でいる)。
残された課題 （次回の開催時期）	次回未定。サービス開始後、不都合な点等あれば行う。

第6表

施設介護支援経過

作成年月日 令和2年9月24日

利用者名 介護　まもる 様

施設サービス計画作成者氏名　ケアマネまもる

年月日	項　目	内　　容	年月日	項　目	内　　容
令和2年9月10日	初回電話相談	長男の妻より電話。義理の母がそちら（T市）で独居である。今、あんしん電話は 設置しているが、今後のことが不安なので介護保険を申請したいとの事。 妻自身も介護保険の話を聞きたいとのことなので、日程の調整を依頼する。			
令和2年9月24日	サービス担当者会議	サービス担当者会議開催。＜別紙参照＞ グループホーム初回利用のための状況把握。朝から緊張していたとのこと。 様子を尋ねると「すごく綺麗な施設で気持ちがいい」との事。 食事など今まで通りとっていけるように頑張っていきましょうとお話。			

モニタリング表

作成日　令和3年8月23日

利用者名 介護　まもる 様

担当者　ケアマネまもる

短期目標	サービス内容	モニタリング日	プラン実施状況 1.実施されている 2.実施されないこともある 3.実施されていない	目標の達成度 1.効果あり 2.現状維持 3.状態悪化	本人家族の満足 1.満足 2.不満足 3.わからない		ケアプランの評価 1.継続 2.修正 3.終結	考察
日中車椅子での生活が行えるようにする	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)	令和3年8月20日	①・２・３	①・２・３	本人	①・２・３	①・２・３	
					家族	①・２・３		
安全に排泄動作が行えるようにする	排泄介助（巡回型、朝、昼、夜、各トイレ介助）	令和3年8月20日	①・２・３	１・②・３	本人	１・２・③	１・②・３	
					家族	１・２・③		
トイレに手すりを設置する	住宅改修、手すりの設置	令和3年8月20日	①・２・３	①・２・３	本人	①・２・３	１・２・③	
					家族	①・２・３		
			１・２・３	１・２・３	本人	１・２・３	１・２・３	
					家族	１・２・３		
			１・２・３	１・２・３	本人	１・２・３	１・２・３	
					家族	１・２・３		
			１・２・３	１・２・３	本人	１・２・３	１・２・３	
					家族	１・２・３		

様式１

ライフサポートプラン記録用紙　　利用者氏名：介護　花子 様

当面の具体的な目標	庭の手入れは、可能な限り日々の日課として続けたい。

年月日 時間／場所	本　人	家族・介護者	地域、医療、その他	記入者
2018年2月15日	「俺の願いを聞いてくれ」と涙ぐみながら訴えられる。何事かと話を聴く。「庭木の手入れが俺の生きがい」「それができなくなった。死んだ方がまし。」とのこと。 「俺は90歳まで庭木の手入れでは 他人に負けていなかった。それが誇りだ。」	今朝7時すぎから体が不自由なのに庭に出て座り込んでいた。何を考えているか心配。	友達が昨日訪ねてきて、庭の手入れができていないと言われた。地域でも庭がすばらしいと評判だった。	

計画作成 担当者確認欄	

様式２

ライフサポートプランカンファレンス用紙

利用者氏名	介護　花子 様	日　付	令和1年6月20日
参加者	本人：介護 護、妻、民生委員：丸子 事業所看護師、事業所介護職員、事業所介護支援専門員：介護士太郎 合計　6　名		
本人の望む暮らしの意向	体が動く限り、庭の手入れは日々の日課で続けていきたい。		

内　容（各自から出された主な意見）	本　人	家族・介護者	地域、医療、その他
	庭の手入れもままならないようになった。まだまだ自分で庭木の手入れをしたい。お世話になっている事業所にも植木を送り、通いのときには自分で手入れしたい。 植木市に出かけたい。	本人の気持ちが一番。 まだ庭の手入れをしたい気持ちを生かしたい。ただ体調が心配。 事業所に通いで行っても自分の庭木があれば、通いも目的がありスムーズになるのでお願いしたい。	民生委員：最近元気がなく庭の手入れも昔みたいにできなくなって心配。 奥さんの体調も心配。 友人：昔から庭の手入れが誇りの人自分が手伝えることがあればいつでも言ってください。

考　察（みんなで話し合って考えたこと）	○月△日ご本人が通いのときに「俺の願いを聞いてくれ」と涙ぐみながら訴えられた。その前日に友人からこのごろ庭木の手入れができていないことを言われたのが原因。 本人の訴えを聴いていくと身体が不自由になっても庭木の手入れが生きがいで続けたいとの希望。 その中で、本人は通いに事業所に来た時にも庭木の手入れがしたいと言われる。事業所には庭木が少ないので自分で植えたいとのこと。 人の役に立つように自分の力を発揮したいとの訴え。
確認事項（合意点、相違点、新たな課題）	「まだまだ自分で庭木の手入れをしたい」「お世話になっている事業所にも植木を送り、通いのときには自分で手入れしたい」「そのために植木市に出かけたい」がニーズこのことについて、妻や友人の協力も得られることから直ぐにプランをつくり実行することになる。合わせて、最近妻の体調が悪いことが課題になる。今すぐではないが、そろそろ緊急時の対応も準備が必要。 緊急時には泊まりがスムーズにいくように、今から関係づくりを行い、本人と一緒に心の準備を始めることにした。

計画作成担当者	介護　まもる

様式３

ライフサポートプラン①　　作成日： 令和1年6月20日

利用者名：介護　花子 様	生年月日：昭和5年1月28日	住所：東京都品川区大井1434-9911
事業所名：グループホームまもる		（計画作成担当者：介護　まもる　　）
認定日：　平成31年4月1日　認定の有効期間：令和1年5月1日　～　令和3年4月30日		要介護状態区分：要介護2
審査会の意見：庭木の購入のために植木市に行きたい		
本人の望む暮らしの意向：最後まで自宅の庭の手入れをしながら暮らしたい		
当面の具体的な目標：泊まりの利用が不安なくできる		

目標を達成するための課題	目標を達成するための具体的な役割と内容　等						
	本人	家族・介護者	地域，医療，その他	事業所	期間	場所	備考
1.植木市に行く 体調が良く寒くない日 事業所の車行く 2.泊まりのための関係づくり	体調管理とお金の準備をする 泊まりについての不安を話す	同行したい 自分の体調が悪いので、近々泊まりを利用したい	友人〇〇さんが同行する 民生委員さんも奥さんの体を心配	運転&健康管理のために看護師 本人が不安ない形で泊まりに不安がないように援助していく。	植木市の期間(3月1日～3月15日まで)	〇〇事業所	
他の介護保険サービスの必要と具体的課題	10m以上の歩行は困難なため、外出のための自助具が必要						自走式の車いす(〇〇事業所、H30年10月31日まで)

確認欄	年　月　日	氏名	代筆 （続柄）

様式４

（氏名：介護　花子 様　　）　　ライフサポートプラン②　　作成日：令和1年6月20日　（次回見直し時期：令和1年8月1日　）

時　間	私の暮らしの流れ	暮らしの中でのこだわり		暮らしの中で私が必要としていること		本人がすること、周囲が支援すること			
	以前の暮らし方	本人・家族の意向	したいこと（ニーズ）	できること	できないこと	内　　容	場　　所	物　　品	関わる人
05:00 06:00									
07:00 08:00 09:00	起床 洗面、朝食	着替えて、まず庭をみて 食事 食事のあとは庭の手入れ (通ってでも自分で) 本人は「庭が一番」		目覚め 着替え 食べること 庭木の手入れ	尿瓶の片付け 服の準備 食事の支度 片付け 庭に降りること	声掛けて起こす 尿瓶の片付け(洗って天日干し)着替えの準備 食事の支度 片付け 庭に出ることの支援	寝室 リビング 庭	尿瓶	妻、泊り時は夜勤者 妻
10:00 11:00 12:00	近所へ散歩 (週1回通院)	家族は「人と交わって」週3回の通い かかりつけ医は●●病院		長距離は車椅子	外出(通い) 移動 通院日の確認	外出(通い) 週1回木曜日通院の介助	通い(月、水、金)迎え		スタッフ 妻、スタッフ
13:00 14:00 15:00	朝食 昼寝:こたつで「うとうと」 おやつ 庭木の鑑賞	昼食は、パンかもちと果物 甘いもの (糖尿があるが制限はしていない)		食べること	食事の支度 片付け	食事の支度 片付け おやつの準備	通いの時は15:30入浴		妻、スタッフ
16:00 17:00 18:00	手入れ 入浴 夕食	入浴前に家庭用血圧計で血圧測定 皮膚が弱いので専用石鹸使用 入浴後には保湿軟膏を塗る 入浴後に寝巻に着替える			服の準備 背中の方と髪が洗えない 軟膏を塗る 食事の支度	服の準備 洗身(背中の方)と洗髪 軟膏を塗る 食事の支度	通いの時送り リビング	血圧計　専用石鹸 軟膏	スタッフ
19:00 20:00 21:00	TV 好きな時代劇やお笑い番組をみる 就寝	ボリュームを大きくして他人に 構わずみる家族は「困っている」			薬の管理 片付け 布団の準備	薬を渡す(オブラートに包む) 片付け 布団の準備 就寝の声掛け	寝室	薬、オブラート	妻、泊り時は夜勤者 妻、泊り時は夜勤者
22:00 23:00						ベッドの横に蓋付きの尿瓶を必ず3本用意			
24:00 ～04:00	排尿に起きる	ベッドの横に蓋付きの 尿瓶を必ず3本用意	尿瓶に排尿できる 日中はトイレに行くことが言える	トイレへの移動	トイレへの移動				

日々以外の事柄	通いは月・水・金(平常時は10:00～17:00)、訪問は火・土(入浴支援17:00～18:00) 木(通院支援10:30～12:00) 泊まりは妻の体調不良時に緊急の利用の可能性あり(H29.1.30) 介護用品(車いす)のレンタルが必要	確認欄	年　月　日 氏名 代筆　（続柄）

情報共有総合記録シート(旧:生活と身体状況記録表)

令和1年　氏　名 介護　まもる 様　要介護度(要介護1　)　体重　55　kg(　R1.7.19　現在)　服薬　朝 あり　昼 なし　晩 なし　食後・食前　1回

本人の目標	#1　自宅の花壇の手入れを続けることができる　#2　自分でトイレまで歩いて行くことができる

月　日	7/14(日)		7/15(月)		7/16(火)		7/17(水)		7/18(木)		7/19(金)		7/20(土)	
検温 / 酸素濃度	36.6 ℃	96 %	36.6 ℃	96 %	36.6 ℃	96 %	36.7 ℃	95 %	36.4 ℃	97 %	36.8 ℃	98 %	36.6 ℃	96 %
脈 / 血圧	P70	140/80	P71	140/80	P70	140/80	P70	138/79	P71	139/83	P70	142/85	P70	140/80
服薬状況	・朝・昼・夕・就		・朝・昼・夕・就		・朝・昼・夕・就		・朝・昼・夕・就		・朝・昼・夕・就		・朝・昼・夕・就		・朝・昼・夕・就	
食事状況	メニュー	摂取量	メニュー	摂取量	メニュー	摂取量	メニュー	摂取量	メニュー	摂取量	メニュー	摂取量	メニュー	摂取量
朝	パン 卵焼き コーヒー	全量	パン 目玉焼き コーヒー	全量	パン 卵焼き コーヒー	全量	パン 卵焼き コーヒー	全量	パン 目玉焼き コーヒー	全量	パン 目玉焼き コーヒー	全量	パン 卵焼き コーヒー	全量
昼	うどん いなり寿し(2個)	うどん 全量 いなり 1個残	ご飯 野菜炒め 味噌汁	炒め物 5割	カレーライス	全量	ご飯 ホッケの塩焼き 白菜と豚肉の炒め煮 味噌汁	炒め物 5割	ご飯 コロッケ 卵スープ	全量	散らし寿司 かぼちゃの含め煮 白菜としめじの和え物 味噌汁	全量	うどん かき揚げ(1個)	全量
間														
夕	ご飯 魚の照り焼き 味噌汁	全量	カレーライス 卵スープ トマトサラダ	カレー ライス 7割	ご飯 白身魚のフライ ほうれん草の煮浸し 味噌汁	全量	ご飯 かにシューマイ しば漬け 味噌汁	全量	ご飯 牛肉と大根に煮込み サラダ 味噌汁	全量	ご飯 野菜炒め かぼちゃの煮物 中華スープ	野菜炒め 7割	ご飯 ハンバーグ ポテトサラダ ひじき煮　味噌汁	ハン バーグ 5割

食事の形態　普通食・きざみ食・ミキサー食・ゼリー食	補助食品	食事時の器具	食事時の注意点　姿勢等

排　泄		便	尿	水分	場	睡眠	便	尿	水分	場	睡眠	便	尿	水分	場	睡眠	便	尿	水分	場	睡眠	便	尿	水分	場	睡眠	便	尿	水分	場	睡眠	便	尿	水分	場	睡眠
A＝普通便	7		拒		自	起床		拒	コーヒー150	自			Tパ	コーヒー150	自			T●ﾊﾟ	コーヒー150	自			Tパ	コーヒー150	自			T●ﾊﾟ	コーヒー150	自			Tパ	コーヒー150	自	
B＝軟便	8		T●パ					T●ﾊﾟ																											
C＝水様便	9												T	お茶100				T		施			T	お茶100				T		施			拒			
D＝硬便	10		拒						水100	病									お茶200										お茶200				拒			
□＝付着	11																	T										拒								
△＝少量	12		T●パ					Tパ	お茶300	自			Tパ	お茶100					お茶150				Tパ	お茶150				T●パ	お茶200				T●パ	お茶50		
○＝普通量	13																	拒						ジュース150												
◎＝多量	14		T					T																				拒								
●＝失禁更衣	15																	拒	コーヒー150									T	コーヒー150							
T＝トイレ	16																	T●パ											お茶100							
P＝ポータブル	17							拒																									Tパ	お茶100		
パ＝パッド、紙パンツ	18							T●パ	お茶150			□パ	T●パ	お茶150					お茶150	自			T●パ	お茶150				Tパ	お茶150	自						
	19																	T																お茶50		
水分(量)	20							拒								入眠							T													
お茶、ジュース、牛乳、ココア等	21		T					T●パ										T															Tパ			
	22										入眠										入眠					入眠					入眠					入眠
入　浴	23					入眠																														
入浴・体調不良・辞退・清拭	24																																			
	1																																			
	2																																			
場　所	3																																			
自宅・施設・病院　等	4																																			
	5																																			
睡眠時間	6																																			
合計			350ml											500ml					800ml																	

本人の心情																								

区分		令和1年7月14日(日)	7月15日(月)	7月16日(火)	7月17日(水)	7月18日(木)	7月19日(金)	7月20日(土)
普段と違う様子など、関係者に伝えたいこと	事業所等記入欄（気づき・変化・家族から等）	暑いのでお茶を勧めるが「トイレに行きたくなる」と言って飲もうとしない。（長男の嫁）	訪問時、やや険しそうな表情をしている。衣類の汚れあり。着替えを促すと「自分でできる」と語気が強くなったため、病院受診に行くことを伝えて促すと着替えられる。（職員A）近頃は介護に抵抗することが増えて困っている。昨日も今朝も朝の薬を飲み忘れていた。（長男の嫁）	介護に抵抗することが増えている。薬の飲み忘れも頻回で、過去に脳梗塞の既往もあるので、心配。一人で出ていくこともあり、いつ出かけるか分からないので困っている。（長男の嫁）	薬を飲み忘れていたので、家族が対応したとのこと。朝食後にトイレが間に合わず衣類が汚れたが着替えを拒否され対応できなかった。（長男の嫁） 入浴の声かけをすると「朝風呂は贅沢ね」とにこやかに返答され脱衣される。（職員C） 「私は珈琲を入れるのが得意なのよ」とのこと。集中している際にトイレの声かけをして拒否される（職員D）	訪問時「出かけないといけないわ」落ち着かない。花壇の手入れを始めると集中される。（職員E）	トイレが間に合わず衣類が汚れたが着替えを拒否され対応できなかった。（長男の嫁）来所後、トイレ誘導、パッドに付着便有。AMそわそわとして落ち着かない様子。PM、花の水やりに誘うが断られる。おやつの後トイレで大量の排便あり。その後はリビングで時代劇を見て過ごされる。（職員C）	
	身体状況・医療面		花壇の手入れ中、膝の痛みの訴えは無いが、左膝を気にしている。服薬忘れあり（職員A） 血圧が高いので薬の飲み忘れに注意してください。歩行不安定があるので転倒に注意してください。（主治医）	自宅内でたびたび転倒している 薬の飲み忘れが増えている				
	備考							

※記録者は名前を必ず記入すること。 ※記入内容の事柄について、それが起きた時間を記入する。

他職種連携やご指示などがあれば ご記入下さい	※ご家族より、近ごろ薬の飲み忘れが増えているとの相談がありました。訪問時、飲み忘れが分かった場合は看護職に連絡してください。 ※主治医より、水分摂取量が少ないので増えるように声を掛けてくださいとのことです。訪問時は花壇の手入れ後、通い時は入浴後など活用して水分摂取を促してください。送迎時、ご家族に自宅で水分摂取量を確認してください。

【軒下マップ】

作成日：令和1年7月19日
追記日：

氏名：介護　まもる 様
本人の望む長期的展望：婦人会の活動に参加しながら、夫が残してくれた自宅で役割のある暮らしを続けたい。
個々の目標：
当面の具体的な目標（ニーズ）：#1 一先ず週に 1 回、婦人会に出かけることができる #2 毎日の服薬が確実にできる

資源（名前）	本人との役割	資源（名前）	本人との役割
公民館	行き慣れた婦人会	花壇	趣味
婦人会の友人（B 氏）	話しの合う仲間	種苗店	行き慣れた場所
婦人会の友人（C 氏）	話しの合う仲間	喫茶店	行き慣れた場所
教え子（D 氏）	慕ってくれる教え子	珈琲	楽しみ
息子、嫁、孫	同居	スーパー	お菓子を買いに行く場
犬	同居・和める関係	お菓子	本人の好物
主治医	昔から頼りにしている	事業所	相談相手
病院	知人と話せる機会	自宅	夫との思い出

令和7年4月分　実績報告書

令和7年4月15日

帳票名称を変更することができます

居宅介護支援事業所名：グループホームまもる
サービス提供事業者：グループホームまもる
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

月間サービス計画及び実績の記録

提供時間帯	サービス名称 / 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		
～	認知症共同生活介護Ⅰ1 765	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	30	22950
		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	30	22950
～	認知症対応型初期加算 30	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	30	900
		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	30	900
～	認知症対応型医療連携体制加算Ⅰ1 57	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	30	1710
		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	30	1710
～	認知症対応サービス提供体制加算Ⅰ 22	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	30	660
		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	30	660
～	認知症対応型処遇改善加算Ⅰ 4877	予定																															1	4877
		実績																															1	4877
～		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																																

■実績単位数合計　支給限度管理対象内:0　支給限度管理対象外:31097　計:31097

※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。

様式第一（附則第二条関係）

令和		7	年		7	月分

介護給付費請求書

事業所番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 9	
請求事業所	名　称	グループホームまもる
	所在地	〒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
	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 7 年 8 月 1 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	30,222	315,819	284,237	0	31,582					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合　計	1	30,222	315,819	284,237	0	31,582					

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								

様式第六（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書

（認知症対応型共同生活介護（短期利用以外））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和	7	年	7	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　5 年　3 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	1. 平成 ② 令和　3 年　1 月　1 日から
	令和　7 年　1 月　0 日　3 月　1 日まで

請求事業者

事業所番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 9
事業所名称	グループホームまもる
所在地	〒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
連絡先	電話番号　044-281-8760

入居年月日	1. 平成 ② 令和	7	年	1	月	1	日	退居年月日	令和	7	年	7	月	3	1	日	入居実日数	3	1	外泊日数				

入居前の状況	①居宅　2.医療機関　3.介護老人福祉施設　4.介護老人保健施設　5.介護療養型医療施設　6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護　8.その他　9.介護医療院
退居後の状況	1.居宅　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 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	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
認知症共同生活介護Ⅰ1	321111	7653	31	23715			
認知症対応型医療連携体制加算Ⅰ1	321602	57	31	1767			
認知症対応型処遇改善加算Ⅰ	326108	4740	1	4740			
合計				30222			

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①単位数合計	30222	
②単位数単価	1045 円／単位	
③給付率	90 ／100	／100
④請求額（円）	284237	
⑤利用者負担額（円）	31582	

1	枚中	1	枚目

様式第六の二（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和		2	年		9	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
要支援状態区分	要支援②
認定有効期間	1.平成 ②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	6 2 4 8 6 2 4 6 8 7
事業所名称	グループホームまもるくん
所在地	〒215－0004
	神奈川県川崎市麻生区万福寺1-8-7
連絡先	電話番号　044-281-8760

入居年月日	1.平成 ②令和	2	年	9	月	1	日	退居年月日	令和	年	月	日	入居実日数	2 8	外泊日数	2								

入居前の状況	①居宅　2.医療機関　3.介護老人福祉施設　4.介護老人保健施設　5.介護療養型医療施設　6.認知症対応型共同生活介護　7.特定施設入居者生活介護　8.その他　9.介護医療院
退居後の状況	1.居宅　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	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
予認知症共同生活介護Ⅰ2	3 7 1 1 2 1	7 5 7	2 8	2 1 1 9 6			
予認知症対応型処遇改善加算Ⅴ	3 7 6 1 0 6	7 6 3	1	7 6 3			
合計				2 1 9 5 9			

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①単位数合計	2 1 9 5 9	
②単位数単価	1 0 7 2 円／単位	
③給付率	9 0 ／100	／100
④請求額（円）	2 1 1 8 6 0	
⑤利用者負担額（円）	2 3 5 4 0	

1	枚中	1	枚目

様式第六の五（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書

（認知症対応型共同生活介護（短期利用））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和		2	年		9	月分

保険者番号	1	0	2	0	2	0

被保険者

被保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
(ﾌﾘｶﾞﾅ)											
氏名	介護　花子										
生年月日	1.明治　2.大正　③昭和										性別　1. 男　② 女
	1	5	年		1	月		1	日		
要介護状態区分	要介護 1・②・3・4・5										
認定有効期間	1. 平成 ② 令和		1	年		5	月		1	日	から
	令和		3	年		4	月	3	0	日	まで

請求事業者

事業所番号	6	2	4	8	6	2	4	6	8	7
事業所名称	グループホーム事業所39									
所在地	〒215－0004									
	神奈川県川崎市麻生区万福寺1-8-7									
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									

入居年月日	1. 平成 ② 令和		2	年		9	月		7	日
退居年月日	令和		2	年		9	月	1	1	日
短期利用　実日数										5

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
短期共同生活介護Ⅰ2	381221	825	5	4125			
短期共同生活処遇改善加算Ⅴ	386106	149	1	149			
合計				4274			

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①計画単位数	4125	
②限度額管理対象単位数	4125	
③限度額管理対象外単位数	149	
④給付単位数	4274	
⑤単位数単価	1054 円／単位	
⑥給付率	90 ／100	／100
⑦請求額（円）	4054	
⑧利用者負担額（円）	4505	

1	枚中	1	枚目

様式第六の六（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和		2	年		9	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
要支援状態区分	要支援②
認定有効期間	1.平成 ②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	6 2 4 8 6 2 4 6 8 7
事業所名称	グループホーム事業所39
所在地	〒215－0004
	神奈川県川崎市麻生区万福寺1-8-7
連絡先	電話番号　044-281-8760

介護予防サービス計画	2.被保険者自己作成　3.介護予防支援事業者作成	
	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

入居年月日	1.平成 ②令和 2年 9月 7日	
退居年月日	令和 2年 9月 11日	
短期利用　実日数		5

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
予短期共同生活介護Ⅰ2	391221	785	5	3925			
予短期共同生活処遇改善加算Ⅴ	396106	142	1	142			
合計				4067			

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①計画単位数	3925	
②限度額管理対象単位数	3925	
③限度額管理対象外単位数	142	
④給付単位数	4067	
⑤単位数単価	1054 円／単位	
⑥給付率	90 ／100	／100
⑦請求額（円）	3859	
⑧利用者負担額（円）	4287	

1	枚中	1	枚目

〒215-0021
神奈川県川崎市麻生区上麻生上麻生1-5-1

発行日：　令和7年7月23日

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

グループホームまもる

TEL: 044-281-8760　　FAX: 044-281-8761
登録番号 T1234567891234

介護サービス利用料等 請求書

下記の通りご請求申し上げます。

対象年月	令和7年7月分
ご請求金額（税込）	72,502円

令和7年7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	31		

令和7年7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】					
認知症共同生活介護Ⅰ1		765単位	31	23715単位	7月利用分
認知症対応型医療連携体制加算Ⅰ1		57単位	31	1767単位	7月利用分
認知症対応型処遇改善加算Ⅰ		4740単位	1	4740単位	7月利用分
合計（単位数）				30222単位	保険請求額 284,237円
ご利用者本人負担額	※2			31,582円	保険給付率 90%
【保険給付対象外サービス】					
食事代(3食)		1,200円	31	37,200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）	68,782円	消費税計	3,720円
10%対象	37,200円	消費税	3,720円
8%対象	0円	消費税	0円
非課税対象	31,582円	消費税	0円

〒215-0021
神奈川県川崎市麻生区上麻生上麻生1-5-1

発行日：　令和7年7月23日

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

グループホームまもる

TEL: 044-281-8760　　FAX: 044-281-8761
登録番号 T1234567891234

介護サービス利用料等 領収書

下記の通り領収致しました。

対象年月	令和7年7月分
金額（税込）	72,502円

令和7年7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	31		

令和7年7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】					
認知症共同生活介護Ⅰ1		765単位	31	23715単位	7月利用分
認知症対応型医療連携体制加算Ⅰ1		57単位	31	1767単位	7月利用分
認知症対応型処遇改善加算Ⅰ		4740単位	1	4740単位	7月利用分
合計（単位数）				30222単位	保険請求額 284,237円
ご利用者本人負担額	※2			31,582円	保険給付率 90%
【保険給付対象外サービス】					
食事代(3食)		1,200円	31	37,200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）	68,782円	消費税計	3,720円
10%対象	37,200円	消費税	3,720円
8%対象	0円	消費税	0円
非課税対象	31,582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	

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

グループホームまもる

経過記録

期間: 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	分類	内容	担当者
2025年3月1日(土)	10:00	入居	ご家族の送迎の元、施設到着。 車いすに乗り、職員ににこやかに挨拶されていた。 身体チェック行うと手首に外相有。サポーター付け来所。 食堂へ行く前に自室にご案内し、荷物の整理手伝う。	テスト 職員
2025年3月1日(土)	12:00	食事	主食100% 副食100% 汁物100% 食事提供。 好き嫌いはないと仰せ。 本日のメニューのホワイトシチューとパン、温野菜サラダ、ゼリーすべて完食。 義歯のずれもなく咀嚼も問題なし。 管理栄養士立会いの下、お話しお伺いと今後の食事形態の相談をする。 食事形態別紙参照。	管理者 次郎
2025年3月1日(土)	14:00	レク・行事	本日入居の為、ご本人様のご紹介をホールで行う。 他利用者との会話も弾んでおり、コミュニケーションも良好。 ご紹介の後は、集団レクのバルーンリレー行う。	スタッフ テスト
2025年3月1日(土)	20:00	夜間	居室巡回。 ノックし訪室すると、TVをご覧になっていた。 「まだ眠くない」との事で、「普段は何時頃ご就寝されますか？」とお聞きすると「11:00（23:00）頃かな」との事。 「心配しなくても平気だよ」と笑顔で仰られる。 何かあったらNC押してくださいとご案内し、退出する。	テスト 職員
2025年3月1日(土)	23:15	巡視	巡視時、TVは消えており、ベットで横になり休まれている。 特変なし。 室温調整し退出する。	テスト 職員
2025年3月2日(日)	8:00	食事	主食100% 副食100% 汁物100% 朝食時、自ら食堂へ車いす自走で来られる。 「昨日はよく眠れましたか？」の問いに「はい、よーく眠りました」と笑顔でお応えいただく。 朝食も主副共に全量摂取。	管理者 次郎
2025年3月2日(日)	12:00	水分	お茶200ml 昼食時、ご本人より「以前の施設ではお茶にとろみをつけてた」と仰る。 サマリーには記載ない。 ご本人の意見を尊重し、一旦ゆるトロでとろみ付け提供。 2年前誤嚥性肺炎の既往有。 管理栄養士とご家族に確認しご本人の希望に沿って提供可と許可得る。	テスト 職員
2025年3月2日(日)	13:30	レク・行事	外出レクに参加される。	テスト 職員
2025年3月2日(日)	17:30	食事	主食100% 副食100% 汁物100%	テスト 職員
2025年3月2日(日)	23:00	巡視	特変なく休まれてる。	テスト 職員

※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
写真（画像）は転送できません

グループホームまもる

経過記録

利用者名：介護　まもる　様

2020年9月1日　（ 火 ）

記録者：ヘルパーまもる

記録時間	15:21
記録分類	その他
内容	入居時から左手首に外傷あり。

写真も添付できます。

画像1	画像2	画像3
左の手首中央に外傷。		

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