

「ケアマネエース」

施設ケアマネジメントに関する帳票サンプル

便利にお使い頂けそうな帳票のサンプルです。
法定帳票類はもちろんのこと、他にも多数ございます。

【対応サービス種類】

- 介護福祉施設（特養）
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 特定施設入居者生活介護（介護付き有料老人ホーム）

平成30年11月現在

清水システムサプライ株式会社

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。

保険者番号 202010

被保険者番号 0000631259

認定調査票(概況調査)

I 調査実施者(記入者)

実施日時	平成30年11月20日	実施場所	入所施設内
記入者氏名	養護 華子	所属機関	

II 調査対象者

過去の認定	2回目以降	前回認定結果		要介護5	
対象者氏名	アプリコ たろう 様	性別	男	生年月日	昭和1年12月31日 (91歳)
現住所	〒123-1234 さくら市5-5-5 さくらの家			電話	000-111-2222
家族等 連絡先	〒123-1234 さくら市1-1-1 氏名 アプリコ 一郎 調査対象者との関係 長男			電話	090-000-0000

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下さい

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。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(ホームヘルプサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	品目	
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	月	回	<input type="checkbox"/> 福祉用具販売	品目	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修		
<input type="checkbox"/> 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"/> 居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> 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)	月	回	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	月	日
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア)	月	回	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	月	日
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(特養)	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月	日
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(老健・診療所)	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者	月	日
<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護	月	日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	日
<input type="checkbox"/> 複合型サービス	月	日			
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付					
<input type="checkbox"/> 介護保険給付以外の在宅サービス					

施設利用	施設連絡先
<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	施設名 さくらの家 郵便番号 123-1234 施設住所 さくら市5-5-5 電話 000-111-2222
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	
<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、調査対象者の住居環境

さくら市の市営住宅に長男家族(夫婦・孫娘の3人住まい)居住。 毎月家族3人で面会に訪れる。
--

調査日 平成30年11月20日

保険者番号 202010

被保険者番号 0000631259

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)

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 関節の動く範囲の制限の有無について、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)

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。

1.つかまらないでできる 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。

1.つかまらないでできる 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。

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。

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。

1.つかまらないでできる 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。

1.つかまらないでできる 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 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 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.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

1-12 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 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.ほとんど聞えない
 5.聞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.ほとんど聞えない
 5.聞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 洗顔について、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 ズボン等の着脱について、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.介助されていない 2.見守り等 3.一部介助 4.全介助

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。

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1.普通 | <input type="checkbox"/> 2.普通の声がやっと聞き取れる |
| <input type="checkbox"/> 3.かなり大きな声なら何とか聞き取れる | <input type="checkbox"/> 4.ほとんど聞えない |
| <input type="checkbox"/> 5.聞えているのか判断不能 | |

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。

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1.できる | <input checked="" type="checkbox"/> 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。

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1.できる | <input type="checkbox"/> 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。

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1.できる | <input type="checkbox"/> 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。

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1.できる | <input type="checkbox"/> 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。

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1.できる | <input checked="" type="checkbox"/> 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。

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1.できる | <input type="checkbox"/> 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。

- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1.ない | <input type="checkbox"/> 2.ときどきある | <input type="checkbox"/> 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。

- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1.ない | <input type="checkbox"/> 2.ときどきある | <input type="checkbox"/> 3.ある |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|

4-1 物を盗られたなどと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 作話をする事について、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 昼夜の逆転があることについて、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

4-5 しつこく同じ話をする事について、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 大声をだす事について、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、無断でもってくる事について、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

4-13 意味もなく独り言や独り笑いをすることについて、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

4-14 自分勝手に行動することについて、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

4-15 話がまとまらず、会話にならないことについて、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

在宅復帰及び在宅支援の検討

利用者名: アプリコ たろう 様
平成30年11月20日

1. 介護力

主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	副介護者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
介護意欲	<input type="checkbox"/> 積極的	<input checked="" type="checkbox"/> 消極的	介護期間	年 6	月
主介護者の健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> よい	<input type="checkbox"/> 悪い	主介護者との家族関係	<input checked="" type="checkbox"/> よい	<input type="checkbox"/> 悪い
主介護者の就労	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	主介護者の育児	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
介護可能時間	6	時間/日	身体的負担感	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
精神的負担感	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	経済的負担感	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
面会の頻度	1	回/月	外出+外泊の頻度	4	回/

特記事項	
------	--

2. 生活環境

福祉用具の利用	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	福祉用具の充足度	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> 不要	<input checked="" type="checkbox"/> 必要			
住宅環境	<input type="checkbox"/> 持ち家	<input type="checkbox"/> 借家	<input type="checkbox"/> 一戸建て	<input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅	
	<input type="checkbox"/> 自室あり	<input type="checkbox"/> 自室なし	<input type="checkbox"/> 1階	<input checked="" type="checkbox"/> 2階以上	

特記事項	
------	--

3. 利用できる社会資源

	居住地域 にある	利用する 意志あり		居住地域 にある	利用する 意志あり
訪問介護(ホームヘルプサービス)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	短期入所療養介護 (介護老人保健施設等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	グループホーム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有料老人ホーム・ケアハウス	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
通所介護(デイサービス)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	特定福祉用具の購入	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通所リハビリテーション(デイケア)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	住宅改修	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
短期入所生活介護 (介護老人福祉施設等)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	その他	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

特記事項	
------	--

4. 社会活動への参加

趣味	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	老人クラブの参加	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
散歩	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
付き合い(近所、友人)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	住宅環境	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし

特記事項	
------	--

5. 緊急時の対応

主治医	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	入院受け入れ先	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
家族間の連絡網	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			

特記事項	
------	--

6. 家族への指導

介護方法の指導	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けていない
社会資源の利用方法	<input checked="" type="checkbox"/> 知っている	<input type="checkbox"/> 知らない
社会資源の利用費用	<input type="checkbox"/> 知っている	<input checked="" type="checkbox"/> 知らない

特記事項	
------	--

包括的自立支援プログラム ケアチェック表

1.食事・水分摂取に関するケア

要介護者等の氏名： アプリコ たろう 様

ケアの内容		参考	現状		予定	ケア提供の場所／使用用具等		
			提供	家族				
調理	調理					食堂・ホール	○	
準備・後始末	食事の準備・後始末		○		○	食事の場所	居室(ベッド以外)	
	おやつ準備・後始末		○		○		ベッド・布団の上	
	飲み物の準備・後始末		○		○		その他:	
食事等の 摂取介助	食事中の見守り		○		○	食事の区分	一般食	○
	食事摂取一部介助		○		○		糖尿食()kcal	
	食事摂取全介助						その他の特別食	
	おやつ中見守り					主食	普通食	
	おやつ摂取一部介助		○		○		粥食	○
	おやつ摂取全介助						その他:	
	飲み物摂取介助		○		○		普通食	
経口流動食	経口流動食の準備・後始末					副食	刻み食	○
	経口流動食の実施						ミキサー食	
							その他:	
経管栄養	経管栄養の準備・後始末					食事用具	食事用エプロン	
	経管栄養の実施						滑り止めマット・シート	
	チューブの交換・観察						カップ・コップ・湯のみ	○
輸液・輸血	点滴・IVH・輸血の準備・後始末						吸い飲み・薬のみ	
	点滴・IVH・輸血の実施・観察や調整等						自具具:	
	点滴・IVH・輸血中の固定等						その他:	

要介護等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容・対応するケア項目
①本人の訴えや希望			食事を8割の提供にして体重管理を行う。
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤調理面での問題等			
⑥摂取動作面での問題等			
⑦咀嚼機能面での問題等			
⑧嚥下機能面での問題等			
⑨摂取量面での問題等			
⑩体重の変化(増減)	○	○	
⑪食事の好み(好き嫌い)			
⑫その他の問題等			

* 代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

包括的自立支援プログラム ケアチェック表

2. 排泄に関するケア

要介護者等の氏名: アプリコ たろう 様

ケアの内容	参考	現状		予定	ケア提供の場所/使用用具等		
		提供	家族		排泄場所		
準備・後始末	排尿介助からの必要物準備・後始末				排泄場所	トイレ	
	排便介助からの必要物準備・後始末					ポータブルトイレ	
	尿器・便器・ポータブルトイレの消毒					ベッド・布団	○
その他:							
移乗・移動	トイレ・ポータブルトイレへの誘導				排泄用具	ポータブルトイレ	
	車椅子と便座間の移乗					差し込み便器	
	ベッドとポータブルトイレ間の移乗					採尿器・し瓶	
排 尿	排尿時の見守り					自動採尿器	
	排尿動作援助(排尿時の体幹の支え等)					装着尿器	
	排尿後の後始末(直接的援助)					布おむつ	
	膀胱手圧排尿、叩打法					紙おむつ	○
	導尿・留置カテーテル交換					尿とりパッド	○
	膀胱洗浄					失禁用パンツ	
	留置カテーテル・尿量等のチェック	○				尿感知器(おむつ)	
	排尿頻度・量・間隔チェック				ストーマ装具		
排 便	排便時の見守り				自助具:		
	排便動作援助(排便時の体幹の支え等)				その他:		
	排便後の後始末(直接的援助)	○		○			
	摘便						
	浣腸						
	人口肛門のケア						
おむつ交換	おむつ交換の必要物品準備・後始末			○			
	おむつの点検・確認			○			
	おむつの装着・除去			○			

要介護等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容・対応するケア項目
①本人の訴えや希望			
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤移乗・移動面での問題等			
⑥排泄動作面での問題等			
⑦尿意・便意面での問題等			
⑧失禁面での問題等			
⑨排尿量や回数面での問題等			
⑩排便量や回数面での問題等			
⑪その他の問題等			

* 代替ケアとは、自立支援あるいはQ O L 向上のために、他のケアの導入を検討。

包括的自立支援プログラム ケアチェック表

3.入浴・清拭に関するケア

要介護者等の氏名： アプリコ たろう 様

ケアの内容	参考	現状		予定	ケア提供の場所／使用用具等	
		提供	家族			
準備・後始末		○		○	一般浴槽	
移乗・移動		○		○	臥床式特殊浴槽	○
		○		○	座位式特殊浴槽	
		○		○	簡易浴槽	
					移動式入浴車浴槽	
		○		○	その他：	
					シャワーのみ	
		○		○	入浴しない	
		○		○	シャンプーハット	
		○		○	浴槽用チェアー	
		○		○	シャワーチェアー	
洗髪					滑り止めマット	
		○		○	バスボード	
					入浴担架	
洗身		○		○	入浴用懸吊用リフト	
					入浴用台座用リフト	
清拭・部分浴					自助具：	
					その他：	
					浴室（入浴時）	
					洗面所	
					ベッドの上	
					布団の上	
					その他：	

要介護等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容・対応するケア項目
①本人の訴えや希望			
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤移乗・移動面での問題等			
⑥洗身動作面での問題等			
⑦洗髪動作面での問題等			
⑧入浴回数面での問題等			
⑨身体の清潔面での問題等			
⑩その他の問題等			

* 代替ケアとは、自立支援あるいはQ O L 向上のために、他のケアの導入を検討。

包括的自立支援プログラム ケアチェック表

4.洗面、口腔清潔・整容・更衣に関するケア

要介護者等の氏名： アプリコ たろう 様

ケアの内容		参考	現状		予定	ケア提供の場所／使用用具等	
			提供	家族			
洗 面	洗面所までの誘導					洗面の場所	洗面所
	洗面動作の指示						ホール
	洗面一部介助						居室(ベッド以外)
	洗面全介助		○		○		ベッド・布団
口 腔 清 潔	口腔清潔の必要物品準備・後始末		○		○	洗面用具	その他:
	口腔清潔(歯磨き・うがい等)の介助		○		○		洗面器
	入れ歯の手入れ						蒸タオル
	口唇の乾燥を防ぐ						自助具:
整 容	結髪・整髪					口腔清潔用具	その他:
	散髪						歯ブラシ
	爪切り						麺棒・ガーゼ等
	髭剃り						義歯洗浄剤
	耳掃除						自助具:
更 衣	衣類・靴下・靴の準備・後始末		○		○	その他:	
	更衣動作の見守り・指示						
	更衣動作の見守り・指示						
	更衣動作の全介助		○		○		

要介護等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容・対応するケア項目
①本人の訴えや希望			歯科受診の必要あり。 来月20日予約済み
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤移乗・移動面での問題等			
⑥洗面動作面での問題等			
⑦口腔清潔面での問題等	○	○	
⑧入れ歯の手入れ面での問題等			
⑨整髪動作面での問題等			
⑩爪切り動作面での問題等			
⑪髭剃り動作面での問題等			
⑫耳掃除動作面での問題等			
⑬更衣動作他の問題等			
⑭その他の問題等			

* 代替ケアとは、自立支援あるいはQ O L 向上のために、他のケアの導入を検討。

包括的自立支援プログラム ケアチェック表

5.基本動作介助・リハビリテーション等に関するケア

要介護者等の氏名： アプリコ たろう 様

ケアの内容		参考	現状		予定	ケア提供の場所／使用用具等		
			提供	家族				
体位変換	体位変換一部介助					リハビリ室		
	体位変換全介助		○		○		作業室・活動室	
	ビーズパッド・円座・足底板等の使用						ホール	
起居	身体を起こす・支える					リハビリの場所	居室(ベッド以外)	
	端座位から臥床させる・寝かせる						ベッド	
	ギャッチベッドの操作		○		○		布団	
	ベッドからの昇降介助		○		○		その他:	
	座位保持の介助						家具の種類	布団
	立位保持の介助							固定式ベッド
								手動式ベッド
移乗	車椅子の準備・後始末		○		○	除圧・体位変換用具	手動式ベッド	
	ベッドと車椅子間の移乗		○		○		ギャッチベッド	
	ベッドとストレッチャー間の移乗						その他ベッド:	
	車椅子と床・マット間の移乗						エアーマット	
	車椅子と椅子間等の移乗						無圧式ウレタンマット	
移動	歩行の見守り					除圧・体位変換用具	ビーズマット	
	歩行の介助						円座	
	車椅子での移動の見守り						ムートン	
	車椅子での移動の介助						体位変換器	
	ストレッチャーによる移動						その他:	
	抱える・抱き上げる・背負っての移動介助		○		○		移乗板	
リハビリテーション	身体機能の訓練(関節可動域訓練等)					移乗・移動用具	移動バー	
	基本動作訓練(座位・立位・歩行等)						杖:	
	日常生活動作訓練(食事・排泄動作等)						補助具:	
	物理療法(温熱療法・電気療養等)						歩行器:	
	作業療法						シルバーカー	
	言語療法						リフター:	
						移乗・移動用具	普通型車椅子	
							介助型車椅子	
							リクライニング型車椅子	
							電動車椅子	
							電動三輪車	
							その他:	

要介護等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容・対応するケア項目
①本人の訴えや希望			
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤体位変換動作面での問題等			
⑥起居動作面での問題等			
⑦移乗・移動面での問題等			
⑧手指・上肢動作面での問題等			
⑨生活(住)環境面での問題等			
⑩在宅生活継続・復帰面での問題等			
⑪その他の問題等			

* 代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

包括的自立支援プログラム ケアチェック表

6. 医療・健康に関するケア

要介護者等の氏名： アプリコ たろう 様

ケアの内容	参考	現状		予定	ケア提供の場所／使用用具等		
		提供	家族				
薬剤管理		薬の照合・区分・準備	○		○	受診場所	自宅(往診等)
		薬を渡す・服薬介助	○		○		診察室(外来通院)
薬剤 使用		坐薬(緩下剤・解熱剤等)の挿入				現在処方中の薬剤	診察室(入院・入所先)
		褥瘡等の処置・軟膏塗布・薬浴等					居室(入院・入所先)
		眼・耳・鼻の外用药の使用等					その他:
		温・冷あん法・湿布を貼る等					
		自己注射(インシュリン等)の指導等					
		注射の準備・実施・後始末					
		処置等		吸引の準備・実施・後始末			
	吸入の準備・実施・後始末						
	タッピング・体位排痰当の実施						
	透析関係のケア						
	ベッド上での牽引						
	酸素吸入の準備・実施・後始末						
	気管切開口のケア・カニューレの交換						
	人工呼吸器使用中の観察						
	持続吸引・他のカテーテルの管理等	○			○		
	在宅酸素・吸引器等の在宅医療器具点検						
測定等		巡視(夜間)・要態観察	○		○		
		バイタルサインのチェック	○		○		
		身長・体重・腹囲等の測定	○		○		
受診 検査		通院・入院・受診の援助と付き添い					
		処置中の固定等					
		検査用物品の準備・後始末					
		検査用物品の準備・後始末					
		隔離等に伴うケア					

要介護等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容・対応するケア項目
①本人の訴えや希望			
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤治療中の病気			
⑥処方されている食材			
⑦薬剤の管理や服薬面での問題等			
⑧受診介助面での問題等			
⑨バイタルサイン面での問題等			
⑩疼痛等の自覚症状			
⑪麻痺・拘縮			
⑫創傷・褥瘡等の皮膚疾患			
⑬浮腫			
⑭終末期の検討の必要性			
⑮その他の問題等			
医学的管理の内容と留意事項			

* 代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

包括的自立支援プログラム ケアチェック表

7. 心理・社会面等に関するケア

要介護者等の氏名： アプリコ たろう 様

ケアの内容	参考	現状		予定	ケア提供の場所／使用用具等
		提供	家族		
相談 助言	本を読む・手紙の代読・代筆				コミュニケーション等用具 補聴器 眼鏡 拡大鏡(ルーペ) 文字ボード 難聴者用電話 緊急通報装置(電話) 自助具: その他:
	日常会話・声かけ				
	ナースコールの受対応	○		○	
	助言・指導・励まし・カウンセリング				
	家族への連絡・対応・調整・情報収集	○		○	
書類作成	申請書類への記入・提出				
問題行動 への対応	俳諧への対応・探索				
	不潔行為への対応				
	暴力行為・暴言への対応				
	その他問題行動への対応				
余暇活動	散歩の付き添い				
	クラブ・レク活動中への援助				
環境整備	寝具整頓・ベッドメイキング等		○		○
	寝具・リネン交換		○		○
	居室内の掃除・ゴミ捨て		○		○
	私物:花の手入れ・動物の世話等				
	衣類・日用品の整理整頓等		○		○
	衣類・日用品の整理整頓等				
	補助器具(私物)の管理		○		○
	洗濯物を集める・運ぶ		○		○
	洗濯する・干す・たたむ		○		○
買い物	買い物の付き添い				
	買い物・衣類の物品購入				
金銭管理	現金管理・支払等の代行				
移送	送迎車の運転				

要介護等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容・対応するケア項目
①本人の訴えや希望			
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤視力・聴力面での問題等			
⑥会話能力面での問題等			
⑦記憶・認知・理解力面での問題等			
⑧性格生活習慣面での問題等			
⑨精神状況・問題行動面での問題等			
⑩生活(住)環境面での問題等			
⑪介護者・家族面での問題等			
⑫掃除・選択面での問題等			
⑬買物面での問題等			
⑭金銭感覚面での問題等			
⑮移送サービス面での問題等			
⑯その他の問題等			

* 代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

分類	ケア内容
1・食事・水分	調理・準備 <input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 食事の準備・後始末 <input checked="" type="checkbox"/> おやつ準備・後始末 <input checked="" type="checkbox"/> 飲み物の準備・後始末
	食事等の摂取介助 <input checked="" type="checkbox"/> 食事中の見守り <input checked="" type="checkbox"/> 食事摂取一部介助 <input type="checkbox"/> 食事摂取全介助 <input type="checkbox"/> おやつ中見守り <input checked="" type="checkbox"/> おやつ摂取一部介助 <input type="checkbox"/> おやつ摂取全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 飲み物摂取介助 <input type="checkbox"/> 食事・水分摂取量のチェック
	経口流動食 <input type="checkbox"/> 経口流動食の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 経口流動食の実施
	経管栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 経管栄養の実施 <input type="checkbox"/> チューブの交換・観察
	輸液・輸血 <input type="checkbox"/> 点滴等の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 点滴等の実施・観察・調整等 <input type="checkbox"/> 点滴等の固定等
2・排泄	準備・後始末 <input type="checkbox"/> 排尿介助物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 排便介助物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 消毒
	移乗・移動 <input type="checkbox"/> トイレ・トイレへの誘導 <input type="checkbox"/> 車椅子と便座間の移乗 <input type="checkbox"/> ベッドとトイレ間の移乗
	排尿 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 排尿動作援助 <input type="checkbox"/> 排尿後の後始末 <input type="checkbox"/> 膀胱手圧排尿・叩打法 <input type="checkbox"/> 導尿・カテーテル交換 <input type="checkbox"/> 膀胱洗浄 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル・尿量等のチェック <input type="checkbox"/> 排尿頻度・量・間隔チェック
	排便 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 排便動作援助 <input checked="" type="checkbox"/> 排便後の後始末(直接的援助) <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 人工肛門のケア
おむつ交換 <input checked="" type="checkbox"/> 物品の準備・後始末 <input checked="" type="checkbox"/> おむつの点検・確認 <input checked="" type="checkbox"/> おむつの装着・除去	
3・入浴・清拭	準備・後始末 <input checked="" type="checkbox"/> 浴室準備・後始末・清掃
	移乗・移動 <input checked="" type="checkbox"/> 浴室内の見守り <input checked="" type="checkbox"/> 浴槽・リフトへの誘導 <input checked="" type="checkbox"/> 浴槽内外への移動 <input type="checkbox"/> 車椅子と浴槽内リフト間の移乗 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子と浴槽ストレッチャー間の移乗 <input type="checkbox"/> ストレッチャーと浴槽内リフト間の移乗 <input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャーと特殊浴槽間の移乗 <input checked="" type="checkbox"/> 抱える・抱き上げる・背負う <input checked="" type="checkbox"/> リフト・特殊浴槽等の操作
	洗髪 <input checked="" type="checkbox"/> 物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 洗髪一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 洗髪全介助
	洗身 <input type="checkbox"/> 洗身一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 洗身全介助
	清拭・部分浴 <input type="checkbox"/> 物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 部分清拭 <input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/> 手指浴・足浴 <input type="checkbox"/> 陰部洗浄
4・整容更衣	洗面 <input type="checkbox"/> 洗面所までの誘導 <input type="checkbox"/> 洗面動作の指示 <input type="checkbox"/> 洗面一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 洗面全介助
	口腔清潔 <input checked="" type="checkbox"/> 物品の準備・後始末 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔清潔の介助 <input type="checkbox"/> 入れ歯の手入れ <input type="checkbox"/> 唇の乾燥を防ぐ
	整容 <input type="checkbox"/> 結髪・整髪 <input type="checkbox"/> 散髪 <input type="checkbox"/> 爪切り <input type="checkbox"/> 髭剃り <input type="checkbox"/> 耳掃除
	更衣 <input checked="" type="checkbox"/> 準備・後始末(衣服・靴下・靴) <input type="checkbox"/> 更衣動作の見守り・指示 <input type="checkbox"/> 更衣一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 更衣全介助
5・リハビリ	体位変換 <input type="checkbox"/> 体位交換一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 体位交換全介助 <input type="checkbox"/> ビーズパッド・円座・足底板等の使用
	起居 <input type="checkbox"/> 身体を起こす・支える <input type="checkbox"/> 端座位から臥床させる・寝かせる <input checked="" type="checkbox"/> ギャッチベッドの操作 <input checked="" type="checkbox"/> ベッドからの昇降介助 <input type="checkbox"/> 座位保持の介助 <input type="checkbox"/> 立位保持の介助
	移乗 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子の準備・後始末 <input checked="" type="checkbox"/> ベッドと車椅子間の移乗 <input type="checkbox"/> ベッドとストレッチャー間の移乗 <input type="checkbox"/> 車椅子と床・マット間の移乗 <input type="checkbox"/> 車椅子と椅子間等の移乗
	移動 <input type="checkbox"/> 歩行の見守り <input type="checkbox"/> 歩行の介助 <input type="checkbox"/> 車椅子移動の見守り <input type="checkbox"/> 車椅子移動の介助 <input type="checkbox"/> ストレッチャーによる移動 <input checked="" type="checkbox"/> 抱える・抱き上げる・背負った移動介助
	リハビリ <input type="checkbox"/> 身体機能の訓練 <input type="checkbox"/> 基本動作訓練 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 物理療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法
6・医療・健康	薬剤管理 <input checked="" type="checkbox"/> 薬の照合・区分・準備 <input checked="" type="checkbox"/> 薬を渡す・服薬介助
	薬剤使用 <input type="checkbox"/> 坐薬の挿入 <input type="checkbox"/> 褥瘡等の処置・軟膏塗布・薬浴等 <input type="checkbox"/> 眼・耳・鼻の外用薬の使用等 <input type="checkbox"/> 温冷あん法・湿布を貼る等 <input type="checkbox"/> 自己注射の指導等 <input type="checkbox"/> 注射の準備・実施・後始末
	処置等 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> タッピング・体位排痰法等 <input type="checkbox"/> 透析関連のケア <input type="checkbox"/> ベッド上での牽引 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 気管切開口のケア・カニューレ交換 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用中の観察 <input checked="" type="checkbox"/> 持続吸引・他のカテーテルの管理等 <input type="checkbox"/> 在宅医療器具点検
	測定等 <input checked="" type="checkbox"/> 巡視(夜間)・要態観察 <input checked="" type="checkbox"/> バイタルサインのチェック <input checked="" type="checkbox"/> 身長・体重・腹囲等測定
	受診・検査 <input type="checkbox"/> 通院・入院・受診の援助と付き添い <input type="checkbox"/> 処置中の固定等 <input type="checkbox"/> 検査用物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 検体採取 <input type="checkbox"/> 隔離等に伴うケア
7・社会活動	相談・書類作成 <input type="checkbox"/> 代読・代筆 <input type="checkbox"/> 声かけ <input checked="" type="checkbox"/> コールの受対応 <input type="checkbox"/> 助言・指導等 <input checked="" type="checkbox"/> 家族への連絡等 <input type="checkbox"/> 書類作成
	問題行動対応 <input type="checkbox"/> 徘徊の対応 <input type="checkbox"/> 不潔行為への対応 <input type="checkbox"/> 暴力・暴言への対応 <input type="checkbox"/> その他の問題行動への対応
	余暇活動 <input type="checkbox"/> 散歩の付き添い <input type="checkbox"/> クラブ・レク活動中の援助
	環境整備 <input checked="" type="checkbox"/> 寝具整頓 <input checked="" type="checkbox"/> 寝具・リネン交換 <input checked="" type="checkbox"/> 居室の掃除 <input type="checkbox"/> 花(私物)の手入れ・動物の世話 <input checked="" type="checkbox"/> 衣服・日用品の整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣服の修理・繕い <input checked="" type="checkbox"/> 補助器具(私物)の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯物を集める・運ぶ <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯する・干す・たたむ
その他 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 送迎車の運転	

問題点や解決すべき課題 / 具体的内容 / 優先順位	
1・食事・水分	<input type="checkbox"/> ①本人の希望 <input type="checkbox"/> ②家族の希望 <input type="checkbox"/> ③医療管理 <input type="checkbox"/> ④代替ケア <input type="checkbox"/> ⑤調理 <input type="checkbox"/> ⑥摂取動作 <input type="checkbox"/> ⑦咀嚼 <input type="checkbox"/> ⑧嚥下 <input type="checkbox"/> ⑨摂取量 <input checked="" type="checkbox"/> ⑩体重の変化 <input type="checkbox"/> ⑪嗜好 <input type="checkbox"/> ⑫その他 食事を8割の提供にして体重管理を行う。
2・排泄	<input type="checkbox"/> ①本人の希望 <input type="checkbox"/> ②家族の希望 <input type="checkbox"/> ③医療管理 <input type="checkbox"/> ④代替ケア <input type="checkbox"/> ⑤移乗・移動 <input type="checkbox"/> ⑥排泄動作 <input type="checkbox"/> ⑦尿意・便意 <input type="checkbox"/> ⑧失禁 <input type="checkbox"/> ⑨排尿量・回数 <input type="checkbox"/> ⑩排便量・回数 <input type="checkbox"/> ⑪その他
3・入浴・清拭	<input type="checkbox"/> ①本人の希望 <input type="checkbox"/> ②家族の希望 <input type="checkbox"/> ③医療管理 <input type="checkbox"/> ④代替ケア <input type="checkbox"/> ⑤移乗・移動 <input type="checkbox"/> ⑥洗身動作 <input type="checkbox"/> ⑦洗髪動作 <input type="checkbox"/> ⑧入浴回数 <input type="checkbox"/> ⑨身体清潔 <input type="checkbox"/> ⑩その他
4・整容更衣	<input type="checkbox"/> ①本人の希望 <input type="checkbox"/> ②家族の希望 <input type="checkbox"/> ③医療管理 <input type="checkbox"/> ④代替ケア <input type="checkbox"/> ⑤移乗・移動 <input type="checkbox"/> ⑥洗面動作 <input checked="" type="checkbox"/> ⑦口腔清潔 <input type="checkbox"/> ⑧入れ歯 <input type="checkbox"/> ⑨整髪動作 <input type="checkbox"/> ⑩爪きり <input type="checkbox"/> ⑪髭剃り <input type="checkbox"/> ⑫耳掃除 <input type="checkbox"/> ⑬更衣動作 <input type="checkbox"/> ⑭その他 歯科受診の必要あり。 来月20日予約済み
5・リハビリ	<input type="checkbox"/> ①本人の希望 <input type="checkbox"/> ②家族の希望 <input type="checkbox"/> ③医療管理 <input type="checkbox"/> ④代替ケア <input type="checkbox"/> ⑤体位交換 <input type="checkbox"/> ⑥起居動作 <input type="checkbox"/> ⑦移乗・移動 <input type="checkbox"/> ⑧手指・上肢機能 <input type="checkbox"/> ⑨生活環境 <input type="checkbox"/> ⑩在宅生活継続・復帰 <input type="checkbox"/> ⑪その他
6・医療・健康	<input type="checkbox"/> ①本人の希望 <input type="checkbox"/> ②家族の希望 <input type="checkbox"/> ③医療管理 <input type="checkbox"/> ④代替ケア <input type="checkbox"/> ⑤治療中の疾病 <input type="checkbox"/> ⑥処方薬 <input type="checkbox"/> ⑦薬剤の管理・服薬 <input type="checkbox"/> ⑧受診介助 <input type="checkbox"/> ⑨バイタルサイン <input type="checkbox"/> ⑩疼痛等の自覚症状 <input type="checkbox"/> ⑪麻痺・拘縮 <input type="checkbox"/> ⑫創傷・褥瘡等 <input type="checkbox"/> ⑬浮腫 <input type="checkbox"/> ⑭終末期の対応 <input type="checkbox"/> ⑮その他
7・社会活動	<input type="checkbox"/> ①本人の希望 <input type="checkbox"/> ②家族の希望 <input type="checkbox"/> ③医療管理 <input type="checkbox"/> ④代替ケア <input type="checkbox"/> ⑤視力・聴力 <input type="checkbox"/> ⑥会話能力 <input type="checkbox"/> ⑦記憶・認知・理解 <input type="checkbox"/> ⑧性格・生活面 <input type="checkbox"/> ⑨精神症状・問題行動 <input type="checkbox"/> ⑩生活環境 <input type="checkbox"/> ⑪介護者・家族 <input type="checkbox"/> ⑫掃除・洗濯 <input type="checkbox"/> ⑬買物 <input type="checkbox"/> ⑭金銭管理 <input type="checkbox"/> ⑮移送サービス <input type="checkbox"/> ⑯その他

施設サービス計画書(1)

作成年月日 平成30年11月20日

継続

認定済

利用者名 アプリコ たろう 様 生年月日 昭和1年12月31日 住所 さくら市5-5-5 さくらの家1-10号室

施設サービス計画作成者氏名及び職種 養護 華子(介護支援専門員)

施設事業者・事業者名及び所在地 さくらの家 さくら市5-5-5 さくらの家

施設サービス計画作成(変更)日 平成30年11月20日 初回施設サービス計画作成日

認定日 平成30年11月20日 認定の有効期間 平成30年12月1日～平成31年11月30日

要介護状態区分	要介護4
利用者及び家族の生活に対する意向	できないことを援助してもらい、現在の生活を維持したい。 御家族: 現在のまま、元気に穏やかに生活してほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	規則的な生活習慣の持続・ADLの維持向上を図り、自己決定・自己選択で必要なサービスの調整を図る。 今後も入居生活を持続できるよう支援する。インフォーマル支援も適宜活用し日中の活動量を高め、夜間の定時入眠を促進する。

サービス計画書について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

年 月 日 利用者氏名 印

代理人氏名 印 続柄

施設サービス計画書(2)

作成年月日 平成30年11月20日

利用者名 アプリコ たろう 様

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				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
穏やかに楽しく過ごす	他者との交流を楽しみ、 穏やかに生活を送ることができる	H30/12/01 ~ H31/11/30	人との交流の場に参加する	H30/12/01 ~ H31/05/31	スタッフや他の入居者との会話を楽しむ		毎日	H30/12/01 ~ H31/05/31
体調の維持	体重の維持	H30/12/01 ~ H31/11/30	体重及び食事の管理を行う	H30/12/01 ~ H31/05/31	定期的な体重測定 食事量の把握		毎日	H30/12/01 ~ H31/05/31
	下肢筋力低下を予防し、 安全に歩行できる	H30/12/01 ~ H31/11/30	定期的に体操を行う	H30/12/01 ~ H31/05/31	リズム体操の参加への促し		毎日	H30/12/01 ~ H31/05/31
	定期的に医療の管理を受ける	H30/12/01 ~ H31/11/30	毎日の服薬管理ができる	H30/12/01 ~ H31/05/31	内服確認・声掛け 薬のセット		毎日	H30/12/01 ~ H31/05/31
		H30/12/01 ~ H31/11/30	定期的に医師の診察を受ける	H30/12/01 ~ H31/05/31	通院時の付き添い 病状管理		1回/月	H30/12/01 ~ H31/05/31

	日	月	火	水	木	金	土	主な日常生活上の活動
深夜	0:00	巡視観察	巡視観察	巡視観察	巡視観察	巡視観察	巡視観察	
	2:00	巡視観察	巡視観察	巡視観察	巡視観察	巡視観察	巡視観察	
	4:00	巡視観察	巡視観察	巡視観察	巡視観察	巡視観察	巡視観察	
早朝	6:00							
	8:00	起床援助 食事準備	起床援助 食事準備	起床援助 食事準備	起床援助 食事準備	起床援助 食事準備	起床援助 食事準備	起床
		食事介助 口腔ケア	食事介助 口腔ケア	食事介助 口腔ケア	食事介助 口腔ケア	食事介助 口腔ケア	食事介助 口腔ケア	
午前	10:00	バイタルチェック リハビリ	バイタルチェック リハビリ	バイタルチェック リハビリ	バイタルチェック リハビリ	バイタルチェック リハビリ	バイタルチェック リハビリ	
	12:00	食事準備 食事介助 口腔ケア	食事準備 食事介助 口腔ケア	食事準備 食事介助 口腔ケア	食事準備 食事介助 口腔ケア	食事準備 食事介助 口腔ケア	食事準備 食事介助 口腔ケア	昼食
	14:00							昼寝
午後	16:00	おやつ レクリエーション						
	18:00	食事準備 食事介助 口腔ケア	食事準備 食事介助 口腔ケア	食事準備 食事介助 口腔ケア	食事準備 食事介助 口腔ケア	食事準備 食事介助 口腔ケア	食事準備 食事介助 口腔ケア	夕食
	20:00	就寝援助	就寝援助	就寝援助	就寝援助	就寝援助	就寝援助	就寝
深夜	22:00	巡視観察	巡視観察	巡視観察	巡視観察	巡視観察	巡視観察	
	24:00							

週単位以外のサービス 診察(1回/月)

第4表

利用者名： 山田 たろう 様

日課計画表

作成日： 平成30年10月15日

	共通サービス		個別サービス		主な日常生活上の活動	共通サービスの例	
	実施内容	担当者	実施内容	担当者			
深夜	0:00	巡視観察	介護職員			食事介助 朝食 昼食 夕食 入浴介助（ 曜日） 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助	
	2:00	巡視観察	介護職員				
	4:00	巡視観察	介護職員				
早朝	6:00						
	8:00	起床援助 食事準備	介護職員 調理職員		起床		
午前	8:00	食事介助	介護職員		朝食		
		口腔ケア	介護職員				
	10:00	バイタルチェック リハビリ	理学療法士 理学療法士				
午後	12:00	食事準備	調理職員				
		食事介助 口腔ケア	介護職員 介護職員		昼食		
	14:00				昼寝		
	16:00	おやつ レクリエーション	介護職員	レクリエーション	介護職員		
				入浴	介護職員		
	18:00	食事準備 食事介助 口腔ケア	調理職員 介護職員 介護職員				夕食
夜間	20:00	就寝援助	介護職員		就寝		
	22:00	巡視観察	介護職員				
深夜	24:00						
付随実施するサービス							

その他のサービス 診察(1回/月)

第4表

サービス担当者会議の要点

作成日 平成30年11月21日

利用者名 アプリコ たろう 様

サービス計画作成者氏名 養護 華子

開催日 平成30年11月23日

開催場所 会議室

開催時間 14:00～15:00

開催回数 2 回

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
	本人	アプリコ たろう	理学療法士	養護 三郎		
家族	アプリコ 一郎	看護師	養護 一子			
介護職員	養護 一郎					
介護職員	養護 二郎					
検討した項目	1. 現在の様子 2. 介護計画について					
検討内容	1. 最近の施設での様子を報告 2. 来月より介護度が変更となるため、新しい介護計画及び本人・家族の意向の確認					
結論	1. お仲間と散歩や麻雀を行なっている。 笑顔で会話をされ和やかに過ごされている。 体調が優れないときは自身で判断し休まれている。 現在穏やかに落ち着いて生活できているようなので、この状態が維持できるよう努める。 2. サービス計画原案のとおり支援提供を行う。					
残された課題 (次の開催時期)	・新しい介護計画に沿った支援の経過確認。 ・1か月後モニタリングを行い、次回開催時期を検討する。					

施設介護支援経過

利用者名: アプリコ たろう 様サービス計画作成者: 養護 華子

0000631259

年月日	内 容
H30/07/07	[来館]長女・孫 自宅にあったテレビや賞状を持参される。孫の同伴を大変喜んでいた。
H30/07/14	[来館]長男 長男がお酒を持参。ラウンジで長男と晩酌を行った。 飲食後の足元のふらつきが心配されたが、しっかりと足取りで歩行できていた。
H30/07/24	[日常生活] 他の入居者家族と談笑。 夕方帰宅要求があったが、野球中継が始まるとベットに寝ころび最後まで中継を見る。
H30/08/01	[日常生活] 事務所前で興奮した様子で「財布がない!」と訴える。 職員が部屋の中を探すと財布は机の中で見つかった。 施設長が説明し落ち着いた。
H30/08/18	[来館]長男・ご友人 長男が近所のご友人を連れ来館される。 ラウンジで3人で晩酌を行った。 地域の祭りの話に盛り上がっていた。