

「ケアマネエース」 在宅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】

- 居宅介護支援
- 小規模多機能型居宅介護（看護含む）

平成31年4月現在

清水システムサプライ株式会社

フェイスシート

作成年月日 平成26年6月26日 実施場所 ケアマネ 太郎

居宅介護支援事業者	番号	2070102369	名称	桜坂ケアプランセンター	
	電話番号	026-000-2222		FAX番号	026-000-9999

フリガナ	キジマ タクヤ		男	生年月日	昭和2年7月30日	86才
利用者氏名	木島 たくや					
住 所	〒 381-2205		家族構成図			
	さくら市さくら町					
	999					
電話番号	000-0000					
世帯人員	2					
家族構成						
世帯主						
家屋状況	民間借家					

緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
	〇〇 真由美	子	長野市〇〇 1丁目〇〇	000-0000 090-9000-0000

障害高齢者の日常生活自立度	B1	認知症高齢者の日常生活自立度	自立
---------------	----	----------------	----

認定情報	要介護1		認定区分	認定済
	認定年月日	平成25年5月1日	認定期間	平成25年5月1日 ~ 平成27年4月30日

被保険者情報等	介護保険	被保険者番号	0000564099	保険者番号	202010
	保険者名	さくら市			
	身体障害者手帳				
	生活保護	受給者番号	0012345	負担者番号	1220102

現在利用している介護保険サービス等 (週間サービス)	サービス種別	事業所名	電話番号
	通所介護	宅老所なごみや	026-000-0000
	通所介護	桜坂ディサービス	026-000-0000
	福祉用具貸与	福祉用具の桜坂	999-1234
	週単位以外のサービス	老健さくらショート(月10日前後)福祉用具貸与(手すり貸与)	

フェイスシート

フリガナ	キジマ タクヤ
利用者氏名	木島 たくや

<<現病歴・既往歴と経過>>

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
				Tel	

その他

備考1	<p>本人70歳の頃、長男の仕事の失敗から、家屋手放しアパート住まいとなる。それまではどちらかと言えば、裕福な生活をされ、社交的であったが、それ以降、古い友人には会いたがらず、うつ病を発症。それを機に、娘宅に同居。娘さんも多忙なため疲労気味。</p>
備考2	<p>昨年、腰椎圧迫骨折をし、歩行もままならなかったがかなり回復。留置のカテーテル挿入済み。1回/3週の訪問看護で、バルーン交換している。</p>
メモ	

利用者情報提供書

平成30年11月16日

氏名	カイゴ アキオ 介護 アキオ. 様	男	生年月日 大正12年1月1日	年齢 95
住所	380-0935 長野市中御所4-4-17	電話番号 026-224-1395 080-4448-7166		
日常生活自立度		障害高齢者: J1		認知症高齢者: IIa
保険給付率	90%(10%負担)		家族構成図 (本人) (妻) 	
被保険者番号	0000012345			
介護度	要介護1			
認定年月日	平成29年1月1日			
認定有効期間	平成29年1月1日～平成30年12月31日			
現在利用している介護保険サービス等(週間サービス)	訪問介護(6回/週) 訪問入浴介護(2回/週) 地域密着通所介護(3回/週)		家族構成(家族関係等の状況) 妻・長男家族と5人暮らし	
(週単位以外のサービス)	福祉用具貸与、短期入所			

現病歴・既往歴と経過 (最新4件まで)

年月	病名	医療機関/医師名	経過	内容
平成27年9月	アルツハイマー型認知症	池田病院 /Dr.富士(主治医) 026-000-0000	治療中	
平成23年4月	前立腺癌	さくら市赤十字病院 /赤十字太郎(主治医) +80-111-111	治療中	泌尿器科で手術したが肝臓癌が見つかる
平成21年4月	メニエール病	さくら市中央病院 /Dr.さくら	治療中	
平成20年	脳梗塞	さくら市中央病院 /Dr.さくら 026-000-0000		

症状・治療・処置

歩行が不安定で転倒する事が多く、この今年の夏に転倒し左膝の半月版にヒビが入り、ギブス固定。その後、ギブスは外れたが左膝の下から足先まで浮腫んで歩行が不安定になっている。

	緊急	氏名	性別	続柄	介護者	同居	年齢	住所	電話
	連	■	介護 太郎	男	長男	■	■	44	
絡		介護 地名	男	次男			42	隣町	026-226-0111 09000001111
先		介護 花子	女	長男の嫁	■	■	46		090-4546-1111

【身体状況】

アセスメント調査日：平成31年1月5日

聴力	補聴器	ゆっくり大きな声なら聞こえる
視力	支障ない	白内障で30cm前のは見える
麻痺	(無し)	
アレルギー	(未調査)	無し
褥瘡	Ⅲ度	臀部あたり
感染症	(無し)	
他者との関わり コミュニケーション	有り	
意思の疎通	出来る	
物忘れ	有り	1時間前のことは忘れてしまう

【日常生活動作】

食事 (食べる状況)	自立	軟飯、刻み食をスプーンで食べるが気力低下があり器に残る事がある。
嚥下	自立	水分でまれにむせる場合有
排泄	一部介助	後始末は介助が必要
起き上がり	一部介助	何かにつかまってならできる。
入浴	一部介助	目は自分で洗える
着衣	出来ない	全介助
移乗	自立	
屋内歩行	出来る	壁づたいに。
屋外歩行	出来る	杖必要。

備考・特記事項

精神疾患があり、精神科に入院。
 家族も精神疾患のために県外の病院に入院中。
 加齢と共に両下肢の筋力低下が進み、腰も90度ほどに曲がっていて、頭部と両下肢に痛みがある。
 物忘れや気力低下が進んできており、日中自分の席でじっと座ったり横になって過ごしている。
 更衣や整容等介護する事が多くなっている。

支援事業者名：桜坂ケアプランセンター

TEL 026-000-2222

担当ケアマネジャー：ケアマネ 華子

FAX 026-000-9999

記入日： 平成31年2月5日
入院日：
情報提供日：

入院時情報提供書

医療機関



居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名： 桜坂ケアプランセンター

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名： ケアマネ 華子

TEL： 026-000-2222

FAX： 026-000-9999

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

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	カイゴ アキオ 介護 アキオ.		年齢	96 才	性別	男
			生年月日	大正12年1月1日		
住所	380-0935 長野市中御所4-4-17		電話番号	026-224-1395		
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類(<input type="checkbox"/> 戸建て ・ <input type="checkbox"/> 集合住宅) . 階建て . 居室 階 . エレベーター (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 特記事項()					
入院時の要介護度	要介護1	認定期間	平成31年1月1日 ~ 平成31年12月31日		認定済	
障害者高齢者の日常生活自立度	J1				<input type="checkbox"/> 医師の判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	II a				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	10%負担	障害などの認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的)			
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()					

2. 家族の情報について

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 ※ <input type="checkbox"/> 日中独居					妻・長男家族と5人暮らし	
主介護者(年齢)	介護 太郎	長男	才	(<input checked="" type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居)	TEL	026-226-0000	
キーパーソン	介護 太郎	長男	才	連絡先	TEL	026-226-0000	

3. 本人／家族の意向について

本人の性格／趣味・関心領域など	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input checked="" type="checkbox"/> 同封各居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input checked="" type="checkbox"/> 同封各居宅サービス計画(1)参照

4. 入院時の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他
-----------------	--

5. 今後の生活展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 名) ※ <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名 続柄 ・ 年齢)
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力が見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
特記事項	

6. カンファレンスについて(ケアマネジャーからの希望)

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

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		○(無し)		褥瘡の有無	○Ⅲ度(臀部あたり)		
ADL	移動	自立 見守り 一部介助 全介助		移動(室内)	○出来る(壁づたいに。)		
	移乗	○自立		移動(屋外)	○出来る(杖必要。)		
	更衣	○出来ない(全介助)		起居動作	○一部介助(何かにつかまってなら出来る。)		
	整容	○一部介助					
	入浴	○一部介助(目は自分で洗える)					
	食事	○自立(軟飯、刻み食をスプーンで食べるが気力低下があり器に残る事がある。)					
食事内容	食事回数	()回/日(朝:____時頃・昼:____時頃・夜:____時頃)			食事制限	□あり() □なし □不明	
	食事形態	□普通 □きざみ □嚥下障害食 □ミキサー			UDF等の食形態区分		
	摂取方法	□経口 □経管栄養		水分とろみ	□なし □あり □水分制限 □あり() □なし □不明		
口腔	嚥下機能	○自立(水分でまれにむせる場合有)			義歯	□なし □あり(部分・総)	
	口腔清潔	良 不良 著しく不良			口臭	□なし □あり	
排泄*	排尿	自立 見守り 一部介助 全介助		ポータブルトイレ	□なし □夜間 □常時		
	排便	自立 見守り 一部介助 全介助		オムツ/パッド	□なし □夜間 □常時		
睡眠の状態		良 不良()		眠剤の使用	□なし □あり		
喫煙量		無 有 ____本くらい/日あたり		飲酒量	無 有 ____合くらい/日あたり		
コミュニケーション能力	視力	○支障ない(白内障で30cm前のは見える)			メガネ	□なし □あり()	
	聴力	○補聴器(ゆっくり大きな声なら聞こえる)			補聴器	□なし □あり	
	言語	問題なし やや難あり 困難			コミュニケーションに関わる特記事項:		
	意思疎通	○出来る					
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()					
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()					
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(理由: _____ 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明					
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて					
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()					

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	□なし □あり()		居宅療養管理指導	□なし □あり(職種:)		
薬剤管理	□自己管理 □他者による管理(・管理者: _____ ・管理方法: _____)					
服薬状況	□処方通り服用 □時々飲み忘れ □飲み忘れが多い、処方が守られていない □服薬拒否					
お薬に関する、特記事項						

9. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名			電話番号		
医師名	(フリガナ)		診察方法・頻度	□受診 □訪問診療 ・頻度=()回/月・週	

ADL ※本人の身体能力を記入		本人の状況・意欲・介護の状況・日常生活への影響・問題(困りごと)を記入	課題
寝返り	出来る		
起き上がり	一部介助	何かにつかまってならでる。	
移乗	自立		
屋内歩行	出来る	壁づたいに。	
屋外歩行	出来る	杖必要。	
座位	一部介助		
着衣 <small>上半身更衣・下半身更衣・靴下などの状況</small>	出来ない		
身だしなみ <small>洗面・歯磨き・整髪・髭剃り・爪切り等の状況</small>			
入浴 <small>入浴場所・浴槽の出入り・洗身・洗髪などの状況</small>	一部介助	目は自分で洗える	
寝具始末			

食事

食べる状況	自立	軟飯、刻み食をスプーンで食べるが気力低下があり器に残る事がある。	
嚥下			
食事形態			
栄養状態			
水分摂取			
口腔状態			

排尿・排便

排泄行為	一部介助	後始末は介助が必要	
尿意			
便意			
尿失禁			
便失禁			
用具の使用			

I A D L		本人の状況・意欲・介護の状況・日常生活への影響・問題(困りごと)を記入	課題
調理	一部できる場合の状況、介護者の援助		
掃除	一部できる場合の状況、介護者の援助、ごみの後始末の状況		
洗濯	一部できる場合の状況、介護者の援助		
買い物	一部できる場合の状況、介護者の援助		
金銭管理	一部できる場合の状況、介護者の援助		
薬の管理	一部できる場合の状況、介護者の援助		
電話の利用	一部できる場合の状況、介護者の援助		
交通機関	(電車 バス タクシー)利用している移動手段(自家用車 自転車 電動車いす その他)		

コミュニケーション、視・聴力

視力	支障ない	白内障で30cm前のものは見える	
聴力	補聴器	ゆっくり大きな声なら聞こえる	
意思の疎通	出来る		

社会との関わり

社会活動への参加意欲			
他者との関わり	有り		
喪失感			
孤独感			
地域の協力			

住宅環境

付近の環境	居住環境

物忘れ等

課題

物忘れ			
日常の意思決定			

問題行動

課題

課題

被害的			落ち着きなし		
作話			一人で出たがる		
感情が不安定			収集癖		
昼夜が逆転			物や衣類を壊す		
同じ話しをする			独り言・一人笑い		
大声を出す			自分勝手に行動する		
介護に抵抗			話がまとまらない		
日常生活への影響・介護の状況・課題等					

特別な状況

具体的な状況

備考

精神疾患があり、精神科に入院。
 家族も精神疾患のために県外の病院に入院中。
 加齢と共に両下肢の筋力低下が進み、腰も90度ほどに曲がっていて、頭部と両下肢に痛みがある。
 物忘れや気力低下が進んできており、日中自分の席でじっと座ったり横になって過ごしている。
 更衣や整容等介護する事が多くなっている。

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 平成31年4月12日

継続

認定済

利用者名 介護 アキオ. 様 生年月日 大正12年1月1日 住所 長野市中御所4-4-17

居宅サービス計画作成者氏名 ケアマネ 華子

居宅介護支援事業者・事業者名及び所在地 桜坂ケアプランセンター さくら市さくら島2丁目

居宅サービス計画作成(変更)日 平成31年4月12日 初回居宅サービス計画作成日 平成26年1月25日

認定日 平成31年1月1日 認定の有効期間 平成31年1月1日～令和01年12月31日

要介護状態区分	要介護1
利用者及び家族の生活に対する意向	本人;歩行器を使い整骨医やスーパーまで、なるべく歩くようにしている。デイサービスはとても楽しい。 家族(妻);転ばぬよう注意し、なるべく外出するようにしてほしい。引き続き判断力に混乱があり、怒ることが多い。 デイサービスはとても気に入っているため、引き続き利用して欲しい
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	障害高齢者の日常生活自立度 J1 認知症高齢者の日常生活自立度 IIa
総合的な援助の方針	ご家族の援助、体調管理ができていますので、今後も安定したサービスの利用で、在宅生活の継続ができるようにしていく。 外出支援につながるようなサービスを提案していく。 認知症の進行や病気の悪化で、身の回りの事や入浴ができないことがある。 デイサービスや訪問で信頼関係を築き、安心して利用していただけるように支援していく。
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()

サービス計画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

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 平成27年2月4日

利用者名 介護 アキオ 殿

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	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
感情的にも不安定になる時がありイライラしてしまう。元気に、明るい気持ちで生活していきたい。	孤独感を感じず明るい気持ちで生活できる。	H26.12.01 ～ H27.11.30	健康状態の管理をしていく。	H26.12.01 ～ H27.05.31	”継続的な診察、病状を考慮した生活上の指導と助言 服薬の介助		受診(通院)	あすなるデイサービス	随時	H26.12.01 ～ H27.05.31
ディサービスでの人との関わりをとても気に入っているの、続けたい	人との関わりが楽しく持てる	H26.12.01 ～ H27.11.30	人との交流が楽しめる	H26.12.01 ～ H27.05.31	人との交流を援助する 機能訓練を援助する	○	通所介護	グリーンデイ	2/w	H26.12.01 ～ H27.05.31
					機能訓練	○	通所介護	桜坂デイサービス	2/w	H26.12.01 ～ H27.05.31
できるだけ自立した方法で入浴したい。	定期的に入浴できる	H26.12.01 ～ H27.11.30	定期的に入浴できる	H26.12.01 ～ H27.05.31	入浴介助	○	通所介護	桜坂デイサービス	2/w	H26.12.01 ～ H27.05.31
					入浴介助を行う	○	訪問介護	ハッピー介護	2/w	H26.12.01 ～ H27.05.31

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

認定済		平成27年1月 サービス利用票(兼居宅サービス計画)										支援事業者⇒利用者																							
保険者番号	202010	保険者名	さくら市			支援事業者 担当者名	桜坂ケアプランセンター (2070102369) ケアマネ 華子 TEL: 026-000-2222					作成年月日	平成27年2月10日			確認印																			
被保険者番号	9999999999	フリガナ 被保険者氏名	カイゴ アキオ 介護 アキオ 様			保険者 確認印						届出年月日	平成21年2月1日																						
生年月日	大正12年1月1日	性別	男	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分 変更日	要介護1	区分支給 限度基準額	16692 / 月					限度額 適用期間	平成27年1月1日 から 平成28年12月31日 まで			前月まで 短期入所 利用日数	0 日																		
提供 時間帯	サービス内容	サービス事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																																
			日付 曜日	1 木	2 金	3 土	4 日	5 月	6 火	7 水	8 木	9 金	10 土	11 日	12 月	13 火	14 水	15 木	16 金	17 土	18 日	19 月	20 火	21 水	22 木	23 金	24 土	25 日	26 月	27 火	28 水	29 木	30 金	31 土	合計
09:30-10:30	身体介護2	桜坂ヘルパーセンター	予定 実績	1						1	1																								9
10:00-10:30	訪問入浴	桜坂ヘルパーセンター	予定 実績		1						1								1							1								1	5
10:00-10:30	訪問入浴・部分浴	桜坂ヘルパーセンター	予定 実績			1						1								1							1							1	5
	訪問入浴サービス提供体制加算	桜坂ヘルパーセンター	予定 実績		1	1					1	1							1	1					1	1						1	1	10	
09:00-14:00	通所介護 I 15	桜坂ディサービス	予定 実績				1							1							1								1					4	
09:30-15:30	通所介護 I 25	桜坂ディサービス	予定 実績					1							1							1								1				4	
10:30-13:30	通所介護 I 15・時減	桜坂ディサービス	予定 実績			1							1								1								1					4	
	通所介護入浴介助加算	桜坂ディサービス	予定 実績			1	1						1	1							1	1						1	1					8	
	通所介護送迎減算	桜坂ディサービス	予定 実績			1	1						1	1							1	1						1	1					8	
	通所介護サービス提供体制加算 I	桜坂ディサービス	予定 実績			1	1						1	1							1	1						1	1					8	
			予定 実績																																
14:00-15:00	訪問指導	自立支援	予定 実績				1																											1	

利用票（提供票）及び別表の両面印刷ができます

サービス利用票別表 平成27年1月

作成年月日：平成27年2月10日

被保険者番号：999999999

氏名：介護 アキオ

様

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額 (保険対象分)	給付率 (%)	保険給付額	利用者負担 (保険対象分)	利用者負担 (全額負担分)		
					率%	単位数														
桜坂デイサービス	2070102443	通所介護 I 15・時減	15-1145	514			4	2056												
桜坂デイサービス	2070102443	通所介護 I 15	15-1245	734			4	2936												
桜坂デイサービス	2070102443	通所介護 I 25	15-1345	1208			4	4832												
桜坂デイサービス	2070102443	通所介護入浴介助加算	15-5301	50			8	400												
桜坂デイサービス	2070102443	通所介護送迎減算	15-5611	-94			8	-752												
桜坂デイサービス	2070102443	通所介護サービス提供体制加算 I	15-6101	12			8	96												
桜坂デイサービス	2070102443	(小計)						(9568)			0	9568	10.14	97,019	90	87,317	9,702			
桜坂デイサービス	2070102443	通所介護処遇改善加算 I	15-6104					(182)				(182)	10.14	1,845	90	1,660	185			
桜坂ヘルパーセンター	2070102591	身体介護2	11-1211	404			9	3636												
桜坂ヘルパーセンター	2070102591	(小計)						(3636)			0	3636	10.21	37,123	90	33,410	3,713			
桜坂ヘルパーセンター	2070102591	特別地域訪問介護加算	11-8000					(545)				(545)	10.21	5,564	90	5,007	557			
桜坂ヘルパーセンター	2070102591	訪問入浴	12-1111	1259			5	6295												
桜坂ヘルパーセンター	2070102591	訪問入浴・部分浴	12-1112	881			5	4405												
桜坂ヘルパーセンター	2070102591	訪問入浴サービス提供体制加算	12-6101	24			10	240												
桜坂ヘルパーセンター	2070102591	(小計)						(10940)			7452	3488	10.21	35,612	90	32,050	3,562	76,084		
桜坂ヘルパーセンター	2070102591	特別地域訪問入浴介護加算	12-8000					(1,605)			(1,082)	(523)	10.21	5,339	90	4,805	534	11,047		
桜坂ヘルパーセンター	2070102591	訪問入浴処遇改善加算 I	12-6102					(226)			(154)	(72)	10.21	735	90	661	74	1,572		
					区分支給限度基準額(単位)		16692	合計	24144			7452	16692			183,237		164,910	18,327	88,703

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
訪問介護				短期入所生活介護			
訪問入浴介護				短期入所療養介護			
訪問看護				夜間対応型訪問介護			
訪問リハビリテーション				認知症対応型通所介護			
通所介護				認知症対応型共同生活介護			
通所リハビリテーション				小規模多機能型居宅介護			
福祉用具貸与				合計			

要介護認定中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
0	0	0

居宅介護支援経過

利用者名: 木島 たくや 様

0000038235

サービス計画作成者: ケアマネ 太郎

年月日	内 容
H30/11/15 (木)	自宅訪問 家族と面談 本人の状態に変化はなく、時折腰の痛みを訴えることもあるが、まだまだ自分で歩くことに支障はないし、家族もそれほど心配していないという。 サービスについても満足しているという。
H30/12/03 (月)	デイサービスにてインフルエンザの予防接種を行う。
H30/12/24 (月)	デイサービスにて面談。 体調の変化もなく、サービスの利用も計画的に行なわれている。 来月の予定確認
H31/01/15 (火)	自宅訪問 体調不良の訴え有。 かかりつけの医院への受診の手配を行う。 来月の予定確認
H31/02/11 (月)	デイサービスにて面談。 体調の変化もなく、サービスの利用も計画的に行なわれている。 来月の予定確認
H31/03/13 (水)	自宅訪問 家族と面談 心身ともに変わりなく生活できている。通所介護が休みの日は自室にこもりがちな様子。 通所介護時は他者の行動がかなり気になるようであるが、トラブルになることは今のところはない。 来月の予定確認
H31/04/12 (金)	デイサービスにて面談。 サービスの利用は計画的に行なわれている。 食欲不振の訴え有。体調に大きな変化は見られないので、定期的な運動を提案する。 来月の予定確認

連絡表

平成27年2月10日(火)

宛 先
999-9999
〇〇 真由美 様

(発信)

事業所名 桜坂ケアプランセンター

住所 さくら市さくら島2丁目

TEL 026-000-2222 FAX 026-000-9999

担当者ケアマネ 太郎

木島 たくや 様 サービス担当者会議開催の連絡

平素より、当社の居宅介護支援事業にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

下記の日程でサービス担当者会議を開催いたしますので万障お繰り合わせの上、

ご参加をお願い申し上げます。↓出席・欠席のどちらかに○をお願いいたします。

出席	ご出席者の御氏名:	欠席	下記、※1
・ (開催日 / 時間)	平成25年8月29日(木) 10:00 ~ 平成25年8月29日(木) 11:00		
・ (開催場所)	本人自宅		
・ (開催目的)	身体状況の変化によりサービス見直しのため		
・ (参加対象事業者名)	さくらデイサービス		
・ (介護支援専門員からの議題)	<input type="checkbox"/> 要介護(要支援)者や介護者の状況変化等に対して支援の方針への意見		
	<input type="checkbox"/> その他()		
議題がありましたらお知らせください。当日は時間厳守でお願い致します。			
お忙しいところ恐れ入りますが、		2月8日	までにご返信よろしくお願ひいたします。
尚、ファックス返信の際はご利用者氏名を削除していただきますよう、合わせてよろしくお願ひいたします。			
※1. 欠席される場合には後日にあらためて「サービス提供確認書」を送信させていただきますのお手数ですが、ご記入返信よろしくお願ひいたします。			

利用者名 木島 たくや 殿

サービス計画作成者(担当者)氏名 ケアマネ 太郎

開催日 平成25年8月29日

開催場所 本人自宅

開催時間 10:00～11:00

開催回数 1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		木島 たくや	桜坂ケアプランセンター	ケアマネ 太郎	
家族		〇〇 真由美	桜坂ディサービス	介護太郎		
家族		妻	宅老所なごみや	ああ		
			桜坂ディサービス	介護次郎	福祉用具の桜坂	担当A
検討した項目	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護の導入について ・現状での問題点と課題 ・主介護者の意向・本人の意向 					
検討内容	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の経口摂取できず、点滴加療している。水分も十分に摂取できておらず血液、浮遊物、尿漏れもみられカテーテルの管理がうまくいっていない。 ・主介護者の介入だけでは 安定した在宅生活が維持できない。訪問介護を導入し、本人のQOLをあげていく必要がある。 ・訪問ヘルパーの介入が煩わしいと主介護者は思っている。しかし実際は介護が負担になっている。 					
	<p>内容の文字数に合わせて高さの調整が可能です。</p>					
結論	<ul style="list-style-type: none"> ・玄関の入り口の段差と、玄関先の段差解消のためにスロー応を設置するなど住宅改修を利用することになった。 ・心疾患への負担にならず楽しみのある生活を支援していく。デイサービスでも本人の思いに沿った対応と転倒を防ぐ。 ・事業所間で連携を取りながら、家族とも情報を共有しながら心身の状況に合わせてサービスの見直しをしていく。 					
残された課題 (次回の開催時期)	身体状況の変化があったとき。					

モニタリングシート

評価日 平成25年7月26日

評価期間 平成25年6月1日～平成25年6月30日
 利用者氏名 介護 アキオ 様

計画作成者氏名 ケアマネ 華子

短期目標	サービス実施状況	目標達成状況	満足度		計画変更 の必要性	計画変更の理由 事業所との調整内容 本人家族の意見等
			本人	家族		
健康状態の管理をしていく。	受診(通院)		満足	満足	継続	
人との交流が楽しめる	通所介護	拒否することなく出かけている。 楽しんでいる様子。 5月は休まず利用できた。 体調もよいとのこと。	満足	満足	継続	要清潔
定期的に入浴できる	通所介護	特になし	満足	満足	継続	

総括

シーツ交換、清潔にしている。

利用者一覧表

NO	被保険者番号	生年月日	性別	氏名	介護度	保険証有効終了日	最終作成履歴						
							アセスメント実施日 (MDS-HC2. O)	領域選定実施日 (MDS-HC2. O)	居宅サービス計画 作成日	2表)長期目標 期間終了日	2表)短期目標 期間終了日	サービス担当者会議 実施日	モニタリング実施日
1	0000524250	S05/01/04	女	古市 佳子	要支援2	H27/03/31							
2	0000464744	S09/06/18	男	浦 今朝雄	要介護4	H27/03/31	H23/08/19	H24/02/15	H24/11/30	H25/07/31	H23/07/31	H25/06/22	H26/07/02
3	9999999999	T12/01/01	男	介護 アキオ	要介護5	H26/12/31	H25/02/13	H25/02/13	H25/02/04	H25/11/30	H25/05/31		H26/07/02
4	0000101825	S06/03/13	女	梶田 美空	要介護5	H27/07/31	H23/09/05	H23/11/11	H24/07/26	H27/04/30	H27/04/30	H23/09/05	H27/01/05
5	0000433423	T09/12/31	男	安川 亮	要介護4	H26/07/31			H23/05/13	H27/04/30	H27/04/30		H24/09/28
6	0000348243	M44/08/20	女	石岡 凜	要支援2	H27/06/30			H23/11/12	H24/06/30	H23/12/31	H23/06/04	H26/07/02
7	0000566310	T11/02/25	女	磯崎 美空	要介護1	H28/05/31	H25/04/09	H25/04/09	H24/05/25	H26/05/31	H24/11/30	H26/07/02	H24/04/12
8	0000564099	S02/07/30	男	木島 たくや	要介護1	H27/04/30			H25/06/27	H27/04/30	H27/04/30	H25/08/29	H26/07/02
9	0000038235	S03/05/29	女	長沼 ヨシオ	要介護1	H26/11/30			H23/12/30	H24/11/30	H24/11/30	H26/06/06	H26/07/02
10	0000506226	T09/05/07	女	塩崎 美月	要介護3	H27/08/31	H23/11/11		H23/04/11	H27/04/30	H27/04/30		H27/01/05
11	0000335223	T13/01/25	女	辻村 朝子	要介護3	H27/06/30			H24/04/05	H27/04/30	H27/04/30	H26/07/02	H27/01/05
12	0000116558	T09/01/02	女	寺崎 心愛	要介護1	H26/12/31			H25/06/27	H27/04/30	H27/04/30	H23/01/24	H25/06/17
13	H001043922	S26/05/30	女	土肥 琴音	要介護1	H26/10/31		H25/04/09	H25/02/04	H27/04/30	H27/04/30		H27/01/05
14	0000348178	S04/10/20	男	野尻 公一	要介護2	H26/08/31			H24/05/16	H24/10/31	H24/04/30	H23/04/21	H27/01/05
15	0000349168	S02/01/09	女	石村 芽依	要支援1	H28/05/31		H25/04/09		H26/11/30	H27/04/30		H26/09/30
16	1111111111	S11/01/01	男	予防 今朝雄	要支援2	H28/05/31				H26/11/30			H27/01/05
17	0000430101	S10/02/15	男	g大関 日出男	要介護4	H26/11/30		H25/04/09	H25/06/17	H25/11/30	H25/11/30	H25/06/17	H27/01/05
18	0000080021	S21/05/06	男	赤羽 王子	要介護2	H26/10/31			H25/02/04	H25/11/30	H25/11/30		H27/01/05
19	0000111111	T13/12/01	男	養老 太郎	要介護4	H28/01/31	H25/02/01		H25/02/01	H25/11/30	H27/01/05	H25/02/13	H27/01/05
20	0088666666	T13/06/07	女	老健 葉菜子3	要介護5	H26/09/30			H24/10/15	H25/11/30	H27/01/05	H25/04/18	H27/01/05
21	0000000111	S12/02/28	女	居能 予子	要支援2	H27/10/31			H23/10/04	H24/03/31	H24/03/31		H27/01/05
22	0233333333	T15/01/01	男	佐久間 造山	要介護3	H27/03/31	H24/12/13	H24/12/13	H25/05/07	H26/12/31	H26/12/31		H27/01/05
23	0222222222	M44/03/05	男	多機能 雅夫	要介護4	H26/12/31	H23/10/17		H23/10/04	H24/03/31	H27/01/05	H26/02/02	H27/01/05

サービス計画書やモニタリングの有効期間の一覧を確認出来ます。
※出力表より一部編集しています。

介護度別・担当者別・集計表

平成26年3月
桜坂ケアプランセンター

担当者(ケアマネ)	介護保険の利用者								合計
	申請中等	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	
ケアマネ 華子			1				2	2	5
ケアマネ 太郎			1	3					4
ケアマネ 次郎				2	1	2			5
合計	0	0	2	5	1	2	2	2	14

※1 途中で介護度が変更になった場合は、月末時点での介護度とします。

※2 月間プランの作成状況を元に集計しています。(実際にプラン利用しない場合も集計されます)

介護給付費サービスコード別集計

提出年月：平成26年3月
桜坂ケアプランセンター

請求対象年月	サービスコード	サービス内容	単位数	回数	合計単位数
平成26年2月	43-2111	居宅支援 I 1	1,000	6	6,000
平成26年2月	43-2211	居宅支援 I 2	1,300	6	7,800
平成26年2月	43-6128	居宅支援認知症加算	150	4	600
平成26年2月	43-6130	居宅支援独居高齢者加算	150	2	300
小計					14,700
合計					14,700

事業者別サービス提供一覧表

平成26年3月度

桜坂ケアプランセンター

サービス事業者	プラン作成者	利用者番号	利用者名	確定区分	介護度	サービス種類	支給限度額管理	限度調整割当て分	計画単位数(給付管理票)	サービス事業者実績単位数	メモ
あすなろ訪問看護センター	ケアマネ 華子	00000019	浦 今朝雄		要介護4	看護	3,320		3,320	3,320	
あすなろ訪問看護センター	ケアマネ 次郎	00000014	寺崎 心愛		要介護1	看護	1,580		1,580	1,580	
さくらデイケアセンター	ケアマネ 次郎	00000011	辻村 朝子		要介護3	通り	1,050		1,050		
さくら薬局	ケアマネ 華子	00000019	浦 今朝雄		要介護4	居療養					
まつたけ看護ステーション	ケアマネ 次郎	00000052	塩崎 美月		要介護3	看護	1,912		1,912		
リハビリテーション桜坂	ケアマネ 華子	00000013	梶田 美空		要介護5	訪り	3,965		3,965	3,965	
在宅ケアセンター長野	ケアマネ 華子	00000013	梶田 美空		要介護5	用貸	1,500		1,500		
在宅ケアセンター長野	ケアマネ 次郎	00000052	塩崎 美月	未確定	要介護3	用貸	1,550		1,550		
在宅ケアセンター長野	ケアマネ 華子	00000020	安川 亮		要介護4	用貸	1,200		1,200		
桜坂ディサービス	ケアマネ 太郎	00000009	石岡 凜		要支援2	予通	4,205		4,205	4,205	
桜坂ディサービス	ケアマネ 太郎	00000024	磯崎 美空		要介護1	通所	15,478		15,478	15,478	
桜坂ディサービス	ケアマネ 華子	00000019	浦 今朝雄		要介護4	通所	21,870		21,870	21,870	
桜坂ヘルパーセンター	ケアマネ 次郎	00000014	寺崎 心愛		要介護1	訪問	18,012		18,012	18,012	
桜坂ヘルパーセンター	ケアマネ 華子	00000020	安川 亮		要介護4	訪問	17,704		17,704	17,704	
宅老所なごみや	ケアマネ 太郎	00000018	木島 たくや		要介護1	通所	7,761		7,761		
福祉用具の桜坂	ケアマネ 太郎	00000009	石岡 凜	未確定	要支援2	予用	500		500	1,045	
福祉用具の桜坂	ケアマネ 太郎	00000024	磯崎 美空		要介護1	用貸	500		500		
福祉用具の桜坂	ケアマネ 次郎	00000011	辻村 朝子	未確定	要介護3	用貸	300		300	650	
福祉用具の桜坂	ケアマネ 次郎	00000023	土肥 琴音		要介護1	用貸	500		500		
福祉用具の桜坂	ケアマネ 次郎	00000051	野尻 公一	未確定	要介護2	用貸	780		780		

特定事業所集中減算届出書

平成31年2月6日

様

開設者所在地
 開設者名称 社会福法人さくら
 代表者 理事長 さくら 一郎 印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所の状況	事業所の所在地	さくら市さくら島2丁目					
	事業所の連絡先	電話 026-000-2222 FAX 026-000-9999	介護保険事業所番号	2070102369			
	事業所の名称	桜坂ケアプランセンター					
	管理者の氏名						
判定期間	平成30年度 後期	減算期間	平成31年4月1日～平成31年9月30日				
判定期間における居宅サービス計画総数							
判定期間(月)	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計
総数	11	11	11	11	11	11	66
1 訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数							合計
総数	4	5	5	5	5	5	29
社会福法人さくら	4	5	5	5	5	5	29
紹介率最高法人の居宅サービス計画数: 29 件 ÷ 当該サービスを位置付けた計画総数 29 件 = 100.0%							
紹介率最高法人の名称	社会福法人さくら			代表者名	さくら 一郎		
紹介率最高法人の住所				当該サービスの事業所名	桜坂ヘルパーセンター(29)		
2-2 通所介護を位置付けた居宅サービス計画数 (個別集計しています)							合計
総数	1	1	1	1	1	1	6
あさがおデイサービスセンター	1	1	1	1	1	1	6
紹介率最高法人の居宅サービス計画数: 6 件 ÷ 当該サービスを位置付けた計画総数 6 件 = 100.0%							
紹介率最高法人の名称	あさがおデイサービスセンター			代表者名			
紹介率最高法人の住所	あすなろ市波島2丁目			当該サービスの事業所名	あさがおデイサービスセンター(6)		
2-3 地域通所介護を位置付けた居宅サービス計画数 (個別集計しています)							合計
総数	9	9	9	9	9	9	54
社会福法人さくら	9	9	9	9	9	9	54
紹介率最高法人の居宅サービス計画数: 54 件 ÷ 当該サービスを位置付けた計画総数 54 件 = 100.0%							
紹介率最高法人の名称	社会福法人さくら			代表者名	さくら 一郎		
紹介率最高法人の住所				当該サービスの事業所名	桜坂デイサービス(54)		
3 福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数							合計
総数	9	9	9	9	9	9	54
福祉用具の桜坂	5	5	5	5	5	5	30
在宅ケアセンターnagano(基準該当)	3	3	3	3	3	3	18
株式会社夢	1	1	1	1	1	1	6
紹介率最高法人の居宅サービス計画数: 30 件 ÷ 当該サービスを位置付けた計画総数 54 件 = 55.6%							
紹介率最高法人の名称	福祉用具の桜坂			代表者名			
紹介率最高法人の住所	長野県長野市稲葉M2k			当該サービスの事業所名	福祉用具の桜坂(30)		