





# 週間スケジュール表

作成年月日 2025/04

サービス利用者名 台庭 めぐみ 様

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00								
2:00								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00			通所介護Ⅲ 2 1					
12:00		訪問Ⅰ 5・2 超						
14:00			訪問Ⅰ 5・2 超					
16:00	訪問Ⅰ 4							
18:00								
20:00	訪問Ⅰ 1							
22:00	訪問Ⅰ 4・深							
24:00								

歩行器貸与

週単位以外のサービス









## ケアプラン実績照会

2024年12月度

カーネルケアプランセンター  
サンプル

利用者名	サービス内容	予定	実績	合計単位	事業所名
3 会田 寛二	11 6192 訪問介護口腔連携強化加算	1	1	50	たかさき訪問介護
	11 A013 身体介護Ⅰ・虐待	5	5	1,210	たかさき訪問介護
	11 A211 身体Ⅸ・虐待・生Ⅰ	4	4	4,236	たかさき訪問介護
要介護3	支給限度単位：27,048			5,496	
6 合庭 めぐみ	13 1010 訪看ⅠⅠ	5	5	1,570	訪問看護コトノハ
	13 1311 訪看ⅠⅣ	5	5	5,640	訪問看護コトノハ
	13 1313 訪看ⅠⅣ・深	5	5	8,460	訪問看護コトノハ
	13 1521 訪看ⅠⅤ・Ⅱ超	10	10	2,650	天海訪問看護ステーション
	13 1521 訪看ⅠⅤ・Ⅱ超	10	10	2,650	訪問看護コトノハ
	15 4801 通所介護ⅢⅡⅠ	4	4	1,448	ふれあいデイサービスセンター
	17 1009 歩行器貸与	1	1	320	清水レンタルセンター
76 1112 定期巡回随時ⅠⅠⅠ・日割	4	4	5,549	かつらぎ訪問看護	
要介護1	支給限度単位：16,765			28,287	
8 赤井 さん	13 2111 訪看ⅡⅡ	5	5	1,995	八丸訪問看護ステーション
	13 4003 訪問看護退院時共同指導加算	1	0	※	八丸訪問看護ステーション
	13 4004 訪問看護介護連携強化加算	1	1	250	八丸訪問看護ステーション
	13 4010 訪問看護体制強化加算Ⅰ	1	1	550	八丸訪問看護ステーション
要介護3	支給限度単位：27,048			2,795	
9 赤城 昇	13 3116 定期巡回訪看・介Ⅴ・日割	4	4	3,844	訪問看護コトノハ
	13 4100 訪問看護特別指示減算	3	3	-291	訪問看護コトノハ
要介護5	支給限度単位：36,217			3,553	
12 秋葉 かよ	14 2111 訪問リハビリⅠ	16	16	4,928	いきいき訪問リハビリステーション
	17 1010 歩行補助つえ貸与	1	1	150	清水レンタルセンター
	22 1111 老短ⅠⅠⅠ	5	5	3,765	介護老人保健施設みのり
要介護1	支給限度単位：16,765			8,843	



## 給付管理票総括票

令和07年01月提出分

		作成区分	① 居宅介護支援事業者作成 2 被保険者自己作成 (保険者番号: ) 3 介護予防支援事業所・地域包括支援センター作成			
		居宅介護 支援事業所	事業所番号	27000000043		
			事業所名	カーネルケアプランセンター サンプル		
			所在地連絡先	大阪市中央区淡路町1丁目6-9 DPスクエア堺筋本町5階 TEL: 06-6221-0033		
他 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	2 枚	2 件		
		修正分	0 枚	0 件		
		取消分	0 枚	0 件		
	短期入所サービス給付管理票	新規分	0 枚	0 件		
		修正分	0 枚	0 件		
		取消分	0 枚	0 件		
自 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	31 枚	31 件		
		修正分	1 枚	1 件		
		取消分	1 枚	1 件		
	短期入所サービス給付管理票	新規分	0 枚	0 件		
		修正分	0 枚	0 件		
		取消分	0 枚	0 件		

居宅介護支援介護給付費明細書

令和 06 年 12 月分

保険者番号 271007

公費負担者番号

居宅介護支援事業者	事業所番号	2700000043	所在地	〒541-0047	
	事業所名称	カーネルケアプランセンター		大阪市中央区淡路町1丁目6-9 DPスクエア堺筋本町5階	
				連絡先	電話番号 06-6221-0033
				単位数単価	1070 (円/単位)

項番	被保険者番号	(フリガナ)										氏名	性別	1.男 2.女						
		アキキ																		
1	公費受給者番号											赤井 きん		1.男 2.女						
	生年月日	1. 明治			2. 大正			3. 昭和				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	02年02月01日	から	08年03月31日	まで
	担当介護支援専門員番号	00357711										サービス計画作成依頼届出年月日	1. 平成 2. 令和	01年06月01日						
	サービス内容	サービスコード		単位数	回数	サービス単位数		摘要		サービス単位数合計										
	居宅介護支援 I i 2・運	433223		352	1	352				996										
居宅支援特定事業所加算 I	434002		519	1	519				請求額合計											
居宅支援特定事業所医療介護連携加算	434005		125	1	125				10657											
2	被保険者番号											アキギノボル		1.男 2.女						
	公費受給者番号											赤城 昇								
	生年月日	1. 明治			2. 大正			3. 昭和				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	04年04月01日	から	08年03月31日	まで
	担当介護支援専門員番号	00023478										サービス計画作成依頼届出年月日	1. 平成 2. 令和	06年01月01日						
	サービス内容	サービスコード		単位数	回数	サービス単位数		摘要		サービス単位数合計										
居宅介護支援 I i 2	432211		1411	1	1411				2055											
居宅支援特定事業所加算 I	434002		519	1	519				請求額合計											
居宅支援特定事業所医療介護連携加算	434005		125	1	125				21988											

介護予防支援介護給付費明細書

令和 06 年 12 月分

保険者番号 271007

公費負担者番号

介護予防 支援事業者	事業所 番号	2751444112	所在地	〒541-0047	
	事業所 名称	カーネル地域包括セン ター		大阪市中央区淡路町5-20-2	
				連絡先	電話番号 06-6655-2231
				単位数単価	1070 (円/単位)

項番	被保険者	被保険者番号	0000000038 (フリガナ)							ウエキ シンイチ				性別	1.男 ②.女		
		公費受給者番号								植木 真一							
1	給付費明細欄	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和			要介護 状態区分	要支援1・ 要支援2	認定 有効期間	1. 平成	02	年	02	月	01	日	から	
			2	3	年				02	月	03	日	令和	08	年	03	月
		担当介護支援 専門員番号	00038123							サービス計 画作成依頼 届出年月日	1. 平成	01	年	06	月	01	日
		サービス内容	サービスコード			単位数	回数	サービス単位数		摘要		サービス単位数合計					
		介護予防支援1	462111			442	1	442				742					
		介護予防支援初回加算	464001			300	1	300				請求額合計					
													7939				
2	給付費明細欄	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和			要介護 状態区分	要支援1・ 要支援2	認定 有効期間	1. 平成	02	年	02	月	01	日	から	
			1	1	年				11	月	11	日	令和	08	年	03	月
		担当介護支援 専門員番号	00038123							サービス計 画作成依頼 届出年月日	1. 平成	05	年	11	月	01	日
		サービス内容	サービスコード			単位数	回数	サービス単位数		摘要		サービス単位数合計					
		介護予防支援1	462111			442	1	442				1042					
		介護予防支援初回加算	464001			300	1	300				請求額合計					
		介護予防支援委託連携加算	466132			300	1	300				11149					

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書

(介護予防ケアマネジメント費)

公費負担者番号																			
公費受給者番号																			

令和	0	6	年	1	2	月分
保険者番号	2	7	1	0	0	7

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	
	(フリガナ)	ウキタトモ										
	氏名	宇喜多 朝子										
	生年月日	1	9	年	0	6	月	2	3	日	性別	1. 男 ② 女
	要支援状態区分等	事業対象者 要支援①・② (継続利用の場合 要介護1・2・3・4・5)										
認定有効期間	① 平成	0	6	年	0	4	月	0	1	日	から	
	② 令和	0	7	年	0	3	月	3	1	日	まで	

請求事業者	事業所番号	2	7	5	1	4	4	4	1	1	2	
	事業所名称	カーネル地域包括センター										
	所在地	〒 541-0047 大阪市中央区淡路町5-20-2										
	連絡先	電話番号 06-6655-2231										

事業費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
		介護予防ケアマネジメントA・初回	A F 1 0 0 2	7 3 8	1	7 3 8		

事業費明細欄 (住所地特例対象者)	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要

請求額集計欄	区分	事業分	公費分
	①サービス単位数合計	7 3 8	
	②単位数単価	1 0 7 0 円/単位	
	③給付率		/100
④事業費請求額(円)	7 8 9 6		

枚中 枚目

様式第一 (附則第二条関係)

令和 0 6 年 1 2 月分

介護給付費請求書

事業所番号	2	7	0	0	0	0	0	0	0	4	3
請求事業所	名称	カーネルケアプランセンター サンプル									
	所在地	〒541-0047 大阪市中央区淡路町1丁目6-9 DPスクエア堺筋本町5階									
	連絡先	06-6221-0033									

保 険 者

( 別 記 ) 殿

下記のとおり請求します。 令和 07 年 01 月 27 日

保険請求

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数 ・点数	費用 合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用 合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等											
居宅介護支援・ 介護予防支援	32	60,126	643,338	643,338							
合 計	32	60,126	643,338	643,338							

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							
12 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援	1	1,716	18,361	18,361			
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				18,361			

様式第一の二 (附則第二条関係)

令和 0 6 年 1 2 月分

介護予防・日常生活支援総合事業費  
請求書

保 険 者

( 別 記 ) 殿

下記のとおり請求します。

令和 07 年 01 月 27 日

事業所番号	2 7 5 1 4 4 4 1 1 2									
請求事業所	名称	カーネル地域包括センター								
	〒	5	4	1	-	0	0	4	7	
	所在地	大阪市中央区淡路町5-20-2								
	連絡先	06-6655-2231								

事業費請求

区分	サービス費用					
	件数	単位数	費用合計	事業費 請求額	公費 請求額	利用者負担
訪問型サービス費・ 通所型サービス費・ その他の生活支援サービス費						
介護予防ケアマネジメント費	3	2,514	26,898	26,898		
合 計	3	2,514	26,898	26,898		

公費請求

区分		サービス費用			
		件数	単位数	費用合計	公費請求額
12	生 保 訪問型サービス費・ 通所型サービス費・ その他の生活支援サービス費				
	生 保 介護予防ケアマネジメント費	1	738	7,896	7,896
81	被爆者助成				
58	障害者・支援措置 (全額免除)				
25	中国残留邦人等				
合 計					7,896

## 給付管理一覧表(介護)

カーネルケアプランセンター  
サンプル

2024年11月度

利用者名	要介護度	支給限度額	事業所名	区分	サービス種類名	①計画	②実績	③給付	②-③限度外
会田 寛二	要介護3	27,048	たかさき訪問介護	指定	訪問介護	6,040	6,040	6,040	
赤井 きん	要介護3	27,048	八丸訪問看護ステーション	地域密着	訪問看護	6,040	6,040	6,040	
					計	3,395	2,795	2,795	
					計	3,395	2,795	2,795	
					合計	9,435	8,835	8,835	

カーネルケアプランセンター  
サンプル

2024年12月度

利用者名	要介護度	支給限度額	事業所名	区分	サービス種類名	①計画	②実績	③給付	②-③限度外
会田 寛二	要介護3	27,048	たかさき訪問介護	指定	訪問介護	6,040	6,040	6,040	
合庭 めぐみ	要介護1	16,765	訪問看護コトノハ	指定	訪問看護	6,694	18,320	7,410	10,910
			天海訪問看護ステーション	指定	訪問看護	2,650	2,650	2,650	
			ふれあいデイサービスセンター	指定	通所介護	1,448	1,448	1,448	
			清水レントナルセンター	指定	福祉用具貸与	320	320	320	
			かつらぎ訪問看護	指定	定期巡回・随時対応型訪問介護看護費	4,833	4,833	4,833	
					計	15,945	27,571	16,661	
赤井 きん	要介護3	27,048	八丸訪問看護ステーション	地域密着	訪問看護	3,395	2,795	2,795	
赤城 昇	要介護5	36,217	訪問看護コトノハ		訪問看護	3,395	2,795	2,795	
秋葉 かよ	要介護1	16,765	いきいき訪問リハビリステーション	地域密着	訪問リハビリテーション	3,553	3,553	3,553	
			清水レントナルセンター	指定	福祉用具貸与	4,928	4,928	4,928	
			介護老人保健施設みのり	指定	短期入所療養(老健)	150	150	150	
					計	3,765	3,765	3,765	
浅井 雄一郎	要介護2	19,705	⑩訪問リハ⑤予防訪問リハ	指定	訪問リハビリテーション	8,843	8,843	8,843	
麻倉 絹江	要介護3	27,048	いきいき訪問リハビリステーション	地域密着	訪問リハビリテーション	5,168	5,168	5,168	
					計	5,168	5,168	5,168	
					計	2,464	2,464	2,464	

## 介護給付費一覧表(提供月)

2024年12月度

カーネルケアプランセンター  
サンプル

利用者名	被保険者番号	基本単位数	加算単位数	単位数合計	費用	保険請求額	公費請求額
3 会田 寛二	H000000003	422	1,294	1,716	18,361	0	18,361
6 合庭 めぐみ	000000006	1,140	1,394	2,534	27,113	27,113	0
8 赤井 きん	000000008	352	644	996	10,657	10,657	0
9 赤城 昇	000000009	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
12 秋葉 かよ	000000012	326	644	970	10,379	10,379	0
13 浅井 雄一郎	000000013	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
14 麻倉 絹江	000000014	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
4 浅田 美千代	000000004	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
17 足立 健司	000000017	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
18 渥美 八重子	000000018	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
19 天海 公俊	000000019	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
21 綾辻 恭一	000000021	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
22 鮎川 いずみ	000000022	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
23 新井 秀一	000000023	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
24 井伊 洋治	000000024	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
25 井川 きく	000000025	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
26 池波 廉次	000000026	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
28 石井 総一郎	000000028	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
29 伊勢 万里子	000000029	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
30 伊丹 安二郎	000000030	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
31 伊藤 すゞ	001000031	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
32 井波 義明	000000032	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
33 井上 せつ	000000033	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
34 井原 昭文	000000034	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
35 伊吹 春江	000000035	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
36 井本 作治	000000036	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
37 伊予 佳苗	000000037	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
59 近江 かね子	000000059	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
501 舞島 かなえ	000000501	704	1,544	2,248	24,053	24,053	0
504 前島 一郎	000000504	706	1,144	1,850	19,795	19,795	0
506 前田 友三	000000506	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
510 増田 正平	000000510	704	644	1,348	14,423	14,423	0
511 町田 由紀恵	000000511	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
合計：		37,790	24,052	61,842	661,699	643,338	18,361

## 介護給付費一覧表(請求月)

2024年12月度

カーネルケアプランセンター  
サンプル

利用者名	被保険者番号	基本単位数	加算単位数	単位数合計	費用	保険請求額	公費請求額
12 秋葉 かよ	0000000012	326	644	970	10,379	10,379	0
11 月 小計： 1人		326	644	970	10,379	10,379	0
3 会田 寛二	H000000003	422	1,294	1,716	18,361	0	18,361
6 合庭 めぐみ	0000000006	1,140	1,394	2,534	27,113	27,113	0
8 赤井 きん	0000000008	352	644	996	10,657	10,657	0
9 赤城 昇	0000000009	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
12 秋葉 かよ	0000000012	326	644	970	10,379	10,379	0
13 浅井 雄一郎	0000000013	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
14 麻倉 絹江	0000000014	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
4 浅田 美千代	0000000004	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
17 足立 健司	0000000017	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
18 渥美 八重子	0000000018	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
19 天海 公俊	0000000019	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
21 綾辻 恭一	0000000021	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
22 鮎川 いずみ	0000000022	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
23 新井 秀一	0000000023	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
24 井伊 洋治	0000000024	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
25 井川 きく	0000000025	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
26 池波 廉次	0000000026	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
28 石井 総一郎	0000000028	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
29 伊勢 万里子	0000000029	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
30 伊丹 安二郎	0000000030	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
31 伊藤 すゞ	0010000031	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
32 井波 義明	0000000032	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
33 井上 せつ	0000000033	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
34 井原 昭文	0000000034	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
35 伊吹 春江	0000000035	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
36 井本 作治	0000000036	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
37 伊予 佳苗	0000000037	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
59 近江 かね子	0000000059	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
501 舞島 かなえ	0000000501	704	1,544	2,248	24,053	24,053	0
504 前島 一郎	0000000504	706	1,144	1,850	19,795	19,795	0
506 前田 友三	0000000506	1,086	644	1,730	18,511	18,511	0
510 増田 正平	0000000510	704	644	1,348	14,423	14,423	0
511 町田 由紀恵	0000000511	1,411	644	2,055	21,988	21,988	0
12 月 小計： 33人		37,790	24,052	61,842	661,699	643,338	18,361
合計：		38,116	24,696	62,812	672,078	653,717	18,361

# 予防給付費一覧表(提供月)

カーネルケアプランセンター  
サンプル

2024年12月度

利用者名	被保険者番号	基本単位数	加算単位数	単位数合計	費用	保険請求額	公費請求額
38 植木 真一	0000000038	442	300	742	7,939	7,939	0
39 上田 とみ	0000000039	442	300	742	7,939	7,939	0
40 上野 治彦	0000000040	442	600	1,042	11,149	11,149	0
41 上原 かおり	0000000041	438	0	438	4,686	4,686	0
42 上本 慎太郎	0000000042	442	0	442	4,729	4,729	0
46 宇佐美 忠彦	0000000046	442	0	442	4,729	4,729	0
47 牛嶋 奈津子	0000000047	442	0	442	4,729	4,729	0
48 臼井 遼太郎	0000000048	442	0	442	4,729	4,729	0
49 宇野 敏子	0000000049	442	0	442	4,729	4,729	0
50 浦川 林太郎	0000000050	442	0	442	4,729	4,729	0
51 江川 邦子	0000000051	442	0	442	4,729	4,729	0
52 江沢 正太郎	0000000052	442	0	442	4,729	4,729	0
53 越前 啓子	0000000053	442	0	442	4,729	4,729	0
54 江東 隆夫	0000000054	442	0	442	4,729	4,729	0
55 榎本 ゆかり	0000000055	442	0	442	4,729	4,729	0
56 荏原文一	0000000056	442	0	442	4,729	4,729	0
57 江本 芽衣子	0000000057	442	0	442	4,729	4,729	0
61 小川 千代	0000000061	442	0	442	4,729	4,729	0
502 前川 義文	0000000502	442	600	1,042	11,149	11,149	0
503 前沢 そめ	0000000503	442	0	442	4,729	4,729	0
505 前園 いよ	0000000505	442	0	442	4,729	4,729	0
509 真城 志乃	0000000509	442	600	1,042	11,149	11,149	0
合計：		9,720	2,400	12,120	129,675	129,675	0

# 予防給付費一覧表(請求月)

2024年12月度

カーネルケアプランセンター  
サンプル

利用者名	被保険者番号	基本単位数	加算単位数	単位数合計	費用	保険請求額	公費請求額
502 前川 義文	0000000502	442	600	1,042	11,149	11,149	0
11月 小計： 1人		442	600	1,042	11,149	11,149	0
38 植木 真一	0000000038	442	300	742	7,939	7,939	0
39 上田 とみ	0000000039	442	300	742	7,939	7,939	0
40 上野 治彦	0000000040	442	600	1,042	11,149	11,149	0
41 上原 かおり	0000000041	438	0	438	4,686	4,686	0
42 上本 慎太郎	0000000042	442	0	442	4,729	4,729	0
46 宇佐美 忠彦	0000000046	442	0	442	4,729	4,729	0
47 牛嶋 奈津子	0000000047	442	0	442	4,729	4,729	0
48 臼井 遼太郎	0000000048	442	0	442	4,729	4,729	0
49 宇野 敏子	0000000049	442	0	442	4,729	4,729	0
50 浦川 林太郎	0000000050	442	0	442	4,729	4,729	0
51 江川 邦子	0000000051	442	0	442	4,729	4,729	0
52 江沢 正太郎	0000000052	442	0	442	4,729	4,729	0
53 越前 啓子	0000000053	442	0	442	4,729	4,729	0
54 江東 隆夫	0000000054	442	0	442	4,729	4,729	0
55 榎本 ゆかり	0000000055	442	0	442	4,729	4,729	0
56 荏原文一	0000000056	442	0	442	4,729	4,729	0
57 江本 芽衣子	0000000057	442	0	442	4,729	4,729	0
61 小川 千代	0000000061	442	0	442	4,729	4,729	0
502 前川 義文	0000000502	442	600	1,042	11,149	11,149	0
503 前沢 そめ	0000000503	442	0	442	4,729	4,729	0
505 前園 いよ	0000000505	442	0	442	4,729	4,729	0
509 真城 志乃	0000000509	442	600	1,042	11,149	11,149	0
12月 小計： 22人		9,720	2,400	12,120	129,675	129,675	0
合計：		10,162	3,000	13,162	140,824	140,824	0

## 総合事業費一覧表(提供月)

2024年12月度

カーネルケアプランセンター  
サンプル

利用者名	被保険者番号	基本単位数	加算単位数	単位数合計	費用	保険請求額	公費請求額
45 宇喜多 朝子	0000000045	738	0	738	7,896	7,896	0
58 及川 謙	0000000058	438	0	438	4,686	4,686	0
101 内藤 美津江	0000000101	1,038	0	1,038	11,106	11,106	0
103 直江 ふじ	H000000103	738	0	738	7,896	0	7,896
104 中井 辰之助	0000000104	438	0	438	4,686	4,686	0
106 中沢 徹	0000000106	738	0	738	7,896	7,896	0
107 中島 美佐枝	0000000107	738	0	738	7,896	7,896	0
110 中津 喜三郎	0000000110	738	0	738	7,896	7,896	0
507 牧島 こずえ	0000000507	738	0	738	7,896	7,896	0
合計：		6,342	0	6,342	67,854	59,958	7,896

## 総合事業費一覧表(請求月)

2024年12月度

カーネルケアプランセンター  
サンプル

利用者名	被保険者番号	基本単位数	加算単位数	単位数合計	費用	保険請求額	公費請求額
101内藤 美津江	0000000101	738	0	738	7,896	7,896	0
110中津 喜三郎	0000000110	438	0	438	4,686	4,686	0
11月 小計： 2人		1,176	0	1,176	12,582	12,582	0
45宇喜多 朝子	0000000045	738	0	738	7,896	7,896	0
58及川 譲	0000000058	438	0	438	4,686	4,686	0
101内藤 美津江	0000000101	1,038	0	1,038	11,106	11,106	0
103直江 ふじ	H000000103	738	0	738	7,896	0	7,896
104中井 辰之助	0000000104	438	0	438	4,686	4,686	0
106中沢 徹	0000000106	738	0	738	7,896	7,896	0
107中島 美佐枝	0000000107	738	0	738	7,896	7,896	0
110中津 喜三郎	0000000110	738	0	738	7,896	7,896	0
507牧島 こずえ	0000000507	738	0	738	7,896	7,896	0
12月 小計： 9人		6,342	0	6,342	67,854	59,958	7,896
合計：		7,518	0	7,518	80,436	72,540	7,896

作成日：2025/01/27

提供月：2024年12月

1 / 1

# 請求チェック エラーリスト

カーネルケアプランセンター  
サンプル

利用者名	利用者										
	保険者	被保険者番号	有効期間	訪問適用	短期適用	給付率	ケアマネ	要介護・要支援	実績	サービス計画作成依頼届出日	認定
00000003 会田 寛二	エラー										
00000006 合庭 めぐみ		エラー									
00000012 秋葉 かよ											
00000014 麻倉 絹江			エラー					エラー			申請中
00000015 浅見 金吾									エラー		
00000019 天海 公俊										エラー	
00000023 新井 秀一							エラー				
00000027 井坂 むつみ									エラー		
00000038 植木 真一											
00000043 上山 貴世江							エラー				申請中
00000044 宇梶 忠司											
00000049 宇野 敏子			エラー					エラー			
00000053 越前 啓子	エラー										
00000057 江本 芽衣子		エラー									
00000512 地井 一馬											
00000110 中津 喜三郎			エラー					エラー			
00000506 前田 友三		エラー									

※ 返戻防止の為、介護給付費請求の際に必要な情報に抜けがないかチェックします。



# 月間スケジュール表 (2024年12月)

カーネルケアプラザセンター  
サンプル

(自社)

利用者名: アキバ カヨ 様 女性 昭和三十九年04月04日生 86才 TEL: 072-222-3366 作成者名 佐藤 信夫 TEL: 06-6221-0033  
 被保険者番号: 0000000012 利用度: 要介護1

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
1 いきいき訪問リハ 09:00~09:40 訪問リハベリ1	2 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	3 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	4 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	5 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	6 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	7 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1
8 いきいき訪問リハ 09:00~09:40 訪問リハベリ1	9 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	10 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	11 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	12 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	13 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	14 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1
15 いきいき訪問リハ 09:00~09:40 訪問リハベリ1	16 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	17 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	18 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	19 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	20 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	21 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1
22 いきいき訪問リハ 09:00~09:40 訪問リハベリ1	23 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	24 いきいき訪問リハ 10:00~10:40 訪問リハベリ1	25 介護老人保健施設みのり 老短 I i I	26 介護老人保健施設みのり 老短 I i I	27 介護老人保健施設みのり 老短 I i I	28 介護老人保健施設みのり 老短 I i I
29 介護老人保健施設みのり 老短 I i I	30 介護老人保健施設みのり 老短 I i I	31 介護老人保健施設みのり 老短 I i I				
福祉用具貸与 清水レンタルセンター 歩行補助つえ貸与						

## 利用者一覧表

カーネルケアプラザセンター  
サンプル

コード	利用者名	性別	生年月日 年齢	電話番号	住所	主治医名		TEL/緊急	
						担当ケアマネ	被保険者番号/有効期間		
00000001	相川 純也 アカイ ジュンヤ	男	S33.03.31 66 歳	06-6510-00012	530-0004 大阪府大阪市北区堂島浜1-2	王 喜美江	072-222-2213 / 080-7411-1477	000000001	2025/01/01 ~ 2025/12/31
00000002	相澤 敏江 アサヅラ トシエ	女	S25.05.03 74 歳	06-6666-6666	550-0011 大阪市西区阿波座1-2-3	寺脇 陽平	06-6874-4786 / 080-8080-9988	000000002	2025/01/01 ~ 2025/12/31
00000003	会田 寛二 アイトウ カンジ	男	S35.10.15 64 歳	072-641-4100	568-0091 大阪府茨木市大岩1357	寺脇 陽平	06-6874-4786 / 080-8080-9988	H000000003	2023/03/01 ~ 2026/03/31
00000005	相中 幸雄 アイケ ユキオ	男	S22.03.28 77 歳	072-232-1456	593-8312 大阪府堺市西区草部251-3	二宮 仁	0721-11-1119 / 090-1111-1116	000000005	2024/02/01 ~ 2025/01/31
00000006	合庭 めぐみ アイトウ メグミ	女	S30.07.09 69 歳	072-622-2213	567-0842 大阪府茨木市五十鈴町2111-1	王 美治	072-222-2213 / 090-1111-1110	000000006	2023/03/01 ~ 2026/03/31
00000007	青井 真 アオイ シツグ	男	S18.04.12 81 歳	072-633-5555	569-0806 大阪府高槻市明田町1034-5	王 喜美江	072-222-2213 / 080-7411-1477	000000007	2025/01/01 ~ 2025/12/31
00000008	赤井 きん アカイ キン	女	S11.11.11 88 歳	06-6877-2255	538-0041 大阪府大阪市鶴見区今津北512-7	寺脇 陽平	06-6874-4786 / 080-8080-9988	000000008	2020/02/01 ~ 2026/03/31
00000009	赤城 昇 アカキ ホル	男	S24.02.15 75 歳	06-6323-1212	540-0022 大阪府大阪市中央区糸屋町231-2	金子 ルミ	072-696-2881 / 090-1111-1113	000000009	2022/04/01 ~ 2026/03/31
00000011	昭島 正二 アキシマ ショウジ	男	S26.05.05 73 歳	06-6641-4100	545-0023 大阪府大阪市阿倍野区王子町1-52-3	佐藤 隆	06-6666-1122 / 090-1111-1111	000000011	2025/01/01 ~ 2025/12/31
00000012	秋葉 かよ アキハ カヨ	女	S13.04.04 86 歳	072-222-3366	599-8264 大阪府堺市中区小阪西町1687	西尾 真由美	072-641-4100 / 06-1111-2228	000000012	2023/03/01 ~ 2026/03/31
00000013	浅井 雄一郎 アサイ ユウイチロウ	男	S10.01.01 90 歳	072-654-9871	569-0082 大阪府高槻市明野町13-257	佐藤 信夫	072-641-4100 / 080-1111-1111	000000013	2023/08/01 ~ 2025/07/31
00000014	麻倉 絹江 アサクラ キヌエ	女	S10.03.08 89 歳	072-6612-8877	569-1101 大阪府高槻市安満御所の町2147-1 安満御所マンション3 5 2 号室	樋本 義男	072-333-5555 / 072-111-1114	000000014	2024/04/01 ~ 2025/03/31

## 保険者別利用者一覧表

カーネルケアプランセンター  
サンプル

コード	利用者名	性別	生年月日	電話番号	住所	主治医名		TEL/緊急	
						担当ケアマネ	被保険者番号/有効期間		
保険者名：岸和田市									
00000106	中沢 徹 ナカザ テツ	男	S28.02.13	072-412-5432	596-0042 大阪府岸和田市加守町3-106 サンライフマンション306	和田 登	06-1111-1118	/	072-111-1115
00000107	中島 美佐枝 ナカジマ ミサエ	女	S25.07.16	072-412-1070	596-0061 大阪府岸和田市大北町52-1	里田 麻子 木村 智樹	000000106	2020/02/01 ~ 2026/03/31	072-641-4100 / 080-1111-1111
00000108	中園 亮太 ナカノ リョウタ	男	S26.08.30	072-465-1231	596-0024 大阪府岸和田市春木宮川町108	角田 昇平	000000107	2020/02/01 ~ 2026/03/31	000000108
00000506	前田 友三 マエダ ユウジ	男	S23.02.03	072-450-6506	596-0014 大阪府岸和田市港緑町5-2-506	正木 昭 角田 昇平	072-696-7754	/	090-1111-1119
保険者名：池田市									
00000028	石井 総一郎 イシイ ソウイチロウ	男	S12.12.12	072-728-2882	563-0031 大阪府池田市天神28-2288	橋本 義男	072-333-5555	/	072-111-1114
00000041	上原 かおり ウエハラ カオリ	男	S17.03.23	072-741-3341	563-0059 大阪府池田市西本町1041-23	荒木 由紀 寺脇 陽平	000000028	2020/02/01 ~ 2026/03/31	06-6874-4786 / 080-8080-9988
00000057	江本 芽衣子 エモト メイコ	女	S16.05.16	072-789-0123	563-0012 大阪府池田市東山町57-457	唐橋 舞子 橋 はるか 角田 昇平	000000041	2021/08/01 ~ 2026/03/31	072-696-7754 / 090-1111-1112
保険者名：泉大津市									
00000029	伊勢 万里子 イセ マリコ	女	S38.11.29	0725-29-9922	595-0056 大阪府泉大津市夕凧町1129-2-9	木村 智樹 佐藤 信夫	072-641-4100	/	080-1111-1111
00000049	宇野 敏子 ウノ トシコ	女	S22.11.23	0725-65-4949	595-0026 大阪府泉大津市東雲町1049-49	金子 ルミ 唐橋 舞子	000000029	2020/02/01 ~ 2026/03/31	072-696-2881 / 090-1111-1113
00000058	及川 譲 オイカワ ユズル	男	S17.06.16	0725-58-1158	595-0075 大阪府泉大津市臨海町58-123	佐藤 隆 里田 麻子	000000049	2020/03/01 ~ 2025/02/28	06-6666-1122 / 090-1111-1111
							000000058	2023/01/01 ~ 2025/12/31	

※ 保険者ごとに利用者の一覧表を出力できます。

〒 530-0004

大阪府大阪市北区堂島浜1-2

相川 純也様

〒 550-0011

大阪市西区阿波座1-2-3

相澤 敏江様

〒 568-0091

大阪府茨木市大岩1357

会田 寛二様

〒 593-8312

大阪府堺市西区草部251-3

相中 幸雄様

〒 567-0842

大阪府茨木市五十鈴町2111-1

合庭 めぐみ様

〒 569-0806

大阪府高槻市明田町1034-5

青井 貢様

〒 538-0041

大阪府大阪市鶴見区今津北512-7

赤井 きん様

〒 540-0022

大阪府大阪市中央区糸屋町231-2

赤城 昇様

〒 545-0023

大阪府大阪市阿倍野区王子町  
1-52-3

昭島 正二様

〒 599-8264

大阪府堺市中区小阪西町1687

秋葉 かよ様

〒 569-0082

大阪府高槻市明野町13-257

浅井 雄一郎様

〒 569-1101

大阪府高槻市安満御所の町2147-1  
安満御所マンション352号室

麻倉 絹江様

## 有効期限チェックリスト

基準日：2025年06月11日(水)

カーネルケアプランセンター  
サンプル

利用者名		認定有効期間	給付率	法別 番号	公費期間
14	麻倉 絹江	自 R6/04/01			
		至 R7/03/31 ★			
15	浅見 金吾	自 R6/05/01			
		至 R7/04/30 ★			
19	天海 公俊	自 R7/01/16		88	R7/01/01
		至 R7/01/31 ★			R7/01/20 ★
20	雨宮 勢子	自 R6/03/01		88	R7/01/01
		至 R7/02/28 ★			R7/01/20 ★
203	猪野 啓介	自 R6/03/01		54	H30/03/01
		至 R7/02/28 ★			R2/08/31 ★
35	伊吹 春江	自 R2/02/01			
		至 R7/03/31 ★			
45	宇喜多 朝子	自 R6/04/01			
		至 R7/03/31 ★			
46	宇佐美 忠彦	自 R7/01/15			
		至 R7/01/31 ★			
47	牛嶋 奈津子	自 R6/03/01			
		至 R7/02/28 ★			
49	宇野 敏子	自 R2/03/01		12	R7/01/16
		至 R7/02/28 ★			R7/01/31 ★
59	近江 かね子	自 R7/01/16			
		至 R7/01/31 ★			
60	大北 礼一	自 R7/01/16			
		至 R7/01/31 ★			
61	小川 千代	自 R7/01/16		54	R7/01/16
		至 R7/01/31 ★			R7/01/31 ★
102	苗場 勝彦	自 R6/02/01			
		至 R7/01/31 ★			
105	中尾 ゆう	自 R6/03/01			
		至 R7/02/28 ★			
108	中園 亮太	自 R2/02/01			
		至 R5/01/31 ★			
503	前沢 そめ	自 R7/01/16			
		至 R7/01/31 ★			
504	前島 一郎	自 R7/01/16			
		至 R7/01/31 ★			
505	前園 いよ	自 R7/01/16			
		至 R7/01/31 ★			

※ 利用者の介護度・公費の有効期限が切れないかチェックし、期限が切れるものに★を印字します。

## アセスメント実施チェックリスト

カーネルケアプランセンター  
サンプル

基準日： 2025年01月27日

利用者名	要介護度	前回実施日	担当ケアマネ
1 相川 純也	要介護 1	2024年10月18日	相田 ふみや
2 相澤 敏江	要介護 2	2024年09月01日	青木 信
3 会田 寛二	要介護 3	2024年09月17日	林 亜希子
5 相中 幸雄	要介護 5	2024年10月09日	沢口 速人
6 合庭 めぐみ	要介護 1	2024年09月27日	千葉 梨花
12 秋葉 かよ	要介護 1	2024年07月05日	佐藤 信夫
4 浅田 美千代	要介護 4	2024年08月29日	佐藤 信夫
18 渥美 八重子	要介護 2	2024年08月12日	青木 信子
20 雨宮 勢子	要介護 4	2024年07月24日	佐藤 信夫
24 井伊 洋治	要介護 3	2024年08月26日	林 亜希子
27 井坂 むつみ	要介護 1	2024年07月26日	青木 信子
30 伊丹 安二郎	要介護 4	2024年08月20日	沢口 速人
203 猪野 啓介	要介護 5	2024年08月22日	青木 信子
33 井上 せつ	要介護 2	2024年09月10日	本田 かおり
35 伊吹 春江	要介護 4	2024年10月07日	青木 信子
40 上野 治彦	要支援 2	2024年10月21日	荒木 由紀
41 上原 かおり	要支援 1	2024年09月26日	佐藤 信夫
43 上山 貴世江	要支援 1	2024年08月14日	
47 牛嶋 奈津子	要支援 1	2024年07月19日	青木 信子
50 浦川 林太郎	要支援 2	2024年08月12日	佐藤 信夫
53 越前 啓子	要支援 2	2024年09月26日	林 亜希子
55 榎本 ゆかり	要支援 1	2024年10月07日	相田 ふみや
59 近江 かね子	要介護 3	2024年09月30日	佐藤 信夫
61 小川 千代	要介護 3	2024年10月09日	林 亜希子
102 苗場 勝彦	要支援 2	2024年08月16日	青木 信子

# 集中減算チェックシート(2024年07月～2024年12月)

予定

サービス種類	事業所コード	事業所名	2024/07		2024/08		2024/09		2024/10		2024/11		2024/12		合計	
			件数	割合	件数	割合										
訪問介護	2700000011	カーネル介護センター	4	66.6%	4	66.6%	4	66.6%	4	66.6%	4	66.6%	4	66.6%	24	66.6%
訪問介護	2761122345	たかさき訪問介護 訪問介護計	2	33.3%	2	33.3%	2	33.3%	2	33.3%	2	33.3%	2	33.3%	12	33.3%
		訪問介護提供利用者数	6		6		6		6		6		6		36	
		訪問介護提供利用者数	6		6		6		6		6		6		36	

サービス種類	事業所コード	事業所名	2024/07		2024/08		2024/09		2024/10		2024/11		2024/12		合計	
			件数	割合	件数	割合										
訪問入浴介護	2700000011	カーネル介護センター	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	6	50.0%
訪問入浴介護	2761664567	訪問入浴サポートみすみ 訪問入浴介護計	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	6	50.0%
		訪問入浴介護提供利用者数	2		2		2		2		2		2		12	
		訪問入浴介護提供利用者数	2		2		2		2		2		2		12	

サービス種類	事業所コード	事業所名	2024/07		2024/08		2024/09		2024/10		2024/11		2024/12		合計	
			件数	割合	件数	割合										
訪問看護	2761889900	天海訪問看護ステーション	1	10.0%	1	10.0%	1	10.0%	1	10.0%	1	10.0%	1	10.0%	6	9.0%
訪問看護	2700000013	カーネル訪問看護ステーション	5	50.0%	5	50.0%	5	50.0%	5	50.0%	5	50.0%	5	50.0%	30	45.4%
訪問看護	2761889912	八丸訪問看護ステーション	1	10.0%	1	10.0%	1	10.0%	1	10.0%	1	10.0%	1	10.0%	6	9.0%
訪問看護	2761778890	訪問看護コトノハ 訪問看護計	4	40.0%	4	40.0%	4	40.0%	4	40.0%	4	40.0%	4	40.0%	24	36.3%
		訪問看護提供利用者数	11		11		11		11		11		11		66	
		訪問看護提供利用者数	10		10		10		10		10		10		60	

サービス種類	事業所コード	事業所名	2024/07		2024/08		2024/09		2024/10		2024/11		2024/12		合計	
			件数	割合	件数	割合										
訪問リハビリテーション	2762112233	⑩訪問リハ⑤予防訪問リハ	1	14.2%	1	14.2%	1	14.2%	1	14.2%	1	14.2%	1	14.2%	6	14.2%
訪問リハビリテーション	2761991122	いさいき訪問リハビリステーション	3	42.8%	3	42.8%	3	42.8%	3	42.8%	3	42.8%	3	42.8%	18	42.8%
訪問リハビリテーション	2700000014	カーネル訪問リハビリ 訪問リハ⑥リハビリ計	3	42.8%	3	42.8%	3	42.8%	3	42.8%	3	42.8%	3	42.8%	18	42.8%
		訪問リハ⑥リハビリ提供利用者数	7		7		7		7		7		7		42	
		訪問リハ⑥リハビリ提供利用者数	7		7		7		7		7		7		42	



## ケアマネ別ケアプラン作成状況

対象： 居宅介護支援費  
サンプル

単位： 単位数

ケアマネ名	区分	非該当	事業者 対象者	要支援		計	要介護					計	単位数 単価	金額		
				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					
相田 ふみや	男性			442	442	442	1730			2055			5840	6282	10.7	67,216
	女性			442	742	1184								1184	10.7	12,668
	計			442	1184	1626	1730		2055				5840	7466	10.7	79,884
青木 信子	男性			442	442	442		1730						4227	10.7	45,228
	女性			1184	442	1626		1730	2248	2055			6033	7659	10.7	81,949
	計			1184	884	2068		3460	2248	2055			9818	11886	10.7	127,177
荒木 由紀	男性			442	2526	2526		1730						2614	10.7	27,969
	女性			442	442	884		1730	1348				1730	2614	10.7	27,969
	計			442	2968	3410		3460	1348				10648	14058	10.7	150,417
佐藤 信夫	男性			438	442	880								880	10.7	9,415
	女性			442	442	442	970		4110	2055			7135	7577	10.7	81,072
	計			880	442	1322	970		4110	2055			7135	8457	10.7	90,487
沢口 速人	男性			442	442	442								1484	10.7	15,878
	女性			442	1042	1484								7766	10.7	83,094
	計			442	1484	1926		1730		2055			5840	7766	10.7	83,094
千葉 梨花	男性				442	442								2292	10.7	24,524
	女性					442	4264			2055			10429	10429	10.7	111,588
	計				442	442	4264			2055			12279	12721	10.7	136,112
林 亜希子	男性				884	884								6385	10.7	68,318
	女性			442	442	884	1730		3771				5501	884	10.7	9,458
	計			442	1326	1768	1730		3771				5501	7269	10.7	77,776
本田 かおり	男性			442		442								442	10.7	4,729
	女性							1730	996	2055			4781	4781	10.7	51,156
	計			442		442		1730	996	2055			4781	5223	10.7	55,885
合 計	男性			880	5620	6500	3460	6920	7174	3905	10275		31734	38234	10.7	409,094
	女性			3394	3110	6504	6964	3460	9409	6165	4110		30108	36612	10.7	391,738
	計			4274	8730	13004	10424	10380	16583	10070	14385		61842	74846	10.7	800,832



# サービス種類別事業状況

計画

2024年01月～ 2024年12月

カーネルケアプラセンタ  
センター  
サンプル

サービス種類	単位数	非該当	事業 対象者	要支援			要介護					計	
				要支援1	要支援2	計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		計
訪問・通所	訪問介護			13554	13554	13554	12516	15638	136361	18145	6128	188788	202342
	訪問入浴介護			37465	41040	78505			120609	62614		183223	261728
	訪問看護			85982	235112	321094	220216	59556	104287	45858	121660	551577	872671
	訪問リハビリテーション			54892	90956	145848	55372	59325	88850	36850		240397	386245
	福祉用具貸与			450	3250	3700	1570		2150	950		4670	8370
	通所介護				10284	10284	59256	32006	44160		11554	146976	157260
	通所リハビリテーション			4106	189581	193687		5416	48964	52198	354181	460759	654446
	居療養管理指導			7297	26243	33540	6787	32418				39205	72745
	訪問・通所サービス			190192	610020	800212	355717	204359	545381	215665	494473	1815595	2615807
	短期入所			52880	40287	93167	9480	519810		46496		575786	668953
短期入所療養介護(老健)			39093	62477	101570	122821		220811	167058		510690	612260	
短期入所療養介護(老健以外)			31035	48645	79680	34287			28937	196498	259722	339402	
短期入所療養介護(介護医療院)			42022	40840	82862	129402				255124	384526	467388	
特定施設入居者生活介護							79338				79338	79338	
短期入所サービス			165030	192249	357279	295990	599148	220811	242491	451622	1810062	2167341	
地域密着型						48115	24420				72535	72535	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護								34335	12276	11976	58587	58587	
夜間対応型訪問介護													
地域密着型通所介護				32668	32668			50702			50702	83370	
認知症対応型通所介護				31942	31942	34126			54048		88174	120116	
小規模多機能型居宅介護			151803		151803				349212	62736	411948	563751	
認知症対応型共同生活介護				46501	46501		191542				191542	238043	
地域密着型特定施設入居者生活介護								85227			85227	85227	
複合型サービス									417303	75746	493049	493049	
地域密着型サービス			151803	111111	262914	82241	266664	173610	778791	150458	1451764	1714678	
訪問型サービス		4122	16512	92830	154975		5580	13020	10386		28986	204595	
通所型サービス			17673	158379	216450		7584				7584	241707	
介護予防・日常生活支援総合事業		4122	34185	251209	371425		13164	13020	10386		36570	446302	
合計		4122	34185	1164589	1791830	733948	1083335	952822	1247333	1096553	5113991	6944128	

## サービス種類別事業状況

カーネルケアプラセンタ  
サンプル

サービス種類	総費用	事業 対象者	非該当	要支援			要介護					計	
				要支援1	要支援2	計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		計
訪問介護				150,714	170,615	150,714	135,672	170,615	1,482,561	201,766	66,426	2,057,040	2,207,754
訪問入浴介護				400,869	456,354	857,223			1,341,169	669,963		2,011,132	2,868,355
訪問看護				956,116	2,601,995	3,558,111	2,448,795	662,255	1,142,302	507,496	1,352,838	6,113,686	9,671,797
訪問リハビリテーション				585,143	981,406	1,566,549	590,259	632,398	953,682	400,916		2,577,255	4,143,804
福祉用具貸与				4,500	32,500	37,000	15,700		21,500		9,500	46,700	83,700
通所介護					110,235	110,235	623,245	341,763	473,388	120,738	1,559,134	1,669,369	1,669,369
通所リハビリテーション				44,672	2,062,611	2,107,283		58,924	532,720	567,904	3,751,238	4,910,786	7,018,069
居宅療養管理指導				72,970	262,430	335,400	67,870	324,180				392,050	727,450
訪問・通所サービス				2,064,270	6,658,245	8,722,515	3,881,541	2,190,135	5,947,322	2,348,045	5,300,740	19,667,783	28,390,298
短期入所生活介護				575,332	438,317	1,013,649	103,142	5,542,088		505,872		6,151,102	7,164,751
短期入所療養介護(老健)				419,073	668,815	1,087,888	1,283,473		2,327,339	1,760,781		5,371,593	6,459,481
短期入所療養介護(老健以外)				332,689	521,472	854,161	358,299			302,391	2,053,401	2,714,091	3,568,252
短期入所療養介護(介護医療院)				450,472	437,803	888,275	1,387,185				2,734,923	4,122,108	5,010,383
特定施設入居者生活介護								850,495				850,495	850,495
短期入所サービス				1,777,566	2,066,407	3,843,973	3,132,099	6,392,583	2,327,339	2,569,044	4,788,324	19,209,389	23,053,362
定期巡回・随時対応型訪問介護看護							535,035	271,550				806,585	806,585
夜間対応型訪問介護									381,801	136,503	133,167	651,471	651,471
地域密着型通所介護				343,528	343,528	343,528		532,241				532,241	875,769
認知症対応型通所介護				347,521	347,521	347,521	360,021		588,036			948,057	1,295,578
小規模多機能型居宅介護				1,651,603		1,651,603				3,722,593	682,562	4,405,155	6,056,758
認知症対応型共同生活介護				498,484	498,484	498,484		2,018,845				2,018,845	2,517,329
地域密着型特定施設入居者生活介護									913,627			913,627	913,627
複合型サービス										4,540,253	824,111	5,364,364	5,364,364
地域密着型サービス				1,651,603	1,189,533	2,841,136	895,056	2,822,636	1,883,464	8,399,349	1,639,840	15,640,345	18,481,481
訪問型サービス		183,612	44,104	678,754	1,014,426	1,693,180		59,700	139,308	115,488		314,496	2,235,392
通所型サービス		189,446		623,739	1,677,103	2,300,842		79,248				79,248	2,569,536
介護予防・日常生活支援総合事業		373,058	44,104	1,302,493	2,691,529	3,994,022		138,948	139,308	115,488		393,744	4,804,928
合計		373,058	44,104	6,795,932	12,605,714	19,401,646	7,908,696	11,544,302	10,297,433	13,431,926	11,728,904	54,911,261	74,730,069

## 保険者別要介護状況

カーネルケアプラザセンター  
サンプル

2024年01月～2024年12月 計画

男性 保険者名：大阪市

要介護度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	構成比
非該当														0.0%
事業対象者	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	7.7%
要支援1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	15.5%
要支援2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	5	62	40.0%
要支援計	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	7	86	55.5%
要介護1										1	1	1	2	1.3%
要介護2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	7.7%
要介護3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	7.7%
要介護4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	2	19	12.3%
要介護5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	7.7%
要介護計	4	4	4	4	4	4	4	4	4	8	8	5	57	36.8%
合計	12	12	12	12	12	12	12	12	12	17	17	13	155	100.0%

女性

要介護度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	構成比
非該当														0.0%
事業対象者														0.0%
要支援1	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	49	28.3%
要支援2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	48	27.7%
要支援計	8	8	8	8	8	8	8	8	9	8	8	8	97	56.1%
要介護1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	14	8.1%
要介護2										1	1	1	2	1.2%
要介護3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	13.9%
要介護4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	13.9%
要介護5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	6.9%
要介護計	6	6	6	6	6	6	6	6	6	8	8	6	76	43.9%
合計	14	14	14	14	14	14	14	14	15	16	16	14	173	100.0%

男女計

要介護度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	構成比
非該当														0.0%
事業対象者	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	3.7%
要支援1	6	6	6	6	6	6	6	6	7	6	6	6	73	22.3%
要支援2	9	9	9	9	9	9	9	9	9	10	10	9	110	33.5%
要支援計	15	15	15	15	15	15	15	15	16	16	16	15	183	55.8%
要介護1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	16	4.9%
要介護2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	14	4.3%
要介護3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	36	11.0%
要介護4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	6	6	4	43	13.1%
要介護5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	7.3%
要介護計	10	10	10	10	10	10	10	10	10	16	16	11	133	40.5%
合計	26	26	26	26	26	26	26	26	27	33	33	27	328	100.0%

# 年齢別介護者数

カーネルケアプランセンター  
サンプール

計画

2024年12月19日現在

男性内容

年齢	非該当	事業 対象者	自立	要支援		要介護					計	構成比
				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		
～50歳												0.0%
51歳～60歳												0.0%
61歳～70歳		1				1				1	4	11.4%
71歳～80歳				2	6	2	2	2			5	54.3%
81歳～90歳				1	6		3	1	1		12	34.3%
91歳～												0.0%
合計	0	1	0	3	13	2	5	4	2	5	35	100.0%

女性内容

年齢	非該当	事業 対象者	自立	要支援		要介護					計	構成比
				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		
～50歳												0.0%
51歳～60歳												0.0%
61歳～70歳				1		2		1			4	12.1%
71歳～80歳				7	4	1	1	1	2	1	17	51.5%
81歳～90歳				3	2	1	1	3	1	1	12	36.4%
91歳～												0.0%
合計	0	0	0	11	6	4	2	5	3	2	33	100.0%

男女内容

年齢	非該当	事業 対象者	自立	要支援		要介護					計	構成比
				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		
～50歳												0.0%
51歳～60歳												0.0%
61歳～70歳		1		1	1	2		2	1		8	11.8%
71歳～80歳				9	10	3	3	3	2	6	36	52.9%
81歳～90歳				4	8	1	4	4	2	1	24	35.3%
91歳～												0.0%
合計	0	1	0	14	19	6	7	9	5	7	68	100.0%

※ 年齢ごとに各介護度の人数を男性・女性・男女合計で集計します。

## 利用者別ケアプラン作成状況表（2024年12月）

カーネルケアプランセンター  
サンプール

コード	利用者名	要介護度	認定期間	アセスメント	サービス計画書 / 支援計画	モニタリング / 支援評価	サービス担当者 会議	ケアプラン	担当ケアマネ
29	伊勢 万里子	要介護3	2020/02/01 ~ 2025/03/31	2024/12/11	2024/12/20	2024/12/31		済	佐藤 信夫
30	伊丹 安二郎	要介護4	2020/02/01 ~ 2025/04/30	2024/08/20	2024/11/25	2024/12/28	2024/12/23	済	沢口 速人
31	伊藤 すゝ	要介護5	2020/02/01 ~ 2025/04/30	2024/11/28	2024/12/11			済	千葉 梨花
32	井波 義明	要介護1	2020/02/01 ~ 2026/03/31	2024/12/10	2024/12/12	2024/12/26		済	林 亜希子
203	猪野 啓介	要介護5	2024/03/01 ~ 2025/02/28	2024/08/22	2024/11/14				青木 信子
33	井上 せつ	要介護2	2020/02/01 ~ 2026/03/31	2024/09/10	2024/10/18	2024/12/06	2024/12/05	済	本田 かおり
34	井原 昭文	要介護3	2020/02/01 ~ 2026/03/31	2024/12/20	2024/12/26			済	相田 ふみや
35	伊吹 春江	要介護4	2020/02/01 ~ 2025/03/31	2024/10/07	2024/11/11			済	青木 信子
36	井本 作治	要介護5	2020/02/01 ~ 2026/03/31	2024/12/16	2024/12/25			済	青木 信子
37	伊予 佳苗	要介護1	2020/02/01 ~ 2026/03/31	2024/12/18				済	荒木 由紀
38	植木 真一	要支援2	2020/02/01 ~ 2026/03/31	2024/12/20	2024/12/26 (予)	2024/12/28	2024/12/28	済	相田 ふみや
39	上田 とみ	要支援1	2020/02/01 ~ 2026/03/31					済	青木 信子
40	上野 治彦	要支援2	2020/03/01 ~ 2026/03/31	2024/11/07	2024/12/05 (予)			済	荒木 由紀
41	上原 かおり	要支援1	2021/08/01 ~ 2026/03/31	2024/11/28	2024/12/10 (予)			済	佐藤 信夫
42	上本 慎太郎	要支援2	2020/02/01 ~ 2026/03/31	2024/12/25				済	沢口 速人
43	上山 貴世江	要支援1	2023/04/01 ~ 2026/03/31	2024/12/23	2024/12/26 (予)			済	林 亜希子
44	宇梶 忠司	要支援2	2020/02/01 ~ 2026/03/31	2024/11/22	2024/11/27 (予)	2024/12/25		済	林 亜希子
45	宇喜多 朝子	要支援1	2024/04/01 ~ 2025/03/31	2024/11/19	2024/11/22 (予)			済	本田 かおり
46	宇佐美 忠彦	要支援2	2024/12/16 ~ 2024/12/31	2024/10/17	2024/11/20 (予)			済	相田 ふみや
47	牛嶋 奈津子	要支援1	2024/03/01 ~ 2025/02/28	2024/09/25	2024/10/10 (予)	2024/12/15	2024/12/18	済	青木 信子
48	臼井 遼太郎	要支援2	2020/02/01 ~ 2026/03/31	2024/10/17	2024/10/21 (予)			済	荒木 由紀
49	宇野 敏子	要支援1	2020/03/01 ~ 2025/02/28	2024/11/14	2024/11/25 (予)			済	佐藤 信夫
50	浦川 林太郎	要支援2	2023/04/13 ~ 2026/03/31	2024/11/29	2024/12/10 (予)			済	佐藤 信夫
51	江川 邦子	要支援1	2023/04/30 ~ 2026/03/31	2024/11/26	2024/11/29 (予)	2024/12/23	2024/12/03	済	沢口 速人
52	江沢 正太郎	要支援2	2020/02/01 ~ 2026/03/31	2024/12/20				済	千葉 梨花
53	越前 啓子	要支援2	2020/02/01 ~ 2026/03/31					済	林 亜希子
54	江東 隆夫	要支援1	2020/02/01 ~ 2026/03/31	2024/12/25	2024/12/27 (予)	2024/12/29		済	本田 かおり



# 1 フェイスシート

2024年12月01日 受付

訪問 相談受付者 千葉 梨花

本人氏名	アイダ カンジ 会田 寛二	男	年齢	昭和35年10月15日 (64歳)
住所	〒568-0091 大阪府茨木市大岩1357			Tel 072-641-4100 携帯 090-1111-1234
緊急連絡先	氏名 大町 智子	女	年齢 (41 歳)	本人との続柄 (子)
	住所 〒567-0803 大阪府茨木市中総持寺町2-105			Tel 072-635-9877 携帯 090-2136-1231
相談者	氏名 会田 千代	女	年齢 (65 歳)	本人との続柄 (妻)
	住所 〒568-0091 大阪府茨木市大岩1357			Tel 072-641-4100 携帯 080-2223-3334
相談経路 (紹介者)	主治医 小倉総合病院 寺脇Dr. の紹介			
居宅サービス計画作成依頼の届出	届出年月日 2024年12月01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)  
介護者である妻は、病气療養のため3ヶ月入院することとなり、本人の介護にあたる者がいなくなる。  
本人は、妻の入院期間、入院・入所することは拒否しており、今と同じように自宅で生活がしたいという強い意向を持っている。  
また、妻の入院後は、時々様子を見に行きたいと思っている。

(家族および介護者)  
妻 自分が入院中に、夫が一人になることに不安を感じている。  
必要なサービスを利用しながら、今まで通り自宅で過ごさせたいと希望しているが、夫が一人の時に何かないと心配しており、入院中も夫の様子を知りたい。

## ■これまでの生活の経過

4人兄弟の次男として出生。  
娘が一人いるが、仕事が忙しく、なかなか会うことができない。  
20年前から現住所に妻と居住。  
現在の病気を患ってから、一部、妻の手を借りて生活している。  
元々自立意欲が強く、人の手を借りずに生活したいと考えている。

高額介護サービス費該当	利用者負担 ( <input checked="" type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階 )			
要介護認定	済	→	要介護3	認定日 2024年11月01日
	未(見込み)	→		
身障手帳	有	等級	1種4級	四肢体幹機能障害
療育手帳	無	程度		交付日
精神障害者保健福祉手帳	無	等級		交付日
障害福祉サービス受給者証の有無	有	自立支援医療受給者証の有無	無	障害程度区分→( 区分5 )

日常生活自立度	寝たきり	自立・J1・ <u>Q2</u> ・A1・A2・B1・B2・C1・C2	判定者 寺脇 陽平 (機関名 小倉総合病院)	判定日	2024年10月15日
	認知症	自立・I・IIa・ <u>IIb</u> ・IIIa・IIIb・IV・M			寺脇 陽平 (機関名 小倉総合病院)

アセスメント実施日 | 2024年12月05日

## 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・問題点			
<p>女性=○、男性=□ 分かれば横に年齢を記載                  本人=◎、□                  死亡=●、■ 同居=○で囲む</p>		病気療養中の妻が、家事や夫の介護を行っていたが、入院治療後の体調がすぐれず介護が行えていなかった。 今回、妻の入院に際し、日中の介護が行える者が居ない。 娘は府内に居住しているが、平日は仕事で忙しく、訪問は不可能。 長男とは10年以上音信普通で、連絡先も分からないとのこと。 姉2人も3年前に死去。 弟は、特別養護老人ホームに入所中。			
氏名（主たる介護者には※）	続柄	同別居	職の有無	健康状態等	特記事項
会田 千代	※女 妻	同居	無	ベーチェット病	入院予定
大町 智子	女 娘	別居	有		平日会社勤務
会田 紘一	男 息子	別居	有		10年ほど会っていない

### ■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・地域の団体等）

支援提供者	活用している支援内容	受けたい支援/必要と思われる支援	特記事項
民生委員	見守り訪問、声掛け	見守り訪問、声掛け	隣人が町内のボランティアクラブに所属している。
隣人	見守り訪問、食事の差し入れ	見守り訪問、食事の差し入れ	

## 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)			
<input checked="" type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	8回	<input checked="" type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与 1品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月	回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売 品目
<input checked="" type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月	4回	<input type="checkbox"/> 住宅改修 あり・なし
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	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"/> (介護予防)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生活介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月	日	<input type="checkbox"/> 生活支援員の訪問(日常生活自立支援事業) 月 回
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付[ ]			<input type="checkbox"/> ふれあいいきいきサロン 月 回

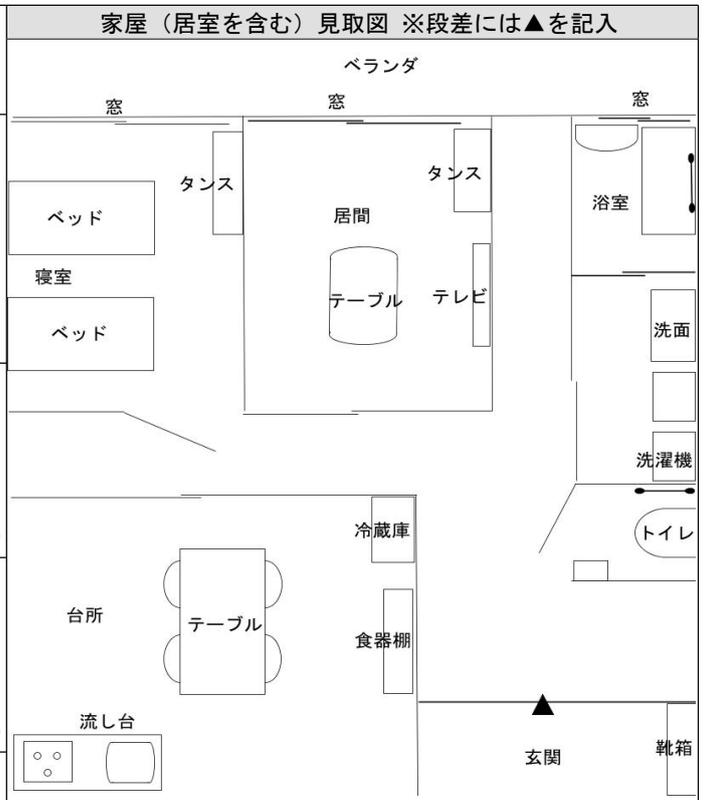
<input type="checkbox"/> 訪問食事サービス	月	回	<input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> 洗濯サービス	月	4回	(	)	月	回
<input type="checkbox"/> 移送サービス	月	回	<input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> 友愛訪問	月	2回	(	)	月	回
<input type="checkbox"/> 老人福祉センター	月	回	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 老人憩いの家	月	回	(	)	月	回
<input type="checkbox"/> ガイドヘルパー	月	回	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 身障/補装具・日常生活用具 ( )			(	)	月	回

直近の 入所・入院	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床)	施設・機関名
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)	所在地
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設(介護医療院)	<input type="checkbox"/> その他の施設	Tel
	<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)			

制度 利用 状況	年金	<input type="checkbox"/> 老齢関係 → ( )	健康 保険	<input checked="" type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ(旧・政管健保)	
		<input checked="" type="checkbox"/> 障害関係 → ( 障害年金 )		<input type="checkbox"/> 組合健保	<input type="checkbox"/> 日雇い	
		<input type="checkbox"/> 遺族・寡婦 → ( )		<input type="checkbox"/> 国公共済	<input type="checkbox"/> 地方公共	
	<input type="checkbox"/> 恩給			<input type="checkbox"/> 私立学校共済	<input type="checkbox"/> 船員	
	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当			<input type="checkbox"/> 労災保険 → ( )		
	<input type="checkbox"/> 生活保護			老人 保健 事業	<input type="checkbox"/> 健康手帳の交付	
	<input type="checkbox"/> 生活福祉資金貸付				<input type="checkbox"/> 健康診査	
	<input type="checkbox"/> 高齢者住宅整備資金貸付					
	<input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業)					
	<input type="checkbox"/> 成年後見制度 → <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助					
成年後見人等 ( )						

## 4 住居等の状況

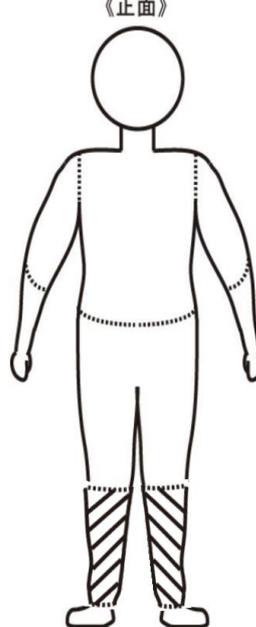
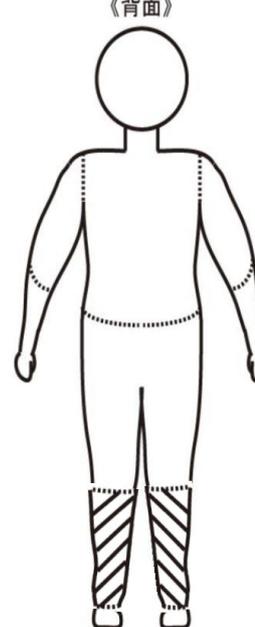
<input type="checkbox"/> 1戸建て <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅 賃貸・所有・給与住宅・公営住宅・その他 ( )		家屋(居室を含む)見取図 ※段差には▲を記入	
居室等の 状況	ア. <input checked="" type="checkbox"/> 専用居室あり <input type="checkbox"/> 専用居室なし	移動 手段	福祉機器 <input checked="" type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない ↓使用している場合 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	イ. <input type="checkbox"/> 1階 <input checked="" type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他 ( )階 → エレベーター <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	ウ. <input type="checkbox"/> 布団 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド → <input checked="" type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> ギャッチ <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
エ. 陽あたり <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪	オ. 暖房 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    カ. 冷房 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	室内	福祉機器 <input checked="" type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない ↓使用している場合 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他 ( )
トイレ	ア. <input type="checkbox"/> 和式 <input checked="" type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> その他 ( )	室外	福祉機器 <input checked="" type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない ↓使用している場合 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他 ( )
浴室	ア. <input checked="" type="checkbox"/> 自宅にあり <input type="checkbox"/> 自宅になし		
	イ. 手すり <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	ウ. 浴室までの段差 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
諸設備	洗濯機 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	湯沸器 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	冷蔵庫 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし



**【周辺環境・立地環境・その他住居に関する特記事項】**

玄関に10センチ程度の段差があり、歩行器を使つての移動が困難な時がある。  
 住宅地の一角のマンションの2階で、エレベーターを使用したら外出が可能。

## 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 脊髄小脳変性症（令和3年） 四肢の筋力低下がみられる。 最近は嚥下機能も低下しており、むせることがある。 ※本人の姉と同じ疾患のため、病気が治らないことはよく分かっている」と言う。  高血圧により通院。  令和4年に転倒による骨折で、通院していた。		《正面》  《背面》  障害部位 ▲ 欠損部位 × 褥瘡部位 ●	
身長	167.5 cm	体重	60 kg
歯の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 歯あり <input type="checkbox"/> 歯なし <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 局部義歯 ⇒6-②生活機能（食事・排泄等）		

**【特記事項】**

筋力低下による運動障害が進行し、ますます日常生活に支障あり。  
 本疾患は進行性で、末期には球麻痺による嚥下障害から、誤嚥性肺炎の危険性が増す。  
 口腔ケアと、本人の精神的な介護が最も重要となる。

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				
病名	高血圧	脊髄小脳変性症		
薬の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
受診状況	発症時期 <small>※主治医意見書を参照に記入</small>	6年前	2年前	
	受診頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 定期（週・月） 1回 <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期（週・月） 回 <input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期（週・月） 回 <input type="checkbox"/> 不定期
	受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診
受診病院	医療機関	カーネル総合病院	小倉総合病院	
	診療科	内科	神経内科	
	主治医	王 美治	寺脇 陽平	
	連絡先	TEL 06-6221-0033	TEL 06-6333-2525	TEL TEL
受診方法留意点等	通院時、送迎介助必要	3ヶ月ごとに通院		
往診可能な医療機関	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（立花クリニック）		TEL 072-688-5555	
緊急入院できる医療機関	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（小倉総合病院）		TEL 06-6333-2525	
相談、処方を受けている薬局	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（うえむら薬局）		TEL 072-614-7896	

**【特記、生活上配慮すべき課題など】**

立花クリニックは、定期的な往診以外にも、緊急時は医師の携帯に連絡すれば24時間対応が可能である。  
 かかりつけ医として付き合いも長く、相談に乗ってくれる。

## 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	2	3	4	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	2	3	4	⑤	6 7

現在、在宅サービス等で実施している場合○  
 現在、家族が実施している場合は○ 時々実施の場合は△  
 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シ 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		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1) 体位変換介助				
2) 起居介助	△		○	レ○

リハビリの必要性  
 あり→P9  
 なし

【特記、解決すべき課題など】  
 ・本人は四肢機能が低下しないようにと、ベッド上で手足を動かすことを日課にしている。  
 ・ベッドのサイドレールにつかまって、なんとか起き上がることができる日もあるが、筋力も落ちており、バランスを崩しやすく、介助が必要なことが多い。

#### 入浴

6-①1-10 関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1) 準備・後始末	○		○	レ○
2) 移乗移動介助			○	○
3) 洗身介助			○	レ○
4) 洗髪介助			○	レ○
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	計画
<input type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input checked="" type="checkbox"/> 介助あり	<input checked="" type="checkbox"/> 介助必要
3) 洗身介助	
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input checked="" type="checkbox"/> 介助必要

【特記、解決すべき課題など】  
 ・洗身・洗髪は自分で手を動かそうとするが、うまく洗えない為 介助。  
 ・入浴すると四肢の動きが楽になることから、妻の入院中も「毎日入浴したい」と思っている。

<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 ( 構音障害 )  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】  
 眼鏡をかけると、大抵のものは見える。  
 言語障害があるが、意思伝達は可能。

6-②生活機能（食事・排泄等）

食事

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 ズボン等の着脱	1	2	3	4
	2-12 外出頻度	1	2	3	
	2-13 飲水摂取	1	2	3	4

6-②2-1~ 2-4関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
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】  
・時々、水気のものでむせることがあるため、本人の様子を確認しながら食事をしている。本人も調子が悪い時は「トロミをつけて欲しい」と希望することがある。

主食	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 普通食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食
<input type="checkbox"/> 粥食	<input type="checkbox"/> 粥食
<input type="checkbox"/> 経口栄養	<input type="checkbox"/> 経口栄養
<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
( )	( )
副食	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 普通食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食
<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> 刻み食
<input type="checkbox"/> ミキサー食	<input type="checkbox"/> ミキサー食
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
( )	( )
摂取介助	
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要

<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  
 高血圧食 g  抗潰瘍食  
 その他 ( )

排泄等

6-②2-5~ 2-11関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
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	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input checked="" type="checkbox"/> 介助必要
<input checked="" type="checkbox"/> トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ
<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
<input type="checkbox"/> 尿収器	<input type="checkbox"/> 尿収器
<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 導尿
<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> おむつ
排便介助（2-6）	
現状	計画
<input checked="" type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input checked="" type="checkbox"/> 介助必要
<input checked="" type="checkbox"/> トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ
<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
<input type="checkbox"/> 差し込み便器	<input type="checkbox"/> 差し込み便器
<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> おむつ
<input type="checkbox"/> 摘便	<input type="checkbox"/> 摘便
<input type="checkbox"/> 浣腸	<input type="checkbox"/> 浣腸
<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工肛門

<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

【特記、解決すべき課題など】  
尿意の訴えはないが、便意は時折伝え、トイレで排泄を行っている。トイレに近い部屋への居室の変更を検討。困難な時は、ポータブルトイレの利用を検討する。

外出

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

【特記、解決すべき課題など】  
現在、日中の外出は、妻もしくは訪問する長女によって介助が行われている。また、訪問看護員も散歩を行うことがある。妻の入院により外出の頻度が減るため、訪問介護による外出介助の検討が必要と思われる。

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	

家族等からの情報と観察	疾病のため、言葉を発するのが難しくなっているが、思っていることを言葉にすることができる。 ただ、今までできていたことが、徐々にできなくなっており、時々いら立っている様子。
-------------	--

・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

援助の現状	(家族) 話し相手 外出援助	(サービス) 訪問看護

援助の希望(本人)	妻が入院中、ひとりではできない事も多くあるので、なるべく人に居て欲しい。 訪問介護サービスを希望する。
-----------	--

援助の希望(家族)	自分が不在の時に、本人に何かないかと心配になる。 なるべく他の人に手助けしてもらえよう、人に居て欲しい。 また、外出の回数が減ると本人の気が減入る可能性があるの で、たまに外にも連れ出して欲しい。
-----------	---

援助の計画	通所サービスの利用による安全の確保および介護負担の軽減。 訪問介護による日常生活援助。精神のケア。 訪問、通所サービスの利用による社会性の回復、筋力低下の緩和をはかる。
-------	--

【特記、解決すべき課題など】	病気によって歩けなくなっていくことを不安に感じている。 外出による気分転換及び筋力維持、生活意欲の向上を行う。
----------------	--

・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		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施	家族実施	サービス実施		
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		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施	家族実施	サービス実施		
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 (長女の訪問) なし

イ. 地域近隣との交流  
あり (ボランティアクラブの訪問) なし

ウ. 友人知人との交流  
あり (電話) なし

緊急連絡・見守りの方法  
 妻が夕方1時間程度の買い物時以外、見守りを行っている。  
 何かあれば、娘が訪問する。

【特記、解決すべき課題など】

妻の入院中は、訪問介護にて起床時・就寝時の援助を希望している。  
 また、買い物や調理の代行も必要と思われる。  
 時間はかかるが自分でやろうとする意欲はあるので、せかさず本人に確認しながら部分的な介助が良い。  
 電話は自分で受話器を持って、プッシュボタンを押すことができるので、介助は不要。

・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必要あり

要介護認定項目	処置内容	援助の現状				希望	要援助 →計画	現状 ↓	計画 ↓	具体的内容
		家族実施	サービス実施							
処置内容	1. 点滴の管理						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	バイタルサインのチェック	
	2. 中心静脈栄養						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	定期的な病状観察	
	3. 透析						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	内服薬	
	4. ストーマ (人工肛門) の処置					○	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	坐薬(緩下剤、解熱剤等)	
	5. 酸素療法						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼・耳・鼻等の外用薬の使用等	
	6. レスピレーター (人工呼吸器)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	温・冷あん法、湿布貼付等	
	7. 気管切開の処置						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注射	
	8. 疼痛の看護						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸引	
	9. 経管栄養						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入	
特別な対応	10. モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己注射(インスリン療法)	
	11. じょくそうの処置						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	経管栄養法	
	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)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養法	
		【特記、生活上配慮すべき課題など】 ・定期的な訪問看護により、病状観察や状態の変化に対応できる体制が必要である。 ・本人も病気にたいする不安が大きいため、「主治医や看護師が定期的に訪れてくれるのは安心」と言っている。								
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素療法
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工呼吸療法
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	気管カニューレ管理
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己導尿
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己腹膜灌流
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膀胱留置カテーテル管理
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工肛門・人工膀胱管理
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	疼痛管理
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 (嚥下しにくい時のみ、トロミ食にする必要あり。)

(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 (普段からの外出を心がける。)

(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  看護職員による相談・支援  
 訪問歯科診療  訪問薬剤管理指導  訪問リハビリテーション  
 短期入所療養介護  訪問歯科衛生指導  訪問栄養食事指導  通所リハビリテーション  
 その他の医療系サービス ( )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項  
 ・血圧  特になし  あり (高血圧) ) ・移動  特になし  あり (歩行器を使用) )  
 ・摂食  特になし  あり ( ) ・運動  特になし  あり ( )  
 ・嚥下  特になし  あり (むせやすいので注意) ) ・その他 ( )

(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい。)  
 無  有 ( )  不明

## 7 全体のまとめ

### 【身体機能状況】

- ・脊髄小脳変性症のため四肢機能の低下がある。
- ・歩行：屋内・外ともに歩行器を使用して歩行が可能。  
ただし、立ち上がりに介助が必要。
- ・入浴：洗身・洗髪ともに自分で行おうとするが、うまく洗えないこともあり、一部介助が必要。
- ・排泄：尿意等を伝えることができるが、トイレへの移動のための立ち上がりに介助が必要。

### 【本人・家族の希望】

- ・妻の入院中ひとりになっても、病院や施設にはいかずに自宅で生活したい。
- ・自分でできないことも多いが、サービスを利用しながら自分でできることはできるだけ自分でやりたい。
- ・トイレが近いが、おむつはせずにトイレで排泄がしたい。
- ・毎週参加している歌のサークルは継続していきたい。
- ・妻のことが心配なので、週1回は面会したい。
- ・妻の入院後はひとりになるため、緊急時の連絡などに不安がある。

### 妻

- ・できるだけ本人は望むように、自宅で生活をさせたい。
- ・本人がひとりの時に何かあったらと考えると、心配である。
- ・入院中も本人の様子が知りたい。

### 【社会環境状況】

- ・妻と二人暮らしだが、妻が病気治療のため3ヶ月の予定で入院する。  
その間は、実質ひとり暮らしとなる。
- ・近隣との関係は良好で、おかずの差し入れや様子伺いの訪問がある。

1. 安全確保への対応の必要性

なし

あり

2. 権利擁護に関する対応の必要性

なし

あり

■1日のスケジュール

	本人の生活リズム	本人が自分でしていること	援助の現状		要援助と判断される場合にレ、計画した場合に○(確認)	
			家族実施	サービス実施		
(早朝)	4					
	5					
	6	□ 起床		食事準備/介助	食事準備/介助	レ○
(午前)	7	△ 食事				
	8	◎ 排便 ○ 排尿		介助	介助	レ
	9					
(午後)	10					
	11					
	12	△ 食事		食事準備		
(夜間)	13					
	14					
	15					
(深夜)	16					
	17	散歩		買い物/介助	買い物/介助	レ○
	18	食事		食事準備		
	19					
	20	△ 食事				
	21	■ 就寝				
	22					
	23					
	24					
	1					
	2					
	3					
	4					

◎ : 排便    △ : 食事    □ : 起床  
 ○ : 排尿    ☆ : 入浴    ■ : 就寝



## 居宅サービス計画書(1)

認定済・申請中

初回・紹介・継続

サービス利用者名 会田 寛二

様

生年月日 昭和35年10月15日

住所 大阪府茨木市大岩1357

居宅サービス計画作成者氏名 林 亜希子

カーネルケアプランセンター  
サンプル

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 大阪市中央区淡路町1丁目6-9 DPスクエア堺筋本町5階

居宅サービス計画作成(変更)日 2024年12月26日

初回居宅サービス計画作成日 2024年11月15日

認定日 2024年11月01日

認定の有効期間 2024年11月01日 ~ 2026年03月31日

要介護状態区分	要介護3
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	<p>本人：妻が入院している間、一人になっても病院や施設には入所せず、このまま自宅で生活したい。一人でできないことも多いので、サービスを使いたいが、できるだけ自分でできることは自分でしたい。トイレが近いが、オムツはせずにトイレで排泄したい。</p> <p>妻：自分が入院している間、本人の望むようにできないだけ自宅での生活をさせたい。そのためには、必要なサービスは利用していきたい。本人が一人の時に何かあったらという心配がある。入院中も夫の様子が知りたい。</p>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	四肢筋力低下を防止するため、リハビリサービスの利用が望ましい。
総合的な援助の方針	ご本人が自分で行えることは、できるだけ自分でおこなえるように支援していき、できない部分に対して一部介助を行うことで、本人ができることを維持している排泄に関しては、本人の意向に沿って、巡回型の訪問介護で対応していく。(障害福祉課担当者) これまで、妻が行ってきた夜間の排泄介助に関しては、本人の意向を汲み、障害福祉サービスで対応する。(障害福祉課担当者) 進行性の疾患で、日によって体調の変化がある可能性も大きいことから、関係者間での連絡を密に行い、即時対応できるようにする。日常的な見守りを行いながらも、緊急時の連絡体制を整え、現在の自宅での生活を維持でき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( )

## 02 居宅サービス計画書(2)

サービス利用者名 会田 寛二

様

目標			援助内容					
生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	長期目標	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	※2	頻度	期間
進行性の疾病があり、病状の変化に対する不安が大きく、普段から定期的に医師にかかりたい。	継続的な医学管理を行い、病状の変化に早期対応できる。	定期的に医師の診察を受ける。	24. 07. 01 ～ 26. 01. 31	病状観察	給付対象外 訪問診療	王クリニック	2回/月	24. 07. 01 ～ 25. 03. 31
トイレが近い。トイレで排泄したいが、四肢の筋力低下があり、移動が困難。		一部介助により、トイレでの排泄が行えるようにする。	24. 12. 01 ～ 25. 02. 28	ベッドから歩行器への移動で体を支える。	○訪問看護	カーネル訪問看護 ステーション	1回/週	24. 07. 01 ～ 25. 03. 31
買物のために外出したい。		買物の補助を行い、自分で出かけることで、ひきこもりを防ぐ	24. 12. 01 ～ 25. 02. 28	歩行器への移動。 外出の補助	○訪問介護	カーネル介護セン ター	1回/日	24. 12. 01 ～ 25. 02. 28
入院中の妻が心配なので、週1回は妻の面会に行きたい。介助者が確保できず、外出することができない。	妻に面会に行くことにより、本人の精神的な不安を解消できるようにする。	移動手段及び介助者の確保	24. 12. 01 ～ 25. 02. 28	介護タクシー 自宅と病院の移動介助	給付対象外 移送サービス	カーネル交通社	1回/週	24. 12. 01 ～ 25. 02. 28

上記サービス計画について説明を受け、内容に同意の上、受領しました。

同意・受領年月日

年 月 日

署名

印

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

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

## 週間サービス計画表

サービス利用者名 会田 寛二 様

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00								
2:00								
4:00								
6:00								
8:00	身体介護1	起床 食事/排泄 着替						
10:00								
12:00	生活援助2	食事/排泄 外出/面会						
14:00								
16:00								
18:00	生活援助2	食事/排泄 入浴/着替え						
20:00								
22:00								就寝
24:00								

週単位以外のサービス

## 居宅サービス計画の交付書兼受領書

居宅介護支援事業所	所在地	大阪府中央区淡路町1丁目6-9 DPスクエア堺筋本町5階
	名称	カーネルケアプランセンター サンプル
介護支援専門員名		林 亜希子 ㊞

下記の利用者に係る居宅サービス計画を作成（変更）しましたので、趣旨及び内容等を説明のうえ、これを交付します。

## 交付書類

- 令和 年 月 日作成 居宅サービス計画書（1）  
居宅サービス計画書（2）  
週間サービス計画書
- 令和 年 月 日作成 令和 年 月分 サービス提供票  
サービス提供票別表

## 記

利用者	住所	大阪府茨木市大岩1357
	氏名	会田 寛二
居宅サービス計画作成年月日		令和 06 年 12 月 26 日

上記の利用者に係る居宅サービス計画について、趣旨及び内容等の説明を受け、これを受領しました。

受領日 年 月 日

居宅サービス事業所	所在地	大阪府大阪市中央区淡路町1-6-9 堺筋サテライトビル5階
	名称	カーネル介護センター
サービス種類		訪問介護
担当者名		㊞

（備考） 本書は2部作成し、居宅介護支援事業所と居宅サービス事業所の双方で1部ずつ保管するものとします。

作成年月日 2025年04月14日

## 居宅サービス計画 モニタリング

サービス利用者名 会田 寛二 様

計画作成者 林 亜希子

計画作成日 2024年12月26日

評価者 林 亜希子

評価日 2025年04月14日

再アセスメント 必要

モニタリングの総括  
 妻が病気治療のため入院となり、一人暮らしのため、訪問介護・巡回型訪問介護・訪問看護にて対応を行ったが、身の周りの家事や、排泄が自分で行えないため、訪問介護の頻度を増やす必要性があるとされています。

四肢の状態は、毎日ベッドの上で動かしているのに悪化はない様子。

妻の入院している病院への面会の回数を増やしたいとのことで、対応が必要とされています。

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	援助目標		援助内容		事業者	評価
	長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別		
進行性の疾病があり、病状の変化に対する不安が大きくなり、普段から定期的に医師にかかりたい。	継続的な医学管理を行い、病状の変化に早期対応できる。	定期的に医師の診察を受ける。	病状観察	給付対象外 訪問診療	王クリニック	医師の訪問回数が、以前より少なくなっていることに不満を感じている。
トイレが近い。 トイレで排泄したいが、四肢の筋力低下があり、移動が困難。		一部介助により、トイレでの排泄が行えるようにする。	ベッドから歩行器への移動で体を支える。	訪問看護	カーネル訪問看護 ステーション	日常の身体状況の観察が、効果的に行えている。
				訪問介護	カーネル介護センター	夜間の移動がままならない為、夜間訪問を検討する必要がある。

## サービス担当者会議の要点

利用者名 会田 寛二 殿

居宅サービス計画作成者 (担当者)氏名 林 亜希子

開催日 2025年04月14日

開催場所 カーネルケアプラザセンター

開催時間 10:00

開催回数 5

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
利用者・家族の出席 本人:会田 寛二 家族: (続柄: )	カーネルケアプラザセンター	林 亜希子	カーネルケアプラザセンター	青木 信子	カーネル訪問介護ステーション	大木 徹
※備考	カーネル訪問看護ステーション	金好 貢	カーネルえがお病院	米田 益男		
検討した項目						
検討内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の身体状況（四肢の筋力低下）と妻の入院を考慮し、身体状況に応じた対応を心掛けて援助を行う。</li> <li>・外出の機会を増やし、筋力低下を防げないか。</li> <li>・休日の数時間、娘による介護を実施できないか検討する。</li> <li>・夜間のトイレ対応のため、日中サービスだけでなく夜間対応のサービスを増やせないか。</li> <li>・日中、通所によるサービス提供はできないか。</li> </ul>					
結論	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所リハビリテーションを日中に行うことで、筋力低下と日中の介護に対応する。</li> <li>・娘による休日の定期的な訪問は難しいが、訪問介護ステーションと連絡を取り合って週1度 娘による介護を実施することになる。</li> <li>・夜間サービスの導入について、調整を行う。</li> </ul>					
残された課題	介護する家族への負担軽減を重視する。					
(次の開催時期)	2025/7/12					

## サービス担当者に対する照会(依頼)内容

利用者名 会田 寛二 殿

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 林 亜希子

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由	林 亜希子(カーネルケアプラセンター) 研修会参加のため出席できず。			
-------------------------------------	------------------------------------	--	--	--

照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容
カーネルケアプラセンター	2025/04/14	訪問介護の事業所を変更したい。	青木 信子	2025/04/14	変更しなければいけない詳細な情報を収集し、検討します。
カーネルケアがお病院	2025/04/14	医師による訪問の回数増加を希望している。	米田 益男	2025/04/15	利用者の病状確認の上、適切な訪問を行うようになっている。 現在のところ、医師による訪問を増やす必要性がないため、保留とする。
カーネルケアプラセンター	2025/04/14	介護サービスだけでなく、医療的な専門のスタッフによる訪問を希望しています。	林 亜希子	2025/04/14	今後の経過を観察した上で、サービス追加が必要か検討していきます。
カーネルケアプラセンター	2025/04/14	リハビリなどを追加し、四肢筋力低下の緩和をすることをできないか。	林 亜希子	2025/04/14	訪問介護の際に、簡単な身体動作をするよう指導しています。 ただ、外出等による筋力低下予防・気分の改善のためには、通所リハビリサービスの提供を検討します。
カーネル訪問介護ステーション	2025/04/14	訪問介護の際に、簡単な運動を取り入れたい。 (現在実施しているものに、追加したい)	大木 徹	2025/04/15	四肢筋力低下を緩和するための運動であれば、リハビリサービスの提供が適切だと思われ ます。 利用者が自分で体を動かすのが不可能な場合は、スタッフが補助する程度なら可能です。

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

別表第一

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ください。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ください。

保険者番号 272112 被保険者番号 H000000003

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

実施日時	2024年12月01日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）
ふりがな	チハラ 助	所属機関	カーネルケアプランセンター
記入者氏名	千葉 梨花		

II 調査対象者

過去の認定	初回・2回 <sup>①</sup> 以降 (前回認定 2024年06月01日)	前回認定結果	非該当・事業対象者・要支援( )・要介護 <sup>①</sup> (1)
ふりがな	アイダ カジ	性別	男 <sup>①</sup> 女
対象者氏名	会田 寛二	生年月日	明・大・昭 <sup>①</sup> 35年10月15日(64歳)
現住所	〒568-0091 大阪府茨木市大岩1357	電話	072-641-4100
家族等連絡先	〒567-0803 大阪府茨木市中総持寺町2-105 氏名(大町 智子 ) 調査対象者(子 )との関係	電話	072-635-9877

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

在宅利用 [認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載]			
<input checked="" type="checkbox"/>	(介護予防)訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 62回	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(介護予防)訪問入浴介護	月 回	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	(介護予防)訪問看護	月 4回	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(介護予防)訪問リハビリテーション	月 回	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(介護予防)居宅療養管理指導	月 回	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(介護予防)通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 回	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月 2回	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月 日	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月 日	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	(介護予防)特定施設入居者生活介護	月 日	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	看護小規模多機能型居宅介護	月 日	
<input type="checkbox"/>	市町村特別給付〔 〕		
<input type="checkbox"/>	介護保険給付外の在宅サービス〔 〕		

施設利用	施設連絡先
<input type="checkbox"/>	施設名
<input checked="" type="checkbox"/>	カーネル たんぼぼの郷
<input type="checkbox"/>	郵便番号 〒541-0047
<input type="checkbox"/>	施設住所 大阪府大阪市中央区淡路町1-6-9
<input type="checkbox"/>	電話 06-6221-0033

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

日常、歩行器を使用して移動しているが、外出するためには杖の使用が必要。  
居宅が2階にあり、階段の上り下りが困難となっている。また玄関に高い段差があり、転倒の危険性あり。  
介護を行っていた妻は病気治療のため入院することになっており、入院中の介護が必要となる。

## 認定調査票（基本調査）

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号全てに○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 拘縮の有無について、あてはまる番号全てに○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. 介助されていない  2. 一部介助  3. 全介助

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

<input type="checkbox"/> 1. 普通
<input checked="" 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. ほとんど聞こえない
<input type="checkbox"/> 5. 見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

<input type="checkbox"/> 1. 介助されていない	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 見守り等	<input type="checkbox"/> 3. 一部介助	<input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 1. 介助されていない	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 見守り等	<input type="checkbox"/> 3. 一部介助	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 1. できる	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 見守り等	<input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 1. 介助されていない	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 見守り等	<input type="checkbox"/> 3. 一部介助	<input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 1. 介助されていない	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 見守り等	<input type="checkbox"/> 3. 一部介助	<input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 1. 介助されていない	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 見守り等	<input type="checkbox"/> 3. 一部介助	<input type="checkbox"/> 4. 全介助
--------------------------------------	---	----------------------------------	---------------------------------

2-7 口腔清潔<sup>くわう</sup>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. 介助されていない	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 一部介助	<input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 1. 介助されていない	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 一部介助	<input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 1. 介助されていない	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 一部介助	<input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 1. 介助されていない	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 見守り等	<input type="checkbox"/> 3. 一部介助	<input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 1. 介助されていない	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 見守り等	<input type="checkbox"/> 3. 一部介助	<input type="checkbox"/> 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。

<input checked="" type="checkbox"/> 1. 週1回以上	<input type="checkbox"/> 2. 月1回以上	<input type="checkbox"/> 3. 月1回未満
--	-----------------------------------	-----------------------------------

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる
<input type="checkbox"/> 2. とくどき伝達できる
<input type="checkbox"/> 3. ほとんど伝達できない
<input type="checkbox"/> 4. できない

3-2 毎日の日課を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 1. できる	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 1. できる	<input 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 <sup>はいかい</sup>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。

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

4-2 作話することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

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

4-4 昼夜の逆転について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

4-5 しつこく同じ話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。

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

4-6 大声を出すことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

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

4-8 「家に帰る」等と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。

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

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

4-10 いろいろなものを集めたり無断でもってくることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

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

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

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

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

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

5-1 薬の内服について、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. 介助されていない	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 一部介助	<input type="checkbox"/> 3. 全介助
--------------------------------------	---	---------------------------------

5-2 金銭の管理について、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. 介助されていない	<input type="checkbox"/> 2. 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 3. 全介助
--------------------------------------	----------------------------------	--

5-3 日常の意思決定について、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(特別な場合でもできる)	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 特別な場合を除いてできる	<input type="checkbox"/> 3. 日常的に困難	<input type="checkbox"/> 4. できない
---	---	------------------------------------	----------------------------------

5-4 集団への不適応について、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. ない	<input checked="" type="checkbox"/> 2. ときどきある	<input type="checkbox"/> 3. ある
--------------------------------	---	--------------------------------

5-5 買い物について、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. 介助されていない	<input type="checkbox"/> 2. 見守り等	<input type="checkbox"/> 3. 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 4. 全介助
--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--

5-6 簡単な調理について、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. 介助されていない	<input type="checkbox"/> 2. 見守り等	<input type="checkbox"/> 3. 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 4. 全介助
--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--

6 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号全てに○印をつけてください。(複数回答可)

処置内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 点滴の管理	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 3. 透析	<input type="checkbox"/> 4. ストーマ(人工肛門)の処置
	<input type="checkbox"/> 5. 酸素療法	<input type="checkbox"/> 6. レスピレーター(人工呼吸器)	<input type="checkbox"/> 7. 気管切開の処置	
	<input type="checkbox"/> 8. 疼痛 <small>とう</small> の看護	<input type="checkbox"/> 9. 経管栄養		
特別な対応	<input type="checkbox"/> 10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 11. じょくそう <small>こ</small> の処置	
	<input type="checkbox"/> 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)			

7 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○印をつけてください。

障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J 1	<input checked="" type="checkbox"/> J 2	<input type="checkbox"/> A 1	<input type="checkbox"/> A 2	<input type="checkbox"/> B 1	<input type="checkbox"/> B 2	<input type="checkbox"/> C 1	<input type="checkbox"/> C 2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	

## 認定調査票（特記事項）

## 1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無、1-2 拘縮の有無、1-3 寝返り、1-4 起き上がり、1-5 座位保持、1-6 両足での立位、1-7 歩行、1-8 立ち上がり、1-9 片足での立位 1-10 洗身、1-11 つめ切り、1-12 視力、1-13 聴力

（1-2） 脊髄小脳変性症による下肢筋力の低下が見られる。

（1-4） 自分で起き上がることは不可能。  
妻が日常、介助を行っていた。

（1-8） 壁や手すり、歩行器等につかまればできるが、周囲に何も無いところからでは不可能。  
杖や歩行器が必要となる。

## 2 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗、2-2 移動、2-3 えん下、2-4 食事摂取、2-5 排尿、2-6 排便、2-7 口腔清潔、2-8 洗顔、2-9 整髪  
2-10 上位の着脱、2-11 スポン等の着脱、2-12 外出頻度

（2-2） 通常は歩行器・外出は杖をついて行っている。  
下肢筋力低下により、ゆっくりとしたスピードでの移動になる。

（2-12） 病気進行とともに、外出回数が極端に減ったとのこと。

## 3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達、3-2 毎日の日課を理解、3-3 生年月日を言う、3-4 短期記憶、3-5 自分の名前を言う、3-6 今の季節を理解、3-7 場所の理解、3-8 徘徊、3-9 外出して戻れない

（ ）

## 4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的、4-2 作話、4-3 感情が不安定、4-4 昼夜逆転、4-5 同じ話をする、4-6 大声を出す、4-7 介護に抵抗、4-8 落ち着きなし、4-9 一人が出たがる、4-10 収集癖、4-11 物や衣類を壊す、4-12 ひどい物忘れ、4-13 独り事・独り笑い、4-14 自分勝手に行動する、4-15 話がまとまらない

（ ）

## 5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服、5-2 金銭の管理、5-3 日常の意思決定、5-4 集団への不適応、5-5 買い物、5-6 簡単な調理

（5-5） 外出しても、荷物を持って移動することができないため、一人で買い物に出かけることができない。

## 6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

（ ）

## 7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

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

（7-1） 近隣に外出は可能。  
ただし、見守りや一部介助が必要となる。

# 要介護一次判定結果

\*この結果はあくまでも推定です。

氏名 会田 寛二

性別 男

生年月日 昭和35年10月15日

保険者コード 272112

被保険者コード H000000003

調査日 2024年12月01日

要介護度： 要介護2 → 要介護3  
基準時間： 89.8

## 中間結果詳細

得点	
身体機能・起居動作	70.0
生活機能	72.7
認知機能	100.0
精神行動障害	92.9
社会生活への適応	25.4

基準時間 (分)	
直接生活	20.8
間接生活	10.9
BPSD関連行為	6.2
機能訓練	10.4
医療関係	4.5
特別な医療	17.0
認知症加算	20.0
<合計>	89.8



食事	3.4
排泄	4.7
移動	4.7
清潔保持	8.0

作成日 2025/03/31

## モニタリング記録

利用者名 会田 寛二 様

作成者 林 亜希子

短期目標	2025年01月15日	2025年02月14日	2025年03月12日	達成度
	達成度	達成度	達成度	
1 定期的に医師の診察を受ける。 病状の経過観察を行う。	△	△	△	達成度
2 一部介助により、トイレでの排泄が行えるようにする。 歩行器につかまって、移動ができるようになる。	×	△	△	達成度
3 買い物への補助を行い、自分で出かけること、ひきこもりを防ぐ。	○	△	○	達成度
4 病院への移動手段及び介助者の確保	○	△	○	達成度
評価				
2025年01月15日	病気による不安が大きく、本人が2カ月に1回の診察では少ないと考えている。 医師による詳細な説明が必要と思われる。 つかまり立ちのためのリハビリサービスの提供を検討する。			
2025年02月14日	リハビリサービスの提供を開始し、病状の進行の軽減を目指している。 つかまり立ちのための練習を週1回実施している。 継続してサービスの提供を行うことが決定した。			
2025年03月12日	自分から進んで買い物にでかけるようになってきた。 近隣の公園にも自分で行けるようになりたいと、意欲がでてきている。			

## 居宅サービス評価表

評価日 2025年03月31日  
作成者 林 亜希子

利用者名 会田 寛二 様

目標	評価期間	目標達成度	目標達成状況・評価	今後の方針
継続的な医学管理を行い、病状の変化に早期対応できる。	2025年01月01日 ～ 2025年03月31日	△	利用者の通院による対応が変わらず。本人は、病院の対応に不満を持っており、転院したいと言っている。	診療についての説明と、訪問診療を行えないか検討を依頼。
つかまり立ちができ、自分でトイレまで移動ができるようにする。	2025年01月01日 ～ 2025年03月31日	△	つかまり立ちができるよう、下肢のリハビリテーションを実施している。不安定ながらも、腰を浮かすことができるようになってきた。	無理のない範囲での、リハビリテーションのサービス提供を継続。
妻に面会に行くことにより、本人の精神的な不安を解消できるようにする。	2025年02月01日 ～ 2025年03月31日	○	介護タクシードと介助により、本人が望む妻との面会が可能になっている。病室までの移動についても、エレベーターと杖を使用し問題なく行える。	妻の入院中は継続してサービスを提供する。

## 介護支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者名 会田 寛二 様

支援計画日 2024年12月26日

計画作成者氏名 林 亜希子

年月日	連絡方法	担当ケアマネ	内容
2024年12月27日 10時00分	訪問	林 亜希子	妻の入院予定やサービス提供についての打ち合わせを実施。 自宅で過ごす夫について、妻の心配が軽減できるようにサービス提供を実施することを伝える。 夫は入所は望んでいないとのこと。
2025年01月10日 13時00分	電話	林 亜希子	訪問介護の回数を増やして欲しいと連絡あり。 現状について聞き取りを行う予定。
2025年01月14日 13時00分	訪問	里田 麻子	立ち上がりに苦勞し、トイレに行くのも食事をするのも大変であるとのこと。 訪問介護サービスの提供回数調整を行う。 下肢筋力保持のためのリハビリも検討したいとのこと。
2025年01月16日 11時00分	業者間連絡	里田 麻子	現在利用している訪問介護ステーションでは、提供回数を増やせないとのこと。 他ステーションとの調整を実施することになる。
2025年01月16日 13時00分	業者間連絡	林 亜希子	他訪問介護ステーションと、訪問回数を調整。 日に1回ずつ訪問を受け持ってもらえることになる。 訪問時間の調整を実施。
2025年02月05日 10時30分	訪問	林 亜希子	訪問介護サービスの提供について説明。 承諾をいただく。
2025年02月07日 10時00分	その他	林 亜希子	計画書の再作成を実施

## 興味・関心チェックシート

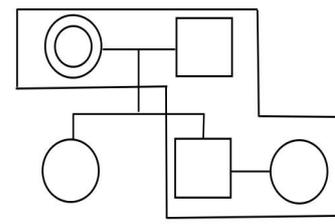
氏名：会田 寛二 様 性別：男

生年月日：昭和35年10月15日 年齢 64歳 介護度：要介護3

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

## 利用者基本情報

作成担当者：相田 ふみや  
カーネルケアプランセンター  
サンプル

相談日	2024年12月10日	来所・電話 その他 ( )	初回 再来(前 )	
本人の現状	在宅 入院又は入所中 ( )			
フリガナ 本人氏名	ウエダ トミ 上田 とみ	男・女	昭和 15 年 01 月 23 日生 (84) 歳	
住 所	〒544-0012 大阪府大阪市生野区巽西3-5-7 巽ハイツ1023	Tel	06-9988-7766	
		Fax	06-8877-6655	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 2024年02月01日～ 2026年03月31日 (前回の介護度 要支援1 ) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障(6級),療育( ),精神( ),難病( ), ( )			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無(1 )階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・ ( 10万円/月 ) 同居家族の収入で生活している			
来所者 (相談者)	上田 洋一		家族構成    家族構成等の状況 夫と長男夫婦と同居している。 長女が月に数度、様子を見に来る。	
住 所 連 絡 先	544-0012 大阪府大阪市生野区巽西3-5-7 巽ハイツ1023 Tel 090-9988-7744 Fax 06-8877-6655	続柄 息子		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	上田 洋一	息子		〒544-0012 大阪市生野区巽西3-5-7 巽ハイツ1023 090-9988-7744
	上田 聡子	義娘		090-3322-1144
	上田 義明	夫		
	田中 りかこ	娘	〒599-8274 堺市中区宮園町1-2-3 072-234-5678	

### 利用者基本情報

カーネルケアプランセンター  
サンプル

#### 《介護予防に関する事項》

上田 とみ

昭和 15 年 01 月 23 日生 (84) 歳

今までの生活	夫と結婚以来、専業主婦で家事全般を行っていた。 息子夫婦と同居後は、義娘とともに家事を行っている。 最近足腰が弱くなり、調理や掃除が満足にできないことが多くなってきた。 唯一の楽しみは、年に1回の友人との温泉旅行である。 その旅行も最近の体調不良から行くことができないのではないかと不安を感じている。		
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	軽い朝食後、屋内の掃除や洗濯を義娘と一緒にしている。 昼過ぎに夕飯の買い物に行く。 日中はテレビを見たり、玄関先で外を見たりして過ごしている。 時々、近所の友人が遊びに来る。		テレビ鑑賞や、友人とおしゃべりを楽しんでいる。 家事は全般的に得意。 最近義娘と一緒にしているので、楽になったとのこと。 友人との温泉旅行を楽しみにしている。
	時間	本人	介護者・家族
	07:00 09:00 12:00 13:30 18:00 22:00	起床・朝食 洗濯・掃除 昼食 買い物・散歩 夕食 就寝	義娘 義娘
			友人・地域との関係
			近所付き合いもよく、交流もあるが、最近友人の足も悪く、お互いに外出を控えるようになった。 町内会の清掃活動などに参加している。

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

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
2023年07月01日	高血圧	さとだトータルクリニック 里田 健一	☆ 06-6602-0022	治療中 経観中 その他	血圧管理のために測定を毎日朝晩実施。 薬剤にて治療中。
2024年01月14日	変形性関節症	カーネル総合病院 佐藤 朋子	06-6633-4444	治療中 経観中 その他	関節注射・運動療法
				治療中 経観中 その他	
				治療中 経観中 その他	

#### 《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
なし	ボランティアによる訪問

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

年 月 日 氏名 印

## 基本チェックリスト

カーネルケアプランセンター  
サンプル

記入日：2024年12月10日(火)

氏名	上田 とみ	生年月日	昭和 15 年 01 月 23 日生 (84) 歳
----	-------	------	---------------------------

No.	質問事項	回 答
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい 1. <input checked="" type="radio"/> いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. <input checked="" type="radio"/> はい 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. <input checked="" type="radio"/> はい 1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい 1. <input checked="" type="radio"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい 1. <input checked="" type="radio"/> いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. <input checked="" type="radio"/> はい 1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. <input checked="" type="radio"/> はい 1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい 1. <input checked="" type="radio"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. <input checked="" type="radio"/> はい 0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. <input checked="" type="radio"/> はい 0. いいえ
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい 0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
12	身長 151.2 cm 体重 46.0 kg (BMI = 20.1) (注)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい 0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. <input checked="" type="radio"/> はい 0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい 0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. <input checked="" type="radio"/> はい 1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. <input checked="" type="radio"/> はい 0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれますか	1. はい 0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. <input checked="" type="radio"/> はい 1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい 0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. <input checked="" type="radio"/> はい 0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. <input checked="" type="radio"/> はい 0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい 0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい 0. <input checked="" type="radio"/> いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. <input checked="" type="radio"/> はい 0. いいえ

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

# 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. \_\_\_\_\_ 利用者名 上田 とみ 認定年月日 2020年02月01日 ~ 2026年03月31日 地域支援事業者

種 様 認定有効期間 2020年02月01日 ~ 2026年03月31日 要支援①・要支援②

計画作成者氏名 青木 信子 認定年 2024年12月15日 (初回作成日) 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地 (連絡先) カーネルケアプランセンター 大阪府中央区淡路町1丁目6-9 DPスクエア堺筋本町5階 (06-6221-0033)

計画作成 (変更) 日 2024年12月15日 (初回作成日) 担当地域包括支援センター：北地区地域包括支援センター

1日	買い物以外にも外出の機会を増やす。	1年	通所リハビリなどを利用し、四肢のリハビリと外出の機会を増やす。地域の人との交流を増やし、生活に張りや楽しみを作る。
----	-------------------	----	---

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題 (背景と原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具休策について 本人・家族	目標	目標についての支援ポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス (民間サービス)	介護保険サービス (総合事業のサービス)	サービス種別	事業所 (利用先)	期間
<b>運動・移動について</b> 日常生活はほとんど自立できている。パーレーや公園に歩いて行ける。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 日常生活は自立しており、問題なく外出することができている。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 趣味を通して外出する機会を増やしたい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 趣味を通して外出する機会を増やしたい。	1日1回は外出する。①散歩をする。②図書館に行く。③公園に行く。④散歩をする。⑤図書館に行く。⑥散歩をする。⑦散歩をする。⑧散歩をする。⑨散歩をする。⑩散歩をする。	毎日、公園へ散歩に出かける。散歩に行く。散歩に行く。散歩に行く。散歩に行く。散歩に行く。散歩に行く。散歩に行く。散歩に行く。散歩に行く。散歩に行く。	1日1回は外出する。①散歩をする。②図書館に行く。③公園に行く。④散歩をする。⑤図書館に行く。⑥散歩をする。⑦散歩をする。⑧散歩をする。⑨散歩をする。⑩散歩をする。	外出が義務ではなく楽しみになる。①散歩をする。②散歩をする。③散歩をする。④散歩をする。⑤散歩をする。⑥散歩をする。⑦散歩をする。⑧散歩をする。⑨散歩をする。⑩散歩をする。	本人：買い物や郵便局などへ行く。趣味のある本を借りて読む。図書館に行く。アマチュア展示などを見てみる。	料理や趣味に係る情報を提供し、足の簡単な運動を実施し、筋力の衰えを防ぐ。	給付対象外 保険外その他 予防通所リハビリ 予防通所リハビリ	カーネルケアセンター	2024/12/15 ~2025/06/30 1回/日 2024/12/15 ~2025/06/30 1回/週
<b>日常生活 (家庭生活)</b> 身の回りのことは自立している。金銭管理は義娘に任せている。近所のスーパーでの買い物は可能。	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 本人：家族が連れて行ってほしい。スーパーに行く。	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 家族：通所リハビリに行きたくて欲しい。	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 家族：通所リハビリに行きたくて欲しい。	目標：老人クラブに参加して、新しい友人を見つけて、交流を図る。	家族が見守りを続けながら、内服が自己管理できる。	家族が見守りを続けながら、内服が自己管理できる。	薬の服用や服薬方法を理解して、簡単にササポートする。	義娘：薬の説明書を使って、薬の効能や服薬方法を分かりやすく説明する。	給付対象外	2024/12/15 ~2025/01/31	2024/12/15 ~2025/01/31	
<b>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</b> 通所時に友人や知人と会って話をすることが楽しみなっている。	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 家族：通所リハビリに行きたくて欲しい。	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 家族：通所リハビリに行きたくて欲しい。	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 家族：通所リハビリに行きたくて欲しい。	買い物に行くと、金銭管理を自分で行う。家族との交流の機会を増やす。本人が記入しやすいように家族簿を作る。	買い物に行くと、金銭管理を自分で行う。家族との交流の機会を増やす。本人が記入しやすいように家族簿を作る。	買い物に行くと、金銭管理を自分で行う。家族との交流の機会を増やす。本人が記入しやすいように家族簿を作る。	義娘：薬の説明書を使って、薬の効能や服薬方法を分かりやすく説明する。	義娘：薬の説明書を使って、薬の効能や服薬方法を分かりやすく説明する。	訪問型サービス (単身) 1 訪問型単身サービス1 2回/週	カーネル介護センター	2024/12/15 ~2025/01/31 2回/週	
<b>健康管理について</b> 薬の管理は自分でできている。	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	薬の管理は自分でできている。	薬の管理は自分でできている。	薬の管理は自分でできている。	薬の管理は自分でできている。	薬の管理は自分でできている。	薬の管理は自分でできている。	薬の管理は自分でできている。	薬の管理は自分でできている。	薬の管理は自分でできている。

**健康状態について**  
 主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点  
 今後も機能低下しないように受診を継続し、リハビリ導入による生活機能の維持に努める。

**【本来自ら行うべき支援が実施できない場合】**  
 本人は、知らない人が居る所に出かけたくないとのことだが、通所リハビリを導入し、外出のきっかけを作りたい。お話し体験に行ってもらおうとする。

**【意見】** ボランティアや地域活動など、興味のある催しは、外出のきっかけを作りたい。お話し体験に行ってもらおうとする。

**【確認印】**

総合的の方針：生活不活発の改善・予防のポイント  
 上田さんが買い物・調理・金銭管理などの生活行為を継続できるよう、ご家族や関係機関が応援します。ご家族と一緒に住み慣れた地域で生活ができるようにするため、できることは自分の役割として継続してまいります。

計画に関する同意  
 上記計画について、同意致します。  
 年 月 日 氏名 印

利用者名 上田 とみ 様 計画作成者氏名 相田 ふみや

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
1日1回は外出するようになる。	1カ月	毎日外出ができず、介護スタッフの同行している。	未達成	家族：散歩に誘っても、外出するのがしんどいと言っている。 本人：外に出るのが億劫である。歩くと、疲れがひどい。	少しずつ様子を見ながら継続する。	改善されない場合は、介護サービスを増やし、動くことに慣れさせてもらう。
家族が見守りを続けながら、内服が自己管理できる。	1カ月	自分で必要な薬を把握して準備ができる。	達成	飲み忘れないように、家族が声を掛けていく。	継続して見守りを続けてもらう。	見守りの継続。
買い物に行って、金銭管理を自分ですることができるようにする。 ①家族と食事の献立を考えて、広告を見ながら買うものを決める。 ②週に1回は家族と買い物に行き、金銭の支払いを自分で行う。	1カ月	外出の機会が少なく、買い物には2週間に1回行くかどうかの状況。 金銭の管理は、家族の見守りの元で行っている。	未達成	欲しいと思うものが無いため、外出をしようと思わない。	食事に重点を置いて、食べたい物を毎日考えるようにする。	目標を継続する。

総合的な方針	地域包括支援センター意見
調理に関するレシピーを入手し、献立を考える。外出の機会をつくり、無理なく運動量を増やす。	<p>体調管理を行い、有効的に訪問介護を利用する。地域活動の参加に必要十分な場合、ケアプランを見直しを行う。</p> <p>スムーズな動作を行えるよう、通所リハビリも利用する。</p>
<p>介護給付 予防給付 介護予防・生活支援サービス事業 一般介護予防事業 終了</p>	<p>プラン継続 プラン変更 終了</p>

利用者名 上田 とみ 様

支援計画日 2024年12月15日  
計画作成者氏名 青木 信子

年月日	連絡方法	担当ケアマネ	内容
2024年12月16日 11時00分	訪問	青木 信子	支援計画を伝え、了承をいただいた。もつと外に出て欲しいとのことでした。様子を見ながらサービスの方向性を検討していきます。
2024年12月26日 13時30分	業者間連絡	青木 信子	順調に訪問介護を行っているようです。良いとのこと。歩行の際、大変そうなので杖が有るとのこと。どの程度の困難さか確認の上、福祉用具を検討する必要があります。
2024年12月27日 14時00分	電話	青木 信子	福祉用具に関する確認を実施しました。本人は、不便さを感じていないようですが、ご家族が念のため杖を購入することのこと。
2025年01月23日 11時00分	業者間連絡	荒木 由紀	訪問介護からの経過報告は、順調とのこと。できるだけ外出をするように本人も心がけている。はじめはすぐに帰っていたのが、少し長めの散歩も行えるようになりました。
2025年02月19日 15時00分	電話	荒木 由紀	食事のメニューに関する質問を受ける。担当者から折り返し連絡を入れ、栄養士さんと相談することに決まりました。
2025年02月28日 13時30分	訪問	沢口 速人	サービスを開始してからの状況を確認。介護スタッフとの連携も上手くしているようで、サービスの使用も継続したいとのこと。家族への負担も軽減されているようです。