

「電子同意」の対象となる帳票

■小規模多機能

出力帳票名	頁
ライフサポートプラン①	2
ライフサポートプラン②(わたしの暮らしまとめシート)	3
居宅サービス計画書(第1表、第2表、第3表)	4
サービス利用票(兼居宅サービス計画)・サービス利用票別表	7
サービス提供票・サービス提供別表	9
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)	11
褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書	12
排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書	13

※お使いの環境によっては「利用票・利用票(別表)」「提供票・提供票(別表)」が電子同意の対象外となる可能性があります。詳細は別途お問合せください。

ライフサポートプラン①

作成日 年 月 日

利用者名 _____ 様 生年月日 _____ 年 月 日 住所 _____

事業所名 _____ (計画作成担当者名 _____)

認定日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 要介護状態区分 _____

審査会の意見		
本人の望む暮らしの意向		
当面の具体的な目標	活動・参加の目標	
	心身機能の目標	

目標を達成するための課題	目標を達成するための具体的な役割と内容 等					
	本人	家族・介護者	地域、医療、その他	事業所	期間	場所

--	--	--	--	--	--

他の介護保険サービスの必要と具体的課題				
---------------------	--	--	--	--

同意欄	上記プランについて説明を受け、内容に同意しました。	年 月 日	氏名	代筆	(続柄)
-----	---------------------------	-------	----	----	------

ライフサポートプラン②

氏名 _____ 様

作成日 _____ 年 月 日
 次回見直し時期 _____ 年 月

時間	私の暮らしの流れ	暮らしの中でのこだわり		暮らしの中で私が必要としていること		本人がすること、周囲が支援すること				
	以前の暮らし方	本人・家族の意向	したいこと(ニーズ)	できること	できないこと	内容	場所	物品	関わる人	
日々以外の事柄										
同意欄	上記プランについて説明を受け、内容に同意しました。			年	月	日	氏名		代筆 (続柄)	

週間サービス計画表

作成年月日

年 月 日

利用者名

様

年 月分 より

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	5:00								
早朝	6:00								
	7:00								
午前	8:00								
	9:00								
	10:00								
	11:00								
午後	12:00								
	13:00								
	14:00								
	15:00								
	16:00								
	17:00								
夜間	18:00								
	19:00								
	20:00								
	21:00								
深夜	22:00								
	23:00								
	0:00								
	1:00								
	2:00								
	3:00								

週単位以外のサービス	
------------	--

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引適用後		回数	サービス単位/金額	給付管理単位数	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数 単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定額 利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業 対象分	利用者負担 (全額負担分)	
					率%	単位数															
訪問看護 ナーシング 富士	1300000001	訪看 I 2	131111	470			13	6110	6110												
訪問看護 ナーシング 富士	1300000001	訪看 I 3	131211	821			9	7389	7389												
訪問看護 ナーシング 富士	1300000001	訪問看護体制強化加算 I	134010	550			1	550	550												
		(訪問看護)						(14049)	(14049)					14049	10.42	146,390	90	131,751		14,639	
					区分支給限度 基準額(単位)	27048	合計	14049	14049				0	14049	146,390		131,751		14,639	0	

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	サービス種類	種類支給限度 基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数
				合計			

利用者負担総額(概算)

介護サービス利用者負担	14,639円
保険対象分	14,639円
公費対象分	0円
利用者負担(全額負担分)	円
全額自己負担	円
その他実費等	円

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
0	0	0

当月の利用者負担 合計	14,639円
-------------	---------

サービス提供票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引適用後		回数	サービス単位/金額	給付管理単位数	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数 単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定額 利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業 対象分	利用者負担 (全額負担分)	
					率%	単位数															
訪問看護 ナーシング 富士	1300000001	訪看 I 2	131111	470			13	6110	6110												
訪問看護 ナーシング 富士	1300000001	訪看 I 3	131211	821			9	7389	7389												
訪問看護 ナーシング 富士	1300000001	訪問看護体制強化加 算 I	134010	550			1	550	550												
		(訪問看護)						(14049)	(14049)					14049	10.42	146,390	90	131,751		14,639	
				区分支給限度 基準額(単位)	27048	合計		14049	14049				0	14049		146,390		131,751		14,639	0

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	サービス種類	種類支給限度 基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数
				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
0	0	0

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. _____

本人氏名： _____ 様

認定年月日： _____ 年 月 日

認定の有効期限： _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

事業対象者

計画作成者氏名： _____

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日： _____ 年 月 日 (初回作成日： _____ 年 月 日)

担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活

1日						1年						
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・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	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)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できていない場合】
 適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入してください
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3	/5

地域包括支援センター	【意見】
------------	------

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。 _____ 年 月 日 氏名
--

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

氏名 _____ 様 男 女 評価日 _____ 年 月 日 計画作成日 _____ 年 月 日

年 月 日 生 (_____ 歳)

記入担当者名 _____

記入担当者職種 _____

褥瘡の有無

1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 (_____)) 褥瘡発生日 _____ 年 月 日
2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 (_____))

危険因子の評価	障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		対処 「自分で行っていない」、 「あり」に1つ以上該当する 場合、褥瘡ケア計画を立案し 実施する。	
	ADLの 状況	入浴	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分で行っていない			
		食事摂取	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分で行っていない <input type="checkbox"/> 対象外 (※1)			
			更衣	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分で行っていない		
	基本動作	上衣	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分で行っていない			
		下衣	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分で行っていない			
		寝返り	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分で行っていない			
		座位の保持	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分で行っていない			
	排せつの 状況	座位での乗り移り	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分で行っていない			
		立位の保持	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分で行っていない			
尿失禁		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 対象外 (※2)				
便秘		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 対象外 (※3)				
	パルカテールの使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	過去3か月以内に褥瘡の既往があるか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				

※1: 経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2: パルカテール等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3: 人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ	<input type="checkbox"/> d 0: 皮膚損傷・発赤なし <input type="checkbox"/> d 1: 持続する発赤 <input type="checkbox"/> d 2: 真皮までの損傷	<input type="checkbox"/> D 3: 皮下組織までの損傷 <input type="checkbox"/> D 4: 皮下組織を越える損傷 <input type="checkbox"/> D 5: 関節腔、体腔に至る損傷 <input type="checkbox"/> DDTI: 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い <input type="checkbox"/> D U: 壊死組織で覆われ深さ判定が不能
	浸出液	<input type="checkbox"/> e 0: なし <input type="checkbox"/> e 1: 少量: 毎日のドレッシング交換を要しない <input type="checkbox"/> e 3: 中等量: 1日1回のドレッシング交換を要する	<input type="checkbox"/> E 6: 多量: 1日2回以上のドレッシング交換を要する
	大きさ	<input type="checkbox"/> s 0: 皮膚損傷なし <input type="checkbox"/> s 8: 16以上36未満 <input type="checkbox"/> s 3: 4未満 <input type="checkbox"/> s 9: 36以上64未満 <input type="checkbox"/> s 6: 4以上16未満 <input type="checkbox"/> s 12: 64以上100未満	<input type="checkbox"/> S 15: 100以上
	炎症/感染	<input type="checkbox"/> i 0: 局所の炎症徴候なし <input type="checkbox"/> i 1: 局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	<input type="checkbox"/> I 3C: 臨床的定着疑い (創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) <input type="checkbox"/> I 3: 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など) <input type="checkbox"/> I 9: 全身的影響あり (発熱など)
	肉芽形成	<input type="checkbox"/> g 0: 創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 <input type="checkbox"/> g 1: 良性肉芽が創面の90%以上を占める <input type="checkbox"/> g 3: 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	<input type="checkbox"/> G 4: 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める <input type="checkbox"/> G 5: 良性肉芽が創面の10%未満を占める <input type="checkbox"/> G 6: 良性肉芽が全く形成されていない
	壊死組織	<input type="checkbox"/> n 0: 壊死組織なし	<input type="checkbox"/> N 3: 柔らかい壊死組織あり <input type="checkbox"/> N 6: 硬く厚い密着した壊死組織あり
	ポケット	<input type="checkbox"/> p 0: ポケットなし	<input type="checkbox"/> P 6: 4未満 <input type="checkbox"/> P 12: 16以上36未満 <input type="checkbox"/> P 9: 4以上16未満 <input type="checkbox"/> P 24: 36以上

褥瘡状態の評価については「改定 DESIGN-R(R) 2020 コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人 日本褥瘡学会)を参照。

褥瘡ケア計画	留意する項目	計画の内容	
	関連職種が共同して取り組むべき事項		
	評価を行う間隔		
	圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
		イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
リハビリテーション			
その他			

利用者及び家族の意向 _____

説明と同意日 _____

署名 _____

続柄 _____

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

評価日 年 月 日 計画作成日 年 月 日

氏名 様 男 女
年 月 日 生 (歳)

記入者職種
記入者名
医師名
看護師名

排せつの状態及び今後の見込み

	施設入所時	評価時	3か月後の見込み	
			支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
おむつ 使用の有無	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)
ポータブル トイレ 使用の有無	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)

※排尿・排便の状態の評価については「認定調査員テキスト2009 改訂版（平成30年4月改訂）」を参照。

排せつの状態に関する支援の必要性	あり なし
------------------	-------

排せつに介護を要する要因

支援計画

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

年 月 日

氏名