

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県番号 訪問看護ステーションコード

6 1 社・国 1 単 2 本 人 8 高齢一
訪 2 公 費 ② 2 併 4 六 歳
問 ③ 後 3 3 併 6 家 族 0 高齢7

令和 06年 07月分 27 12,3456,7

Table with columns for public burden numbers (公費負担者番号) and values like 5, 4, 1, 4, 0, 3, 2, 4.

Table with columns for medical care recipient numbers (公費負担医療の受給者番号) and values like 0, 0, 1, 2, 5, 6, 8.

Table with insurance numbers (保険番号) 3, 9, 1, 4, 1, 0, 4, 9 and policy numbers (被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号) 9884135.

Personal information form for 尾崎 静雄 (Ozaki Shizuo), including name, sex, date of birth, and address.

Facility information for 大阪府淡路町2-18-3, including the name of the station and the attending physician (宅 八郎).

Medical condition section (主たる傷病名) listing 'パーキンソン病' and '真皮を越える褥瘡'.

Table for insurance period (指示期間) from 06年07月01日 to 06年07月31日, including actual days (実日数) and visit days (訪問日).

Visit details section (訪問開始年月日, 訪問終了年月日時刻, 訪問終了の状況).

Table for medical care items (精神科基本療養費I) with columns for item number, description, and amount.

Basic medical care fee section (基本療養費I) with columns for item number, description, and amount.

Table for medical care items (精神科基本療養費II) with columns for item number, description, and amount.

Basic medical care fee section (基本療養費II) with columns for item number, description, and amount.

Table for medical care items (精神科基本療養費III) with columns for item number, description, and amount.

Basic medical care fee section (基本療養費III) with columns for item number, description, and amount.

Table for medical care items (精神科基本療養費IV) with columns for item number, description, and amount.

Basic medical care fee section (基本療養費IV) with columns for item number, description, and amount.

Table for medical care items (精神科基本療養費V) with columns for item number, description, and amount.

Basic medical care fee section (基本療養費V) with columns for item number, description, and amount.

Table for medical care items (精神科基本療養費VI) with columns for item number, description, and amount.

Basic medical care fee section (基本療養費VI) with columns for item number, description, and amount.

Table for medical care items (精神科基本療養費VII) with columns for item number, description, and amount.

Basic medical care fee section (基本療養費VII) with columns for item number, description, and amount.

Table for medical care items (精神科基本療養費VIII) with columns for item number, description, and amount.

Basic medical care fee section (基本療養費VIII) with columns for item number, description, and amount.

Table for medical care items (精神科基本療養費IX) with columns for item number, description, and amount.

Basic medical care fee section (基本療養費IX) with columns for item number, description, and amount.

Table for medical care items (精神科基本療養費X) with columns for item number, description, and amount.

Basic medical care fee section (基本療養費X) with columns for item number, description, and amount.

Table for medical care items (精神科基本療養費XI) with columns for item number, description, and amount.

Basic medical care fee section (基本療養費XI) with columns for item number, description, and amount.

Table for medical care items (精神科基本療養費XII) with columns for item number, description, and amount.

Large table for special items (特記事項) listing various support categories like 1 他①, 2 他②, 3 徒, 4 特地, 5 介, 6 支援, 7 同一緊急, 8 退支, 9 連, 10 緊急訪問看護の理由.

Summary table (合計) showing total insurance amount (250,790円), payment (8,000円), and net amount (8,000円).

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。 2. ※印の欄は、記入しないこと。

様式第四の二

令和 06 年 07 月分

訪問看護療養費請求書（府内）

保険者

大阪市 殿

下記のとおり請求する。

令和 06 年 08 月 08 日

所在地 〒101-0021 大阪市淡路町2-18-3
カーネルビル3階
名称 カーネル訪問看護ステーション
開設者氏名 寺田 雅弘
電話番号 03-6222-8645

保険者番号						県番号	ステーションコード							看護	6
2	7	4	0	0	1	2	7	1	2	3	4	5	6		

国民健康保険

		件数	日数	金額	負担金額
一般被保険者 (70歳以上 一般・低所得)	請求				
	※決定				
一般被保険者 (70歳以上7割)	請求				
	※決定				
一般被保険者	請求	1	6	77,190	
	※決定				
一般被保険者 (6歳)	請求				
	※決定				
退職者 (本人)	請求				
	※決定				
退職者 (被扶養者)	請求				
	※決定				
退職者 (6歳)	請求				
	※決定				
合計	90	1	6	77,190	
※決定	90				

公費負担医療

		件数	日数	金額	負担金額
21	請求	1	6	77,190	
	※決定				
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額			金額	

注 ※印は記入しないでください。

ステーションコード 1234567

保険者

別記 殿

カーネル訪問看護ステーション
 訪問看護ステーション 101-0021 大阪市淡路町2-18-3
 の所在地及び名称 カーネルビル3階
 指定訪問看護事業者氏名 医療法人カーネル

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

区	分	件数	日数	金額	負担金額	
医療保険	医保(70以上一般・低所得)と公費の併用					
	医保単独(七〇以上一般・低所得)	01 (政)				
		02 (船)	職務上			
			職務外			
		03 (日)				
		04 (日特)				
		31~34(共)	下船3月			
			一般			
		06 (組)				
	63・72~75 (退)					
	小計					
	医保(70以上7割)と公費の併用					
	医保単独(七〇以上7割)	01 (政)				
		02 (船)	職務上			
職務外						
31~34(共)		下船3月				
		一般				
06 (組)						
63・72~75 (退)						
小計						
医保本人と公費の併用		1	8	79,590		
医保単独(本人)	01 (政)					
	02 (船)	職務上				
		職務外				
	03 (日)					
	04 (日特)					
	31~34(共)	下船3月				
		一般				
	06 (組)					
	07 (自)					
63・72~75 (退)						
小計						
医保家族と公費の併用		1	4	75,890		
医保単独(家族)	01 (政)					
	02 (船)					
	03 (日)					
	04 (日特)					
	31~34 (共)					
	06 (組)					
	63・72~75 (退)					
	小計					
医保(6歳)と公費の併用		1	4	44,070		
医保単独(六歳)	01 (政)					
	02 (船)					
	03 (日)					
	04 (日特)					
	31~34 (共)					
	06 (組)					
	63・72~75 (退)					
小計						
① 合計		3				

ステーションコード 1234567

区 分		件 数	日 数	金 額	控 除 額 (公費負担医療)	
公費負担	公費と医保 の併用	12 (生保)				
		80	1	44,070	0	
		54	2	155,480	0	
	公費と公費の併用	12 (生保)				
	公費単独	12 (生保)	1		45,990	
		54	2		135,980	0
	② 合 計		6			
	総 件 数 ① + ②		9 件	請 求 金 額	581,070 円	

備 考

令和 06年 07月分

訪問看護療養費請求書

大阪府後期高齢者医療広域連合 殿

所在地 〒101-0021 大阪市淡路町2-18-3
 カーネルビル3階
 名称 カーネル訪問看護ステーション
 開設者氏名 寺田 雅弘
 電話番号 03-6222-8645

下記のとおり請求する。

令和 06年 08月 08日

保険者番号								県番号	ステーションコード							訪問	6
3	9	2	7	0	0	0	4	2	7	1	2	3	4	5	6		

後期高齢者医療

		件数	日数	金額	負担金額
後期高齢 一般・低所得	請求	8	78	813,550	24,000
	※決定				
後期高齢7割	請求				
	※決定				

公費負担医療

		件数	日数	金額	負担金額
21	請求	3	17	195,750	
	※決定				
54	請求	4	49	503,010	
	※決定				
	請求				
	※決定				

※高額療養費	件数	
	金額	

様式第二 (附則第二条関係)

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅療養・短期利用))

公費負担者番号	5	4	2	7	0	3	2	4
公費受給者番号	0	0	1	2	5	6	8	

令和	0	6	年	0	7	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	0							
	(フリガナ)氏名	オサキ シズオ 尾崎 静雄															
	生年月日	1. 明治	2. 大正	③ 昭和		性別	① 男 2. 女										
	要介護状態区分	要介護 1・②・3・4・5															
	認定有効期間	1. 平成	② 令和	3	年	8	月	1	日	から	令和	6	年	7	月	3	日

請求事業者	事業所番号	1	4	1	1	2	3	4	5	6	9
	事業所名称	カーネル訪問看護ステーション									
	所在地	〒 101 - 0021 大阪市淡路町2-18-3 カーネルビル3階									
	連絡先	電話番号 03-6222-8645									

居宅サービス計画	① 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成													
	事業所番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	事業所名称	カーネルケアプランセンター	

開始年月日	1. 平成	2. 令和	年	月	日	中止年月日	令和	年	月	日
中止理由	1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 9. 介護医療院入所									

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要			
	訪問 I2・複11	131114	7	2	5	4	2	9	0	0	ST
訪問 I3・深・複12	131216	1	6	3	7	4	6	5	4	8	ST
訪問看護サービス提供体制加算 II1	136101			3	8		2	4		ST	

給付費明細欄 (住所地利例対象者)	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	①サービス種類コード ②名称	1	3	訪問看護										
	③サービス実日数	8	日		日		日		日					
	④計画単位数	9	4	4	8									
	⑤限度額管理対象単位数	9	4	4	8									
	⑥限度額管理対象外単位数			2	4									
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数)+⑥	9	4	7	2									
	⑧公費分単位数	9	4	7	2									
	⑨単位数単価	1	1	1	2	円/単位		円/単位		円/単位				
	⑩保険請求額	9	4	7	9	5				9	4	7	9	5
	⑪利用者負担額													
	⑫公費請求額	1	0	5	3	3				1	0	5	3	3
	⑬公費分本人負担													

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率				%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考

様式第二の二 (附則第二条関係)

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

(介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用))

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

令和	06	年	07	月分																
保険者番号	271007																			

被保険者	被保険者番号	0000345666
	(フリガナ)氏名	ニノ サクラ 西野 さくら
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 16年 7月 16日 性別 1. 男 ② 女
	要支援状態区分	要支援1 ・ 要支援2
	認定有効期間	1. 平成 ② 令和 4年 8月 1日 から 6年 7月 31日 まで

請求事業者	事業所番号	1411234569
	事業所名称	カーネル訪問看護ステーション
	所在地	〒101-0021 大阪市淡路町2-18-3 カーネルビル3階
	連絡先	電話番号 03-6222-8645

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 ③ 介護予防支援事業者作成		
事業所番号	2722222222	事業所名称	カーネル地域包括センター

開始年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日	中止年月日	令和	年	月	日
中止理由	1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 9. 介護医療院入所								

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
	予防看I2	631111	451	4	1804			
	予防緊急時訪問看護加算II1	633100	574	1	574			
	予防訪問看護サービス提供体制加算II	636101	3	4	12			

給付費明細欄 (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	①サービス種類コード / ②名称	63	予防訪問看護																	
	③サービス実日数	4	日																	
	④計画単位数		2104																	
	⑤限度額管理対象単位数		1804																	
	⑥限度額管理対象外単位数		586																	給付率(/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数)+⑥		2390																	90
	⑧公費分単位数																			0
	⑨単位数単価	1112	円/単位																	合計
	⑩保険請求額		23918																	23918
	⑪利用者負担額		2658																	2658
	⑫公費請求額																			
	⑬公費分本人負担																			

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考

様式第一 (附則第二条関係)

令和 0 6 年 0 7 月分

介護給付費請求書

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 令和 06 年 08 月 21 日

事業所番号	1	4	1	1	2	3	4	5	6	9
請求事業所	名称	カーネル訪問看護ステーション								
	所在地	〒101-0021 大阪市淡路町2-18-3 カーネルビル3階								
	連絡先	03-6222-8645								

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	14	65,892	732,712	659,432	22,625	50,655					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合 計	14	65,892	732,712	659,432	22,625	50,655					

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	2	8,504	94,563	94,563			
12 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法	3	20,345	226,235	22,625			
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				117,188			

訪問看護計画書

1 / 1

利用者氏名	井森 三郎	生年月日	昭和 43 年 01 月 04 日 (56 歳)
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 (4) 5)		
住所	541-0047 大阪府大阪市中央区淡路町2-3-19 ミネタビル6階		
看護・リハビリテーションの目標	長期目標 - 異常の早期発見・予防ができる 短期目標 - 介護負担の軽減		
年月日	療養上の課題・支援内容		評価
	#1) 内服薬管理困難 P ① ナースサイドでの服薬管理 ② 飲み忘れのない方法の検討 (介護者・主治医)		継続・変更
	#2) 介護負担 P ① 主介護者 (長女) の話を傾聴する ② 負担状況の把握に努め、長女に随時報告		継続・変更
	#3) 認知症 P ① 訪問の目的・訪問看護師の役割をその都度行う ② 定期的な訪問の中で、本人のペースに合わせたコミュニケーションを図る 1、尋ねる 2、素直に問う 3、言葉を待つ 4、無理強いしない事を心がける ③ 日常生活の観察と記述により表出されない生活の不自由を理解する ④ 清潔・身支度・探し物など一緒に付き合い、どこまでできどこから不安なのかを見極める		継続・変更
衛生材料等が必要な処置の有無 有 (無)			
処置の内容		衛生材料(種類・サイズ)等	必要量
訪問予定の職種		4・7・11・14・17・18・21・23・25・28日：看護師 2・5・8・9・12・15・16・19・22・24・26日：作業療法士 1日：准看護師	
備考 特になし			
作成者①	氏名：朝倉 幸子	職種：看護師	
作成者②	氏名：	職種：	

上記の 訪問看護計画書に基づき 指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。
 令和 06 年 07 月 11 日 担当者 朝倉 幸子
 上記のとおり 訪問看護計画書 の説明を受け同意しました
 令和 年 月 日 利用者署名
 代理人氏名 (続柄)

事業所名 **カーネル訪問看護ステーション**

管理者氏名 **寺田 雅弘**

※『同意欄』や『担当者』の有無は選択可能です (サンプルは同意欄・担当者あり)

精神科訪問看護計画書

1 / 1

利用者氏名	島根 陽子	生年月日	昭和 14 年 08 月 25 日 (85 歳)
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 ((1) 2 3 4 5)		
住 所	231-0004 神奈川県横浜市中区元浜町2-3-19 ミネタビル6階		
看護の目標	個性にあった形でのコミュニケーションの方法を確立し、 焦らず社会性を獲得できるよう介入する		
年月日	療 養 上 の 課 題 ・ 支 援 内 容		評価
	<p>【問題点】</p> <p>①症状コントロールができず社会に適應できない</p> <p>②病的体験により社会性を獲得できない</p> <p>③他者との関係構築ができない</p> <p>【解決策】</p> <p>①病状コントロールの構築支援</p> <p>②病的体験の軽減支援</p> <p>③他者との関係構築支援</p> <p>④従事者との信頼関係構築</p> <p>⑤多職種での関わり</p>		
衛生材料等が必要な処置の有無 有 (無)			
処置の内容		衛生材料(種類・サイズ)等	必要量
訪問予定の職種			
備考			
作成者①	氏名：井上 恵美子	職種： 看護師	
作成者②	氏名：	職種：	

上記の 訪問看護計画書に基づき 指定訪問看護を実施いたします。
令和 06 年 07 月 31 日 担当者

リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 2021年05月11日

カーネル訪問看護ステーション

利用者氏名：小川 春子

性別：男・**女**

生年月日 昭和25年01月01日

(71)歳

要介護度：要介護4

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態
1. 脳出血(左視床出血) 平成30年4月10日 2. 右片麻痺 3. 運動性失語	(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等) 高血圧

心身機能 <input checked="" type="checkbox"/> 運動機能障害： (右片麻痺 ステージ：右上肢Ⅲ右手指Ⅲ下 肢Ⅲ グレード：右上肢Ⅲ右手指Ⅲ下肢6) <input type="checkbox"/> 感覚機能障害： () <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害： () <input checked="" type="checkbox"/> 拘縮：(部位 足関節：背屈-5°) <input type="checkbox"/> 関節痛：(部位) <input type="checkbox"/> その他：() ()
認知症に関する評価

参加 主目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入)
退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他： <input type="checkbox"/> 退院未定
家庭内役割(家事への参加、等)： 植木の手入れ
社会活動：町内会婦人会(元会長)
外出(内容・頻度等)：通院(隔週)
余暇活動(内容・頻度等)：園芸サークルへの参加(月一回)
退院後利用資源：市のサークルへの参加

自立・介護状況	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用器具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介護内容 つたい・もたれ等	到達 時期	重点 項目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動	A				B: 車椅子 AC: 四脚杖	歩行は訓練室のみ	8月 下旬		PT: 週3回 個別訓練室での歩行訓練、 階段昇降訓練	行きは車椅子、帰りは介助歩行を行う。	疲労しやすいので、少量頻回に実施する。
	階段昇降	A				AC: 短下肢装具、手すり		8月 下旬				
	屋内移動	AB				B: 車椅子 AC: 四脚杖		8月 下旬				
	屋外移動	A				AC: 短下肢装具、車椅		8月 下旬		PT: 週1回 中庭歩行から開始	最初は車椅子利用で中庭まで移動し歩行介助を行う。	
	食事	AC	B			AC: 箸 B: スプーンフォーク	B: 左手(箸指導不十分)	8月 下旬		OT: 週二回 昼食 箸の指導訓練	箸の使用機会を増やすよう促す。	箸でつまめる食材を増やす。
	排泄(昼)	AB		C		AC: 洋式 B: 車椅子用	C: 前方もたれ必要	8月 下旬				
	排泄(夜)	AB		C		AC: 洋式 B: 車椅子用		8月 下旬		OT: 週二回 個別 立位で歯磨き	食後の整容を立位で出来るよう支度	前屈時、膝が折れやすい。洗面台前の裁量の足位置に停止する。また立位姿勢での動作指導を受けていないため不安定がある。
	整容	AB		C		B: 車椅子 AC: 四脚杖	AC: 立位 B: 座位	8月 下旬		OT: 週二回 入浴時 入浴動作指導	PTOTにより明らかになったポイントに留意し支援	
	更衣	AB		C		C: 短下肢装具	AC: もたれ立位 B: ベッド上座位	8月 下旬				
	入浴	A		C	B	B: 介護浴槽 C: 家庭浴槽	A: つたい歩き C: 浴槽の出入介	8月 下旬		ST: 週一回 グループでの会話で自発性を促す。	積極的な会話を引出すようにする。	家族間では意思疎通に問題なし。
	コミュニケーション	AC	B									
	家事						ABC					
	外出	A	BC									
植木の手入れ	A	BC										

自立・介護状況	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用器具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介護内容 つたい・もたれ等	到達 時期	重点 項目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り	ABC										
	起き上がり	AC	B									
	座位	ABC										
	立ち上がり	A		BC			C: 床上からのみ 一部介助	7月 下旬				
	立位	AC	B									
摂食・嚥下										PT: 週3回 個別訓練室 訓練室の和室にて床上での動作訓練		

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例： ㊶ 目標 ㊷ 実行状況 ㊸ 能力

リハビリテーション実施計画書(2)

計画評価実施日 2021年05月11日

カーネル訪問看護ステーション

利用者氏名：小川 春子

生年月日 昭和25年01月01日

(71)歳 要介護度：要介護4

ご本人の希望 (2021年05月11日)

また歩けるようになりたい。身の回りのことは一人で行いたい。
以前のように近所の友人や自宅で華道をしたい。

ご家族の希望 (2021年05月11日)

日中は一人で自宅生活をしてほしい。特に一人でトイレに行けるようになってほしい。

生活目標	<p>その人らしく生活するためのポイント</p> <p>サークル活動や町内会の活動を中心として、外出も活発に行う。 友人宅にも訪問したり、公共機関を利用して旅行を楽しむ。 身の回りのことは、出来るだけ自分で行う。</p>
リハビリテーションプログラム	<p>ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみへの支援に向けての取り組み</p> <p>1. 担当者か家族と共に写真や見取り図などで自宅の環境を確認し、自宅生活を想定した日常生活行為の訓練を開始時から行います。</p> <p>2. 退所後、頻回に外出ができるよう自宅周辺の屋外環境を想定して訓練を行います。</p> <p>3. 試行的退所の際、施設のケアマネージャーがご自宅を訪問して、在宅での介護サービス利用について検討を行います。</p> <p>①まず移動に関し、車椅子だけでなく歩行可能にします。 →入所前までの「訓練室だけで歩行（T字杖歩行）、実生活は車椅子」から、「実生活でも歩行」を目指します。これまでのT字杖から四脚杖と短下肢装具を使うことで、安定した歩行を目指します。 理学療法士や作業療法士と一緒に、トイレや洗面所での使用方法や歩き方を練習します。 さらに看護師や介護職員も共にそれらを生活の中で定着させていきます。</p> <p>②歩行か自立した後は、練習したことをご自分で心掛けて下さい。これにより活動性の向上を図ります。</p>

ご本人に行ってもらいたいこと

歩く機会を増やすようにしてください。介助されながらも行きたいところに積極的に行くようにしましょう。
日中はデイルームで花を左手で活けたりすることをお勧めします。

ご家族にお願いしたいこと

入所直後から退所後の生活のことを考えていきましょう。試行的退所を活用して、入所中もなるべく自宅に帰って頂くようにしますので、本人ができるようになったことが自宅でも出来るか確認してください。

病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等 (2019年12月31日)

備考

担当チーム	担当医: 佐藤 健太
	●PT・OT・ST: 小早川 (理学療法士)、武田 (言語聴覚士)、 ()、 ()
	●看護・介護: 井上 (看護師)、和泉 (介護福祉士)、 ()、 ()
	● 山田 (薬剤師)、 ()、 ()、 ()、 ()

()内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意: 年 月 日

ご本人サイン:

ご家族サイン:

説明者サイン:

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な医療・介護サービスを提供するためののみ使用いたします。

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日 2019年12月31日

カーネル訪問看護ステーション

患者氏名	小川 春子	男・ 女	生年月日	昭和 25年01月01日 (71歳)	利き手	右・右(矯正)・ 左
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等
原因疾患 (発症・受傷日) 脳梗塞 平成30年4月10日		合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、糖尿病等) 若年から糖尿病を患う		廃用症候群 <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 静脈血栓		リハビリテーション歴 2年
日常生活自立度 : Ⓐ J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			認知症である老人の日常生活自立度判定基準 : I Ⓐ IIb IIIa IIIb IV M			

評価項目・内容 (コロン (:)) の後に具体的内容を記入)																
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 知的障害: <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害:閉じこもり障害が見受けられる <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード) 右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位,MMT): <input type="checkbox"/> 不随意運動・協調運動: 障害					<input type="checkbox"/> 知覚障害(<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 表在覚 <input type="checkbox"/> 深部覚 <input type="checkbox"/> その他:) <input checked="" type="checkbox"/> 音声・発話障害(<input type="checkbox"/> 構音障害 <input checked="" type="checkbox"/> 失語症) 種類 (言葉がなかなか出てこない) <input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 呼吸循環機能: 障害 <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛:										
	基本動作	立位保持(装具:)	<input checked="" type="checkbox"/> 手放し	<input type="checkbox"/> つかまり	<input type="checkbox"/> 不可											
	平行棒内歩行(装具:)	<input checked="" type="checkbox"/> 独立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助												
	訓練室内歩行(装具:)	<input checked="" type="checkbox"/> 独立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助												
活動	自立度		日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」				訓練時能力:「できる“活動”」									
	ADL・ASL 等		自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等	独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等
	屋外歩行				レ			杖・装具:							杖・装具:	
	階段昇降				レ			杖・装具:手すり							杖・装具:	
	廊下歩行				レ			杖・装具:							杖・装具:	
	病棟トイレへの歩行				レ			杖・装具:							杖・装具:	
	病棟トイレへの車椅子駆動(昼)		レ					装具:		レ					装具:	
	車椅子・ベッド間移乗				レ			装具:				レ			装具:	
	椅子座位保持			レ				装具:			レ				装具:	
	ベッド起き上がり				レ							レ				
	食事			レ				用具:		レ					用具:	
	排尿(昼)		レ					便器:		レ					便器:	
	排尿(夜)		レ					便器:			レ				便器:	
	整容				レ			移動方法・姿勢:				レ			移動方法・姿勢:	
	更衣				レ			姿勢:		レ					姿勢:	
装具・靴の着脱			レ				姿勢:		レ					姿勢:		
入浴				レ			浴槽:		レ					浴槽:		
コミュニケーション																
活動度		日中臥床: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(時間帯: ~ 理由:) 日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれなし) <input checked="" type="checkbox"/> 椅子(背もたれあり) <input checked="" type="checkbox"/> 椅子(背もたれ,肘うけあり) <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> キャッチアップ														
参加	職業(<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 病欠中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input checked="" type="checkbox"/> 発症後退職 <input type="checkbox"/> 退職予定) (職業・業種・仕事内容:) 経済状況(退職金で生活)					社会参加(内容・頻度等) 家族以外との交流はほぼなし 余暇活動(内容・頻度等) 月に1回程度の散歩										
	障害の受容(<input type="checkbox"/> ショック期 <input type="checkbox"/> 否認期 <input type="checkbox"/> 怒り・恨み期 <input checked="" type="checkbox"/> 悲観・抑うつ期 <input type="checkbox"/> 解決への努力期 <input type="checkbox"/> 受容期) 機能障害改善への固執(<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 中程度 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い)					依存欲求(<input type="checkbox"/> 強い <input checked="" type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い) 独立欲求(<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 弱い)										
環境	同居家族: 息子夫婦、孫2人					家 屋: 一軒家										
	親族関係: 福岡市内に娘さん					家屋周囲: バリアフリー 交通手段: 車										
第三者の不利	発病による家族の変化															
	<input checked="" type="checkbox"/> 社会生活: 自宅内介護が増えたため、家族そろっての外出が難しくなった															
	<input type="checkbox"/> 健康上の問題の発生: <input type="checkbox"/> 心理的問題の発生:															

患者氏名：小川 春子

昭和 25年01月01日 (71歳)

基本方針 リハビリにより四肢きんりょく向上を目標とし、散歩やゲートボールなどの積極的な参加を目指す。	本人の希望 生活を楽しめるようになりたい。
リスク・疾病管理 (含：過用・誤用)	家族の希望 日中は一人で自宅生活をしてほしい。特に一人でトイレに行けるようになってほしい。
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画 なし

目標 (到達時期)		具体的アプローチ
参加 主目標	退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他: 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他: (仕事内容:) 通勤方法の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 家庭内の役割: 庭掃除やゴミ出し 社会活動: ゲートボール 趣味: 散歩	洗濯物をたたむなどの本人が出来るような家事を考え、参加をしてもらう
活動 すべての実行状況	自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等: 自宅内では手すりにつかまる) 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助: 車椅子 (装具・杖等:) 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助: 車椅子 (種類:) 車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動 (使用場所: 外出時) (駆動 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) (移乗 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助:) 排泄 <input checked="" type="checkbox"/> 自立: 形態 <input checked="" type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介助: 食事 <input checked="" type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助 整容 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 更衣 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助: 家事 <input checked="" type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: 書字 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: コミュニケーション <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり:	住み慣れた家なので勝手は分かっているが、ふらつきがあるため介助まではないが監視が必要である。
心身機能 構造	基本動作(訓練室歩行等) 歩行訓練による歩行 要素的機能(拘縮・麻痺等)	機能訓練をすることにより、関節の硬縮・筋固縮の進行を防止
心理	機能障害改善への固執からの脱却: グループの会話などで自発性を促す	サークルの積極参加を誘導
環境	自宅改造 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要: 訪問看護、通所リハビリテーション	介護サービスの利用による家事等で介護者の負担軽減を図る
第三者の不利	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要: 息子さんの奥さん 家族構成の変化 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	本人が訓練したことが自宅でも継続して行えるか確認をしてください

退職後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間) 自宅内で必要なこと、また外出先で必要な生活上の行為を丁寧に練習していきます。	備考 リハビリテーションは実際の生活で行う行為を上手に出来るようにしていくものです。何をしたいかについても希望を出してください。
--	---

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	---	---	---	-------	-------	--------

(別紙1-3)

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚労省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1、J2、A1、A2、B1、B2、C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ又はMに該当するものであること。
- 日常生活(病棟)実行状況:「している活動」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
- 訓練時能力:「できる活動」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価等に行なうことができる能力についてであること。

訪問看護報告書

患者氏名	片山 陽子	生年月日	昭和 35 年 01 月 01日 (61 歳)											
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 (3) 4 5)													
住所	530-8401 大阪府大阪市北区扇町2-2-2堺筋サテライトビル501号													
訪問日	期間： 令和03年05月01日 ~ 令和03年05月31日													
	5月						6月							
	①	2	3	4	5	⑥	7	1	2	3	4	5	6	7
	⑧	9	10	11	12	⑬	14	8	9	10	11	12	13	14
	⑮	16	17	18	19	⑳	㉑	15	16	17	18	19	20	21
	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31					29	30	31				
	保健師、助産師、看護師又は准看護師による訪問日を○、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問日を◇で囲むこと。医療の場合、特別訪問看護指示書に基づく訪問を実施した日を△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日を◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。													
病状の経過	体温:36~37℃ 脈拍:55~60/分 呼吸:20~23/分 SPO2:90~95% 血圧(上):125~140 血圧(下):76~100 本日13時BS90mg/dl。尿量1300~1400ml。排便昨日2回。 介護者が金太郎の歌を歌うと時々笑顔がみられるという。 本日は介護者との会話中に僅かに表情の緩む事があった。声のする方に頭部を向ける事がある。 四肢拘縮強いが、運動により可動域はやや大きくなる。 尿汚染軽度あり。尿漏れなどなし。													
看護・リハビリテーションの内容	バイタルサインチェック／点滴管理／薬物管理／吸入／リハビリテーション 療養上の相談・生活指導／温罨法／治療的コミュニケーション													
家庭での介護の状況	日中はお孫さんが身の回りのお世話をされています。お孫様がいる間に監視下で入浴している。													
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称： (嚥下困難用服薬ゼリー・とろみ剤) 使用及び交換頻度： (1回につき一袋) 使用量： ()													
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 ・ (無) 変更内容													
情報提供	訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先： () 情報提供日： ()													
特記すべき事項 (頻回に訪問看護が必要な理由を含む) 特になし	<div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <p style="text-align: center;">05月01日 13:00 05月26日 13:00</p>													
作成者①	氏名：徳川 和美				職種： 看護師									
作成者②	氏名：				職種：									

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。担当者 徳川 和美

令和 03 年 05 月 31 日

カーネル第一病院

事業所名 カーネル訪問看護ステーション

渡辺 直利 先生 御侍史

管理者氏名

寺田 雅弘

印

※提出先を「事業所宛」に設定可能です。(サンプルは主治医と病院名を印字)

訪問看護計画書

患者氏名	片山 陽子	生年月日	昭和 35 年 01 月 01日	(61 歳)
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2)	要介護	(1 2)	(3 4 5)
住 所	530-8401 大阪府大阪市北区扇町2-2-2堺筋サテライトビル501号			
長期目標	看護・リハビリテーションの目標 異常の早期発見・予防ができる			
短期目標	下肢筋力低下予防 介護負担の軽減			
年月日	問 題 点 ・ 解 決 策			評 価
# 1)	臥床傾向による下肢筋力の低下 P ① 全身状態の把握 ② 下肢リハビリ a ROM訓練 b ベッド上他動運動 c 端座位・立位訓練 ③ 信頼関係の構築			
# 2)	嚥下障害の実施 P ①嚥下体操の提供 ②嚥下訓練食の提供 (夫への指導も含む)			
# 3)	介護負担 P ①主介護者(夫)の話を傾聴する ②負担状況の把握に努め、長男に随時報告			
# 4)	認知症 P ①訪問の目的・訪問看護師の役割をその都度行う ②定期的な訪問の中で、本人のペースに合わせたコミュニケーションを図る ③日常生活の観察と記述により表出されない生活の不自由を理解する ④清潔・身支度・探し物など一緒に付き合い、どこまで出来、どこから不安なのかを見極める			
衛生材料等が必要な処置の有無	④ 無			無
処置の内容	衛生材料(種類・サイズ)等			必要量
嚥下訓練食の提供	嚥下困難用服薬ゼリー とろみ剤			1回につき一袋
訪問予定の職種	1・1・6・8・13・15・20・22・27・29日：理学療法士			
備考	特になし			
作成者①	氏名：徳川 和美	職種：看護師		
作成者②	氏名：	職種：		

上記の訪問看護計画書に基づき 指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。
令和 03 年 05 月 31 日

カーネル第一病院

渡辺 直利先生 御侍史

担当者 徳川 和美

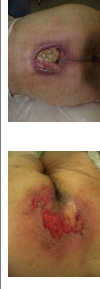
訪問看護報告書

期間：	令和03年05月01日 ~ 令和03年05月31日
訪問日	5月 ① 2 3 4 5 ⑥ 7 1 2 3 4 5 6 7 ⑧ 9 10 11 12 ⑬ 14 8 9 10 11 12 13 14 ⑮ 16 17 18 19 ⑰ ⑱ 15 16 17 18 19 20 21 ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
病状の経過	保健師、助産師、看護師又は准看護師による訪問日を○、理学療法士又は言語聴覚士による訪問日を◇で囲むこと。医療の場合、特別訪問看護指図書に基づき訪問を実施した日を△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日を◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。 体温:36~37℃ 脈拍:55~60/分 呼吸:20~23/分 SPO2:90~95% 血圧(上):125~140 血圧(下):76~100 本日13時BS90mg/dl。尿量1300~1400ml。排便昨日2回。 介護者が金太郎の歌を歌うと時々笑顔がみられるという。 本日は介護者との会話中に僅かに表情の緩む事があった。声のする方に頭部を向ける事が ある。 四肢拘縮強いが、運動により可動域はやや大きくなる。 尿汚染程度あり。尿漏れなどなし。
看護・リハビリテーションの内容	バイタルサインチェック/点滴管理/薬物管理/吸入/リハビリテーション 療養上の相談/生活指導/温療法/治療的コミュニケーション
家庭での介護状況	日中はお孫さんが身の回りの回りのお世話をされています。お孫様がいる間に監視下で入浴して いる。
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称：(嚥下困難用服薬ゼリー・とろみ剤) 使用及び交換頻度：(1回につき一袋) 使用量：()
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量など)の変更の必要 変更内容 有 (無)
情報提供	訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先：() 情報提供日：()
特記すべき事項	頻回に訪問看護が必要な理由を含む) 特になし
作成者①	氏名：徳川 和美 職種：看護師
作成者②	氏名： 職種：

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。
担当者 徳川 和美

寺田 雅弘
管理 者 氏 名
名 名
カーネル訪問看護ステーション

徳川 和美



05月01日 13:00 05月26日 13:00

精神科訪問看護報告書

患者氏名	村上 純也	生年月日	昭和 30 年 01 月 01日 (66 歳)											
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)													
住 所	530-8401 大阪府大阪市西区瀧町3-3-3													
訪 問 日	期間： 令和03年05月01日 ~ 令和03年05月31日													
	5月							6月						
	1	2	3	4	5	6	⑦	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	⑭	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	⑰	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	⑱	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31	29	30	31								
病状の経過	体温:36.0~37.2℃ 脈拍:90~110/分 呼吸:~/分 SPO2:~% 血压(上):120~140 血压(下):100~120 家族の介入により服薬の投与がしっかりと出来ている。 内服が継続できているため、地域生活も安定しており、迷惑行為なども見られない。 自宅内の掃除についてもヘルパーの導入により清潔は維持できている。													
看護の内容	バイタルサインチェック・服薬指導・整理整頓・調理													
家族等との関係	配偶者と良好													
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称： () 使用及び交換頻度： () 使用量： ()													
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 ・ (無) 変更内容													
情報提供	訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先： (カーネル第一病院) 情報提供日： (2021/04/30)													
特記すべき事項 (頻回に訪問看護が必要な理由を含む) 特になし														
作成者①	氏名：毛利 明実					職種： 保健師					G A F			
作成者②	氏名：					職種：					60点 2021年05月01日			

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。担当者 毛利 明実

令和 03 年 05 月 31 日

カーネル第一病院

事業所名 カーネル訪問看護ステーション

渡辺 直利 先生 御侍史

管理者氏名

寺田 雅弘

印

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細

別添

利用者氏名	片山 陽子					
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					
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容	<p>#1 運動前後で、バイタルサインの測定、異常は認めない。KT : 36.2°C P:51/m BP:120/50mmHg SpO2:98%。呼吸リハビリテーションの実施。童謡を歌うなど発声練習も実施。</p> <p>#2 運動後に血糖値が急激に下がることがあるが、リハビリテーションの前に、血糖値の低下や下肢の疲労感や不快感がないかなどの自覚症状を確認している。低血糖症状は、認めず、安全にリハビリテーションが行えている。</p> <p>#3 下肢は、抵抗運動できる程度の筋力はあるが、体幹や股関節・膝関節の柔軟性は低く、立位バランス不良で、上を向いて歩行することや、話しながら歩くことは難しい。 立ち止まって杖を使用し、姿勢を整えてから次の行動をとっている。ホームエクササイズの内容を本人と家族で実施。適宜家族から声かけをお願いしている。</p>					
評価		項目	自立	一部介助	全介助	備考
	活動	食事	10	5	(0)	胃瘻からの注入
		イスとベッド間の移乗	15	(10)	←監視下	立ち上がった直後に方向転換した際に転倒し
			座れるが移れない→	5	0	
		整容	(5)	0	0	
		トイレ動作	(10)	5	0	
		入浴	5	(0)	0	
		平地歩行	(15)	10	←歩行器	15分程度の平地歩行は、フリーハンドで可能
			車椅子操作が可能→	5	0	
		階段昇降	10	(5)	0	手すりを用いて2足1段
		更衣	(10)	5	0	
	排便コントロール	10	5	(0)	浣腸実施	
	排尿コントロール	(10)	5	0		
	合計点	65 / 100				
コミュニケーション	構音障害により明確さにかけるが日常会話可能。歩行しながらの会話は困難で、立ち止まり話す必要がある。					
参加	家庭内の役割	家事が全て、夫に任せている。				
	余暇活動 (内容及び頻度)	ラジオの有線放送を聴く、録画していた映画を観る、読書などを1~2時間程度/日				
	社会地域活動 (内容及び頻度)	桜まつりや月見会などの地区の催しへの参加1~2回/年				
	終了後に行いたい 社会参加等の取組	通所リハビリテーションへの参加				
看護職員との連携状況、 看護の視点からの利用者 の評価	訪問時の状態を報告し共有している。訪問時に血糖値・体力の状況を確認してリハビリテーションを行う頃で、中断する事なくリハビリテーションを続けている。					
特記すべき事項						
作成者	氏名：		職種：			

(情報提供先)

西区保健所
所長

殿

訪問看護ステーションの所在地及び名称

大阪市中央区淡路町1-6-9 堺筋サテライトビル5F
カーネル訪問看護ステーション

電話番号 06-6221-0033

管理者氏名 寺田 雅弘

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供します。

利用者氏名	会田 司		
性別	(<input checked="" type="radio"/> 女)	生年月日	昭和 60 年 01 月 01日 (36 歳) 職業 無し
住所	530-8401	大阪府大阪市西区瀧町3-3-3	
電話番号	06-6424-3333		
主治医名	渡辺 直利		
住所	559-0011	大阪市住之江区北加賀屋1-1-1	
主傷病名			
日常生活活動 (ADL) の状況 (該当する項目に○)			
移動	自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助 <input type="radio"/>	食事	自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助 <input type="radio"/>
排泄	自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助 <input checked="" type="radio"/>	入浴	自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助 <input type="radio"/>
着替	自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助 <input type="radio"/>	整容	自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全面介助 <input type="radio"/>
要介護認定の状況 (該当する事項に○)	自立 要支援 (1 2) 経過的要介護 要介護 (1 2 <input checked="" type="radio"/> 4 5)		
病状・障害等の状態	移動の際は歩行が困難なため、車椅子での移動を行う。 認知症の症状が出つつある。		
1月当たりの訪問日数 (訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること)	11 日 (11回)		
家族等及び主な介護者に係る情報	定期的に、息子・娘様が自宅に来られている。		
看護の内容	家族相談/薬物管理/服薬介助/清拭/末梢のスキンケアと爪切り/リハビリテーション		
必要と考えられる保健福祉サービス	ショートステイ ヘルパー 入浴車の導入 エアーマット・ベッド等福祉物品の紹介		
その他特記すべき事項	友人が減ったためか、外へ出かけるのを嫌がるようになってきている。		

【記入上の注意】

1 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。

(情報提供先)

カーネル第一病院

御中

訪問看護ステーションの所在地及び名称
 大阪市中央区淡路町1-6-9 堺筋サテライトビル5F
 カーネル訪問看護ステーション

電話番号 06-6221-0033

管理者氏名 寺田 雅弘

以下の利用者に関する精神訪問看護の情報を提供します。

利用者氏名	村上 純也
性別	(男 <input checked="" type="radio"/>) 生年月日 昭和 30 年 01 月 01 日 (66 歳) 職業 無職
住所	530-8401 大阪府大阪市西区瀧町3-3-3
電話番号	06-6424-3333
主治医名	渡辺 直利
住所	559-0011 大阪市住之江区北加賀屋1-1-1
主傷病名	統合失調症
日常生活等の状況	<p>1 食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム等について 不安ごとがあると夜間不眠になりやすい</p> <p>2 服薬等の状況について 訪問看護が内服カレンダーにセットして管理している。飲み忘れなし。</p> <p>3 作業（仕事）、対人関係等について ほとんど外出することはない。対人は同居の娘と訪問看護スタッフが主。</p>
要介護認定の状況（該当する事項に○）	<p>自立 要支援（ 1 2 ） 経過的要介護 要介護（ 1 2 3 4 5 ）</p>
1月当たりの訪問日数（訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること）	4 日
家族等及び 主な介護者 に係る情報	妻と娘の3人暮らし。親族との付き合いほとんどなし。 日常生活は自立している。
看護の内容	心身状態の観察、不安ごとの傾聴、食事・睡眠状況の確認、服薬管理・介助
必要と考えられる 保健福祉 サービス	訪問看護
その他 特記すべ き事項	ゆくゆくは職に就きたい希望があるが、まずは外出頻度を増やすことから始めていく。 家族との関係性は良好。

【記入上の注意】

- 1 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。

訪問看護指示書

指示期間

～

患者氏名	青木 佐知子	生年月日	昭和 24 年 01 月 01日 (72 歳)
患者住所	〒530-8401 大阪府大阪市中央区薬町5-5-5		電話：06-6161-5555
主たる傷病名	1、閉塞性肺疾患（肺気腫） 2、慢性呼吸不全 3、栄養障害（胃ろう造設） 4、肺性心		
現在の状況（該当項目に○）	病状・治療状態	呼吸機能障害があり、時々感染により増悪傾向がみられる。肺用性萎縮の信仰もみられる。栄養および摂取障害のため、5月15日胃ろう造設予定。	
	投与中の薬剤の用法・用量	1、ア○ノトリパ○号(900ml) 2、△タ○○ (1日2回) 3、カス△○○ (1日2回)	
	認知症の状態	自立 (I) II a II b III a III b IV M	
	要介護度	要支援 (1 2) 経過的要介護 要介護 (1 2 3 4 5)	
	装着・使用医療機器等	イ. ネブライザー (○) 吸引器 (ハ) 留置カテーテル ニ. 経管栄養 (ホ. 気管カニューレ (ヘ) 酸素療法 ト. その他 ()	
留意事項及び指示事項			
I 療養生活指導上の留意事項 胃ろう造設術後の創周囲皮膚炎に注意、栄養状態の把握。			
II			
1. リハビリテーション		呼吸リハビリテーション	
2. 褥瘡の処置等		胃ろう造設術後チューブからラコール液体注入（毎回）	
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理		在宅酸素療法装置の点検、なお留置カテーテルは月1回交換	
4. その他			
緊急時の連絡先 携帯電話			
不在時の対応法 メールにて対応			
特記すべき事項 (注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等あれば記載してください) ○○○剤服用後30分以内の体動は、心機能に負担がかかる恐れがある。			
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 指定訪問看護ステーション名 :)			

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名 カーネル大病院
住 所 〒551-2800大阪府大阪市住吉区
2-37-1
電 話 06-6222-4567
F A X 06-6666-1133
医 師 氏 名 牧野 創一 印

指定訪問看護ステーション

カーネル訪問看護ステーション 殿

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間： ～
点滴注射指示期間： ～

患者氏名	青木 佐知子	生年月日	昭和 24 年 01 月 01日 (72 歳)							
患者住所	〒530-8401 大阪府大阪市中央区薬町5-5-5								電話：06-6161-5555	
主たる傷病名										
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態									
	投与中の薬剤の用量・用法									
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	要介護認定の状況	要支援 (1 2)				要介護 (1 2 3 4 5)				
褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5			NPUAP分類 III度 IV度						
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻：サイズ 、 日に一回交換) 8. 留置カテーテル (部位： サイズ 、 日に一回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式：設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()									
留意事項及び指示事項										
I 療養生活指導上の留意事項										
II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他										
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)										
緊急時の連絡先 不在時の対応法										
特記すべき留意事項 (注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び第一号複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)										
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 指定訪問看護ステーション名 :) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 訪問介護事業所名 :)										

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名 カーネル大病院
住 所 〒551-2800大阪府大阪市住吉区
2-37-1

事業所

電 話 06-6222-4567
F A X 06-6666-1133

カーネル訪問看護ステーション

医 師 氏 名 牧野 創一 印

〒541-0047 大阪市中央区淡路町1-6-9
堺筋サテライトビル5F
寺田 雅弘

殿

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間： ~

点滴注射指示期間： ~

患者氏名	青木 佐知子	生年月日	昭和 24 年 01 月 01日	(72 歳)
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：				
留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。）				
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）				
緊急時の連絡先等				

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名 カーネル大病院
〒551-2800大阪府大阪市住吉区
2-37-1

電話 06-6222-4567
F A X 06-6666-1133

事業所

カーネル訪問看護ステーション

〒541-0047大阪市中央区淡路町1-6-9
堺筋サテライトビル5F

寺田 雅弘

医師氏名 牧野 創一 印

殿

精神科特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間： ~
点滴注射指示期間： ~

患者氏名	村上 純也	生年月日	昭和 30 年 01 月 01日	(66 歳)
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：				
留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。） (該当する項目に○をつけてください) 複数名訪問の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 理由：1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他 () 短時間訪問の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 理由：() 特に観察を要する項目（該当する項目に○をつけてください） 1 服薬確認 2 水分及び食物摂取の状況 3 精神症状（観察が必要な事項：) 4 身体症状（観察が必要な事項：) 5 その他 ()				
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）				
緊急時の連絡先等				

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名 カーネル第一病院
〒559-0011 大阪市住之江区北加賀屋
1-1-1

電話 06-6543-2211
F A X 06-7777-3333

事業所

カーネル訪問看護ステーション

〒541-0047 大阪市中央区淡路町1-6-9
堺筋サテライトビル5F

寺田 雅弘

医師氏名 渡辺 直利

印

殿

認定済・申請中

令和03年05月分

サービス提供票

居宅介護支援事業者→サービス事業者

保険者番号	271007	大阪市中央区	居宅介護支援事業者名 担当者名	カーネルケアプランセンター TEL 06-6221-0033 鈴木	令和	作成年月日	利用者確認
被保険者番号	H119229600	フリガナ 被保険者氏名 タカハ ハルアキ 田中 春秋	保険者確認印		令和	届出年月日	
生年月日	明・大・昭 25年01月01日	要介護5 要介護状態区分 要変更日	区分支給 限度基準額	36217 単位/月	令和03年01月から 令和04年12月まで	前月までの 短期 入所利 用日数	

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者名	月間サービス計画及び実績の記録																															合計 回数		
			日付	曜日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		30	31
10:00~ 10:30	訪看 I 2	カーネル訪問看護ステーション	予定	1																																1
12:00~ 13:00	訪看 I 5・2 超	カーネル訪問看護ステーション	実績		1																														1	
	訪問看護特別管理加算 II	カーネル訪問看護ステーション	予定	3																															12	
	訪問看護体制強化加算 II	カーネル訪問看護ステーション	実績		3																														12	
	訪問看護サービス提供体制加算 I	カーネル訪問看護ステーション	予定	4																															1	
	訪問看護令和3年9月30日までの上乗せ分	カーネル訪問看護ステーション	実績		4																														1	
			予定																																1	
			実績																																1	
			予定																																1	
			実績																																1	
			予定																																1	
			実績																																1	
			予定																																1	
			実績																																1	
			予定																																1	
			実績																																1	
			予定																																1	
			実績																																1	
			予定																																1	
			実績																																1	
			予定																																1	
			実績																																1	
			予定																																1	
			実績																																1	
			予定																																1	
			実績																																1	

令和03年05月分 田中 春秋様
区分支給限度管理・利用者負担計算

サービス提供票別表

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後率%	回数	サービス		区分支給限度基準額(単位)	種類支給限度基準額を超える単位数	種類支給限度基準額を超える単位数	区分支給限度基準額を超える単位数	区分支給限度基準額を超える単位数	種類支給限度基準額を超える単位数	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)
							単位/金額	単位数												
カーネル訪問看護ステーション	2761234567	訪問 I 2	131111	470		1	470	470				470								
カーネル訪問看護ステーション	2761234567	訪問 I 5・2 超	131521	264		12	3168	3168				3168								
カーネル訪問看護ステーション	2761234567	訪問看護体制強化加算 II	134005	200		1	200	200				200								
カーネル訪問看護ステーション	2761234567	訪問看護令和3年9月30日までの上乗せ分	138300	4		1	4	4				4								
カーネル訪問看護ステーション	2761234567	訪問看護合計					3842	3842				3842								
カーネル訪問看護ステーション	2761234567	訪問看護特別管理加算 II	134001	(250)		(1)	(250)	(250)				(250)								
カーネル訪問看護ステーション	2761234567	訪問看護サービス提供体制加算 II 1	136101	(3)		(13)	(39)	(39)				(39)								
カーネル訪問看護ステーション	2761234567	訪問看護合計					(4131)	(4131)				(4131)			45936 (45936)	0 (100)	0 (45936)		45936 (0)	
									区分支給限度基準額(単位)			36217	合計	3842	3842					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	種類支給限度基準額を超える単位数	サービス種類	合計単位数	種類支給限度基準額を超える単位数
				合計		

合計金額 45936 (0)

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