

1 フェースシート

平成29年 2月 1日 相談受付 | (訪問)・電話・来所・その他 () ○○○○居宅介護支援事業所
初回相談受付者ケアマネ A

本人氏名	田中 花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	M T S	昭和19年 8月 28日 生れ (74 歳)
住所	〒160-0008 東京都 新宿区 三栄町 ○○○番地○○アパート 1階		☎	00-0000-0000	
緊急連絡先	氏名	田中 太郎	(男)・女	年齢 (70 歳)	本人との続柄 (夫)
	住所	☎ 携帯 00-0000-0000			
相談者	氏名	田中 太郎	(男)・女	年齢 (70 歳)	本人との続柄 (夫)
	住所	☎ 携帯			
相談経路 (紹介者)	本人 夫 →○○○○居宅介護支援事業所				
居宅サービス計画作成依頼の届出	届出年月日 年 月 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)介護者である夫が、肺がん治療の為3か月間、入院することになる。しばらくひとりになってしまうが、入院や入所はせず自宅で今まで通りの生活をしたい。

また、夫の入院後は時々様子を見に行きたい。

(家族および介護者)夫⇒ご自身の入院後、妻は一人になることに不安を感じているが、必要なサービスを利用しながらこれまでどおり自宅で過ごさせたい。
しかし、本人がひとりの時に何かあったらと心配もある為、入院後も本人の様子は知りたいと思っている。

■これまでの生活の経過(主な生活史)

一人娘は遠方に住んでいるため、長年連絡をとっていない様子。

20年前から、現住所に夫と居住。
元々、自立意欲が高く、人の世話になることが苦手だったこともあり、現症発症後も「出来るだけ人の手を借りずに頑張りたい」と、出来る事は自分で行ってきたが、身体機能低下に伴い、徐々に介護を利用しなければならない部分も増えてきている。

介護保険	利用者負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	後期高齢者医療保険(75歳以上)	一部負担金 <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担			
高額介護サービス費該当	利用者負担 (<input type="checkbox"/> 第5段階 <input type="checkbox"/> 第4段階 <input checked="" 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	⇒非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		認定日	年 月 日	
	未(見込み)	⇒非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・(4)・5				
身障手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	等級	種 級	交付日	年 月	
療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	程度		交付日	年 月	
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	等級	級	交付日	年 月	
障害福祉サービス受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	自立支援医療受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	障害程度(支援)区分 → ()		
日常生活自立度	障害高齢者	自立・J1・J2・A1・A2・B1・(B2)・C1・C2	判定者	医師 ××病院	判定日	平成29年 1月 20日
	認知症	自立・(I)・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	判定者	医師 ××病院	判定日	平成29年 1月 20日

アセスメント実施日 (初回) 平成29年 2月 1日 (更新) 年 月 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>		<p>・肺がん療養中の夫が出来る範囲で家事全般や本人の介護を行っているが、3カ月間の入院治療を行う事となった為、本人の介護を行う者がいなくなる。</p> <p>・娘とは10年以上音信不通のようで、連絡先も知らないとのこと。</p> <p>・姉2人も脊髄小脳変性症で、1人は5年前に死去。もう一人は特別養護法人ホーム入所中。</p>			
氏名(主たる介護者には※)	続柄	同別居	就労の状況	健康状態等	特記事項(自治会、ボランティア等社会的活動)
※ 田中 太郎	◎男・女 夫	◎同・別	あり	肺がんにより自宅療中	
田中 佐代子	男・◎女 娘	同・◎別			音信不通・居住地不明
	男・女	同・別			
	男・女	同・別			
	男・女	同・別			
	男・女	同・別			
	男・女	同・別			
	男・女	同・別			
	男・女	同・別			
	男・女	同・別			

■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、民生委員、自治体等の地域の団体等)

支援提供者	活用している支援内容	特記事項
民生委員	見守り訪問、声掛け	
近隣・知人	見守り訪問(時々)・食事の差し入れ	

本人が受けたい支援/今後必要になるとされる支援	支援提供者	特記事項
見守り訪問、声掛け	民生委員	
見守り訪問、食事の差し入れ・ゴミ出し	近隣・知人	

3 サービス利用状況

(年 月 日時点)

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"/> 訪問介護(ホームヘルプサービス)	月 80 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	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 checked="" type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月 4 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)	月 回	<input type="checkbox"/> (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"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	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"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月 日		
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	月 日		

<input type="checkbox"/> 配食サービス	月 回	<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"/> 洗濯サービス	月 回	<input type="checkbox"/> ふれあい・いきいきサロン	月 回
<input type="checkbox"/> 移動または外出支援	月 回	<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 []	
<input type="checkbox"/> 友愛訪問	月 回	<input type="checkbox"/> ()	月 回
<input type="checkbox"/> 老人福祉センター	月 回	<input type="checkbox"/> ()	月 回
<input type="checkbox"/> 老人憩いの家	月 回	<input type="checkbox"/> ()	月 回
<input type="checkbox"/> ガイドヘルパー	月 回	<input type="checkbox"/> ()	月 回
<input type="checkbox"/> 身障/補装具・日常生活用具 ()		<input type="checkbox"/> ()	月 回
		<input type="checkbox"/> ()	月 回

直近の 入所・ 入院	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床)	施設・機関名 所在地 〒 電話
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)	
	<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	
	<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)		

年金 恩給 特別障害者手当 生活保護 生活福祉資金貸付 高齢者住宅整備資金貸付 日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業) 成年後見制度⇒ 成年後見 □ 保佐 □ 補助 成年後見人等()	<input type="checkbox"/> 老齢関係→ ()	健康 保 険 その 他 () () ()	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ(旧・政管健保)
	<input type="checkbox"/> 障害関係→ ()		<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"/> 地方共済
	<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"/> 後期高齢者医療	
	<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> 労災保険→ ()	
	<input type="checkbox"/> 生活福祉資金貸付			
	<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⇒ □ 成年後見 □ 保佐 □ 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 <input checked="" type="checkbox"/> 賃貸・所有・社宅等・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 イ. <input checked="" type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他()階⇒エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ウ. <input type="checkbox"/> 布団 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド⇒ <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> ギャッチ <input checked="" 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			
	トイレ	ア. <input type="checkbox"/> 和式 <input checked="" type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> その他 () イ. 手すり <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ウ. トイレまでの段差 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		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 checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		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 checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他 ()
諸設備	調理器具 <input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> IH <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯機	暖房器具 <input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 灯油 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 湯沸器 <input checked="" type="checkbox"/> 冷蔵庫	
【周辺環境・立地環境・その他住居に関する特記事項】				

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		△障害部位 ×欠損部位 ●褥瘡部位 (正面) (背面) 			
身長	cm	体重	kg		
歯の状況	<input type="checkbox"/> 歯あり <input type="checkbox"/> 歯なし <input checked="" 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】(病気やけが、障害等に関わる事項。改善の可能性等)					
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(歯科含む)					
病名					
薬の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input 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 ※主治医意見書 を参考に記入				
	受診頻度	<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	<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 type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input 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				
	診療科				
	主治医				
	連絡先	☎	☎	☎	☎
受診方法 留意点等					
往診可能な医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ☎				
緊急入院できる医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ☎				
相談、処方を受けている薬局	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ☎				
【特記、生活上配慮すべき課題など】					

6-②生活機能(食事・排泄等)

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

食事

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】

主食	
現状	計画
<input type="checkbox"/> 普通食	<input 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	
<input type="checkbox"/> 普通食	<input 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 type="checkbox"/> 見守りのみ	<input 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型
 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 type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要
<input type="checkbox"/> トイレ	<input 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)	
<input type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要
<input type="checkbox"/> トイレ	<input 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】

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】

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	

6-③認知機能、6-④精神・行動障害 全般

家族等からの情報と観察	
-------------	--

援助の現状	(家族)	(サービス)	

●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

援助の希望(本人)	
-----------	--

援助の希望(家族)	
-----------	--

援助の計画	
-------	--

【特記、解決すべき課題など】	
----------------	--

●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		
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		
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 () なし

イ. 地域近隣との交流

あり () なし

ウ. 友人知人との交流

あり () なし

緊急連絡・見守りの方法

【特記、解決すべき課題など】

●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								
	2. 中心静脈栄養	1)測定・観察					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	バイタルサインのチェック 定期的な病状観察
	3. 透析	2)薬剤の管理					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	内服薬
	4. ストーマ(人工肛門)の処置	3)薬剤の使用					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	坐薬(緩下剤、解熱剤等) 眼・耳・鼻等の外用薬の使用等
	5. 酸素療法	4)受診・検査介助					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	温・冷あん法、湿布貼付等
	6. レスピレーター(人工呼吸器)	5)リハビリテーション					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注射
特別な対応	7. 気管切開の処置	6)医療処置の管理					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸引 吸入
	8. 疼痛の看護	【特記、生活上配慮すべき課題など】					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己注射(インスリン療法)
	9. 経管栄養		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	経管栄養法				
	10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養法				
	11. じょくそうの処置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素療法				
	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"/>	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	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用
(2)栄養・食生活			
食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 全面介助	
現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	
→ 栄養・食生活上の留意点 ()			
(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			
<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input type="checkbox"/> 移動能力の低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡
<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 閉じこもり	<input type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下	<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 易感染症
<input type="checkbox"/> がん等による疼痛	<input type="checkbox"/> その他 ()		
→ 対処方針 ()			
(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
<input type="checkbox"/> 期待できる	<input type="checkbox"/> 期待できない	<input type="checkbox"/> 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。)			
<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 看護職員による相談・支援	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療
<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導
<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり ()	・移動
			<input checked="" type="checkbox"/> 特になし
			<input type="checkbox"/> あり ()
・摂食	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり ()	・運動
			<input checked="" type="checkbox"/> 特になし
			<input type="checkbox"/> あり ()
・嚥下	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり ()	・その他 ()
(7)感染症の有無(有の場合は具体的に記入してください。)			
<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 不明	

7 全体のまとめ

2000文字入力できます。
入力枠の右下の「//」マークをドラッグする(クリックしたまま右下に引っ張ると)、入力枠を大きく表示することができます。

災害時の対応の必要性について
⇒有の場合

必要性の有無 有 無

災害時の連絡先 (家族以外／民生委員等)	(氏名) _____ (本人との関係)
	TEL. _____ FAX. _____ メール _____
備考	

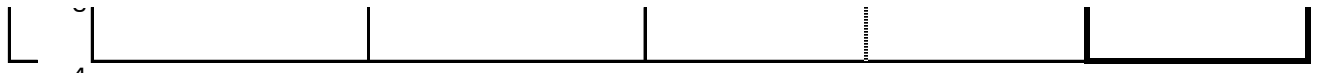
権利擁護に関する対応の必要性について
⇒有の場合

必要性の有無 有 無

備考	
----	--

■1日のスケジュール

	本人の生活リズム	①本人が自分でしていること ②したいと思っていること(好み)	援助の現状		要援助と判断される場合に✓計画した場合に○(確認)
			家族実施	サービス実施	
(深夜)	4 ○排尿		排泄介助		✓
	5				
(早朝)	6 □起床	タオルを手に持たせてもらい洗顔、歯磨き			
	7 △食事	スプーンを使って朝食	朝食準備・後片付け・排泄介助		✓
(午前)	8				
	9 運動	ベットで手足の運動			
	10 ○排尿			排泄介助	✓
	11				
(午後)	12 △食事 ○排尿		昼食準備・後片付け		✓ ✓
	13				
	14 運動	ベットで手足の運動			
	15				
(夜間)	16 ☆入浴			入浴介助・着替え介助	✓
	17 △食事		夕食の準備・後片付け		✓
	18				
	19				
(深夜)	20				
	21 ■就寝				
	22				
	23				
	24 ○排尿		排泄介助(時々)		✓
	1				
	2				
	3				



4

- ◎: 排便
- △: 食事
- : 起床
- : 排尿
- ☆: 入浴
- : 就寝