|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フェイスシート | | | |
| 氏名 | 性別 | 男・女 | 生年月日  M・T・S・H　　年　　　月　　　日 |
| 血液型 |  |
| 住所 | | | TEL |
| 入所日（サービス利用開始日） 　　 年　　　　月　　　　日 | | | |
| ≪家族構成・家族関係≫ | | | |
| 緊急連絡先① | | 緊急連絡先② | |
| ≪生活歴≫ | | | |
| ≪職歴≫ | | | |
| ≪個人的な因子≫   1. 趣味や好きなもの 2. 大切にしているもの 3. 性格 | | | |
| ≪病歴≫  ≪主治医≫ | | | |
| ≪入所(またはサービス利用)の理由と経緯≫ | | | |
| ≪経済的な情報≫ | | | |
| ≪記入者≫　　　　　　　　　　　　　　　≪記入日≫　　　年　　　月　　　日 | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| アセスメントシート＊定期的に内容を更新して使用のこと | | | | |
| 氏名 | 生年月日  M・T・S・H　　年　　月　　日 | 年齢  歳 | | 記入日  年　　月　　　日 |
| **1．基本情報【相談員・看護職】**※【　】内は主に記入を担当する職種を示す | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. 障がい高齢者の日常生活自立度判定基準： 2. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準： 3. 認知症関連の評価：   改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) 　　点  ミニメンタルステート検査（MMSE）　　　 　　点   1. 身体障がい者障害程度等級： 2. 介護認定： 3. 介護保険負担割合： 4. 介護保険減免：（有・無） 5. その他： | | |  | |
| **2．既往歴・現病歴　【看護職】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
|  | | |  | |
| **3．疾患や治療への理解　【看護職】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
|  | | |  | |
| **4．本人・家族の思いや願い【相談員】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| ①　本人の思いや願い：  ②　本人の目指すゴール：  ③　家族の思いや願い： | | |  | |
| **5．金銭管理　【相談員】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
|  | | |  | |
| **6．終末期の希望　【相談員】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| ①本人：  ②家族： | | |  | |
| **7．病気・障害・与薬【看護職】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. 現在の病気： 2. 内服薬等： 3. 病気の状況や障害の状況　(麻痺や拘縮等)： 4. 医療的処置・通院： 5. 感染症(　有・無　)　内容： 6. 食物・薬物アレルギー　(　有・無　)　内容： 7. リハビリテーション：【機能訓練指導員】 | | |  | |
| **8．認知機能　【看護職】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. 疾患名： 2. 中核症状：(該当する症状に○)   記憶障害・実行機能障害・見当識障害・失念・失行・失認   1. 行動・心理症状（BPSD）：(該当する症状に○)   妄想・徘徊・暴言・暴力・幻覚・幻聴・介護拒否・昼夜逆転  帰宅願望・異食・失禁   1. その他　(知的障害・発達障害等による症状等)： | | |  | |
| **9．健康状態　【看護職】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. バイタルサインズ　（測定日）   体温　　　　　　　　度  脈拍 回/分  血圧　　　／　　　 mmHg  呼吸回数　　　　回/分  SpO2　 　　％   1. 皮膚の状態：　(褥瘡の有・無　) 2. 体格・体型：   身長　　　cm  体重　　　　kg  アルブミン値　 g/dl  ヘモグロビン値　　　　　g/dl  HbA1c　　　　　％  血糖値　　　　　mg/dl   1. 顔色・表情など： 2. その他   浮腫（むくみ）（　有・無　）：  疼痛（　有・無　）部位：  精神的な安定性など： | | |  | |
| **10．コミュニケーション【機能訓練指導員】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. 耳の聞こえ：補聴器の使用（　有・無　） 2. 見え方：眼鏡の使用（　有・無　）   失語症　(有・無、タイプ：　　　　　　　　　　　　　　　　)   1. 言葉は問題なく話せるか？（声の出方・大きさ・明瞭さ）   ○言葉と意味が合っているか？  ○言葉の使い方の特徴  ○周りの音は聞こえるか？   1. 会話ができるか？   ○言葉掛けに対してはっきりとした反応があるか？  （相手の話を聞くことができるか）  ○相手の話に対して言葉を返すことができるか？  ○自分から会話ができるか？（療養者同士の会話や関係職員との関係）   1. ジェスチャーで通じるか？ | | |  | |
| **11．要望や自己決定　【相談員】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. 要望や苦情などを伝えることができるか？ 2. 自分から相談などができるか？ 3. 自己選択ができるか？ 4. 自己決定ができるか？ 5. 信仰・意思決定を決める価値観・信念 6. キーパーソン： 7. 性格： | | |  | |
| **12．一日の過ごし方・睡眠　【看護職・介護職】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. 午前： 2. 午後： 3. 夜間： | | |  | |
| **13．部屋の環境　【相談員】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. 部屋の場所： 2. ベッドの位置： 3. プライバシー（カーテンやドア、スクリーン等）： 4. 室温・湿度： 5. 採光（カーテンの有無）： 6. シーツの交換日： 7. 好みの枕やベッド上の配置： 8. 部屋に置いてあるもの： 9. その他　(在宅の場合、駐車場の位置等)： 10. 身の周りの見取り図　(居室の見取り図)： | | |  | |
| **14．食事　【看護職・栄養士】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. 食事の場所： 2. 義歯の使用（上下・部分・自分の歯）： 3. 食事の姿勢（ベッド上の体位：　　　　　　　　　　　　　　）   （車椅子座位・椅子座位・端座位）   1. 食事の形態： 2. 治療食・制限食　(タンパク・塩分等の制限の有無)： 3. 嚥下の状態　(誤嚥のリスクの有無)： 4. 使用する福祉用具（スプーン・皿・エプロンなど）： 5. 一日のカロリー： 6. 普段の摂取量： 7. 食事以外に摂る水分の種類と量： 8. 好みの食べ物や飲み物： 9. 食事動作の状況： 10. 胃瘻の有無： 11. 飲酒・喫煙の有無： 12. その他： | | |  | |
| **15．移動　【機能訓練指導員】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. 関節の拘縮・硬直の状況等：    * 頸部の動き・肩や肘の動き・手や足の動き・股の動き・痛みの程度    * 麻痺・拘縮・振戦（ふるえ）等の状態 2. ベッド上での寝返り： 3. ベッドからの起き上がり：（自力・一部介助・全介助） 4. 立ち上がり：（自力・一部介助・全介助） 5. 歩行：（自力・一部介助・杖や歩行器等の使用の有無） 6. 車椅子使用：（　有・無　）   車椅子移乗・移動の状況：（自力・一部介助・全介助）   1. その他の移動（手段と方法）：    * 食事・入浴・排泄場所への移動 2. 転倒リスクの有無： ≪麻痺側等を記入≫   握力：右　　　㎏　　左　　　　㎏ | | |  | |
| **16．排泄【介護職】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. 排泄の場所（日中・夜間）： 2. 使用している排泄用具と種類　(日中・夜間)：   パット・リハビリパンツ・紙おむつ・その他　(　　　　)   1. 排泄感覚の有無：   尿意（有・無）  便意（有・無）  緩下剤・浣腸等の使用（有・無）： | | |  | |
| **17．衣生活【介護職】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. 普段の服装： 2. 好みの服装： 3. 肌着・下着の特徴： 4. 靴下（形状・素材）： 5. 履物の種類： 6. 普段着の形状・素材： 7. 着替えの頻度： 8. 着脱動作の状況(上衣・下衣)： 9. 履物の着脱動作の状況： 10. 洗濯： 11. その他： | | |  | |
| **18．清潔　【介護職】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. 洗面： 2. 整髪： 3. 口腔ケアの状況： 4. 入浴日： 5. 浴槽の種類： 6. 身体の洗い方などの状況： 7. 使用する物品等： 8. 入浴に要する時間： 9. 入浴後の過ごし方： 10. その他： | | |  | |
| **19．役割・関係　/　活動・運動【介護職】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. 他者との交流： 2. レクリエーション活動： 3. 個人活動・集団行動： 4. 行事への参加： 5. 本人の役割： 6. 家族のサポート： 7. その他： | | |  | |
| **20．個人的な因子【相談員】** | | | | |
| 現状(事実) | | | アセスメント(留意点等) | |
| 1. 余暇の過ごし方（趣味や好きな事等）： 2. なじみのものや道具(大切にしているもの)： 3. 価値観や習慣： 4. 性格・個性： | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 経過記録シート | |
| 記入日：　　　年　　　月　　日 | |
| 氏名  担当ケアマネージャー  担当看護職員　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当介護職員 | |
|  |  |
| 総合的な援助の方針： | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ケアプランサービス項目** | | **担当職** | **実施・未実施** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **健康** | **体温** | **血圧** | **脈** | **食事量（主食/副食）** | | | | | | | | **水分摂取** | | | **体重** | **服薬管理** |
| ℃ | mmHg | 回/分 | / | | | / | | / | | | ml | | | kg | 実施・未実施 |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |  | | |  | |  |
| **生活** | **処置** | **排泄ケア** | **清潔ケア** | | **睡眠ケア** | | | | | **移動ケア** | | | **ﾚｸﾚｰｼｮﾝ** | | | **生活訓練** |
| 実施・未実施 | 実施・未実施 | 実施・未実施 | | 実施・未実施 | | | | | 実施・未実施 | | | 実施・未実施 | | | 実施・未実施 |

【※上段の体温～体重については数値を記入・以下は実施又は未実施を記入】

| **時間** | **職種** | **項目\*** | **経過記録** | **担当者名** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

＊ケアプランサービス項目の番号を記入してください。ケアプランサービス以外の場合は記入する必要はありません。

＊＊1日分（24時間）の経過記録となる様、必要に応じ欄を増やしてご使用ください。

|  |
| --- |
| ≪連絡事項・留意点≫  記入者： |