

氏名 (S.K 様) 性別 (<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女) 要介護度: 要介護3 有効期間: H23年7月1日 ~ H24年6月30日 (在宅療養開始日 平成20年 1月 30日)		(住所) 〒700-0000岡山市北区×× (tel)086-000-××× <input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> T・ <input checked="" type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H12年 7月 7日 74才		
基本データ	医療機関と主治医 ① K 医院・K 医師 ② 担当ケアマネジャー 所属 S 事業所 氏名 K 担当コーディネーター 所属 氏名	病名・ ①脳梗塞 発症 H20年 10月 11日 既往歴 ②細菌性肺炎 H24年 1月 13日 ③慢性胃炎 H22年 月 日 内服薬 ①バイアスピリン 朝 ②タナトリル 朝 ③ガストローム 朝・夕 ④ナウゼリン 朝・夕 ⑤ 感染症 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 () 感染症	医療内容 <input type="checkbox"/> 点滴 (IVH・) <input type="checkbox"/> 浣腸・摘便 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> 透析 (人工・腹膜) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン (単位) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 褥瘡等の処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 吸引・吸入 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> その他 () 身体状況 : 麻痺有無 (左半身麻痺) 歩行状況 (杖歩行)	
	生活史・趣味・好きな事・嫌いな事・信条・最近嬉しかった事・困った事 27歳まで東京で生活、その後岡山へ引越して運送業を営む。10年前に妻が病死し独居となる。娘がひとりいるが疎遠状態。なじみの喫茶店に行くのが楽しみ。	寝たきり度 : ランク <input type="checkbox"/> J ・ <input checked="" type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B1 ・ <input type="checkbox"/> B2 ・ <input type="checkbox"/> C 認知度: ランク <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 認知症周辺症状 (含: 原因が認知症以外の疾患) 物忘れ、被害妄想		
因子	本人の願い・希望 : できるだけ、今の家で暮らしたい。娘には迷惑をかけたくない。お金は自分で管理したい (今日を好きなように生きたい) 終末期や緩和ケアへの思い (24年 2月 29日現在) : できるだけ家で過ごしたい。駄目なときが来たら入院します。	経済状況 年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input checked="" type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 無 身体障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級)		
環境因子	家族の願い・希望 : 姉: 私も高齢なので、面倒はみれない。		家族構成図 () () 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 本人は二重、死亡者は塗りつぶし 同居者 <input type="checkbox"/> () に年齢 <input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老人世帯	
	利用しているサービス : <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問歯科 <input type="checkbox"/> 在宅療養管理指導 (医・歯・薬・栄・看) <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具 (電動車椅子、手すり、電動ベッド) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他 ()			
因子	家族の介護力 : 娘とはもともと関係が悪く、何十年も疎遠状態。姉は高齢なので援助はできない。本人も、家族や親戚に援助は求めている。			
	社会的環境 : 生活保護受給 (* 福祉事務所 O 氏)。独居で近所づきあいはなし。			
装具・補助具等についても記入すること		現 状	目 標	
活動	屋外活動	電動車椅子を使用して外出可能。 手すりなどを使用して転倒を防ぐ。	杖歩行。長距離は困難。 家具や壁を伝い移動。時々転倒有。	電動車椅子使用して買い物にでかける 手すりの活用とリハビリで転倒しない
	屋内移動	栄養バランスのとれた食事を摂る。	偏食傾向有。栄養失調気味。	栄養を十分にとり体力をつける。
	食事	立上がりや移動動作が間に合う。	移動動作に時間がかかり失禁あり。	動線上に手すりを設置し移動を助ける
	排泄 (トイレ移動)	通所サービスで入浴し清潔保つ。	浴室の損傷有、自宅では入れない。	必要な援助の下、清潔を保持する。
	入浴 (清潔保持)	物品準備と声かけがあれば可能。	自分ではしていない。義歯なし。	歯磨きの習慣を身につけ、肺炎も予防。
	口腔ケア	繰り返し話すことで理解してもらう	人の意見は聞き入れにくい。	身近に相談できる体制をつくる。
	コミュニケーション	時々近所で惣菜を買う。	掃除や買い物、調理ができない。	生活意欲を高めるような援助を行う
家事	状況 (社会参加: 家庭の役割を含む) 地域の老人会へも参加せず、近所付き合いはない。なじみの喫茶店があり、時々行くのが楽しみ。通所サービスに行くことが社会交流の場になっている。	他者との交流の機会を作り、生活に楽しみを見つける。		

関連者の意見 ()

記入時:入院中、退院直後、療養中(年)、(担当者会議)

職種		内容(状況変化、他職種に留意・依頼したいこと等)
医療福祉従事者	主治医 氏名: K 医師 事業所:K 医院 tel:	記載日:平成 24 年 2 月 21 日 脳梗塞の後遺症で左半身麻痺があり、転倒の危険性がある。また、栄養失調気味なので、余計に体力が低下していると思われる。リハビリと栄養管理が必要と思われる。
	訪問看護師 氏名: 事業所 tel:	記載日:平成 年 月 日
	職種:通所リハ相談員 氏名: H 氏 事業所:K 医院デイケア tel:	記載日:平成 24 年 2 月 21 日 自分のやりたいリハビリしか参加しないので、計画通りにすまないことが多い。体調や栄養面の管理を行っていく。また、生活動作面で、在宅生活が維持できる力が維持できるよう昨日訓練を行っていく。主に、歩行や立ち上がりの訓練を主に行っている。
	職種:通所介護相談員 氏名: S 氏 事業所:M tel:	記載日:平成 24 年 2 月 21 日 食事の栄養バランスが悪いようなので体調が心配。週 2 回の利用を確実にし、健康チェックを行う。体重測定や、入浴時に身体の様子観察を行い、身体の変化に注意をしていく。他者との子関の機会をなるべくつくっていききたい。
	職種:訪問介護ヘルパー 氏名: H 氏 事業所:S ステーション tel:	記載日:平成 24 年 2 月 21 日 掃除については、本人が拒否することが多く、環境整備がなかなかすまない。布団も敷きばなしで干させてくれない。食事は偏りがあり、スーパーの惣菜を頼まれることが多いが、お金がなく、必要な食材を買うことができない。水道と電話が止まっているので、生活が心配。
	職種:福祉用具貸与 氏名: K 氏 事業所:R 事業所 tel:	記載日:平成 24 年 2 月 21 日 点検など訪問時に、連絡をとりたいが電話がとまっているので調整が出来ない。電動車いすはよく使われているので、毎月点検したい。手すり(たちあっぷ)を自分で動かしているので、安全面が心配。気になることがあればいつでも連絡下さい。
	職種:ケースワーカー 氏名: O 氏 事業所:* 福祉事務所 tel:	記載日:平成 24 年 2 月 21 日 金銭管理が困難な様子が理解できた。身寄りがないことから後見人や社協の日常生活自立支援の制度を提案している。本人の意思を確認しながら、主に金銭管理の面に注意を払いたい。気になることがあれば、情報提供お願いします。
	職種: 氏名: 事業所: tel:	記載日:平成 年 月 日
職種: 氏名: 事業所: tel:	記載日:平成 年 月 日	
地域等関係者 氏名 Y 氏 関係古くからの知人 tel	記載日:平成 24 年 2 月 21 日 月に 1,2 回会う程度。入院時などに面会に行くことはできるが近くではないので、緊急時には間に合わないことが多い。生活が心配だが、そんなに頻回にはいけないので、支援をお願いしたい。何かあったら一応連絡下さい。	
家族・介護者 氏名 : tel :	記載日:平成 年 月 日	
ケアマネージャー ソーシャルワーカー 氏名 :K 所属 :S 事業所 tel : 携帯:	記載日:平成 24 年 2 月 21 日 主治医や関係機関と連携し、ご本人の意思を尊重しながら生活全般を支援したい。	