|  |  |
| --- | --- |
| **連携シート 『むすびの和』****改訂版** | 受付年月日：      年　      月　     日受付受付方法：　[ ] 訪問 [ ] 電話 [ ] 来所 [ ] その他(       )相談受付者：　      |
| アセスメントの理由　：　  | [ ] 初回　　 [ ] 更新 　　[ ] 区分変更　（[ ] 悪化　[ ] 改善）　　　[ ] 退院　　　[ ] 退所 [ ] その他（     　） |
| 氏名 （       | 様） 性別 （[ ] 男 ・[ ] 女 ） | （住所）〒     （tel）      |
| 被保険者情報 | 介護保険　被保険者番号（      ）医療保険：　[ ] 国保　　[ ] 社保　　[ ] 後期高齢者身体障害者手帳：　[ ] 無　　[ ] 有〈     　種　     　級〉介護保険支給限度額　（     単位）利用者負担限度額　(      )介護保険負担割合（　[ ]  1割　　[ ] ２割　　[ ] その他（     ）　） |
| 要介護度：  |       | 有効期間： |       | ～　      | 生年月日： |  |
| （ 在宅療養開始日　平成     年　     月　     日　） | [ ] Ｍ・[ ] Ｔ・[ ] Ｓ・[ ] Ｈ     年　  月　  日　     才 |
| 基　本　デ　ー　タ | 1. 医療機関と主治医
 | 病名・既往歴 | ①      | 発症    年  月  日 | 医療内容　 |  |
| 1）     2）      |  | ②      |     年  月  日 | [ ] 点滴（IVH・     ） | [ ] 浣腸・摘便 |
| 　 | ③      |     年  月  日 | [ ] 経管栄養（胃ろう･経鼻） |  |
| 症状 |       |  | [ ] 透析（人工・腹膜） | [ ] 酸素療法 |
| 痛み | [ ] 無　[ ] 有 |  | [ ] インスリン（     単位） | [ ] 気管切開 |
| 薬管理 | [ ] 本人　[ ] 家族　[ ] その他 | [ ] 人工呼吸 | [ ] 褥瘡等の処置 |
| 1. 担当ケアマネジャー
 | 内服薬 | ①      |       | [ ] 留置カテーテル | [ ] 吸引・吸入 |
| 所属      | 　 | ②      |       | [ ] 人工肛門 | [ ] 緩和ケア |
| 氏名      | 　 | ③      |       | [ ] その他（     ）　　 |
| 1. 病院・施設などの担当者
 | 　 | ④      |       | 身長：     体重：     **〇**BMI     **△**身体状況 ：     　麻痺：　[ ] 無　[ ] 有**×**歩行状況：     アルブミン値：      | 〇障害部位　△麻痺　×欠損部位これらマークを移動・コピー（正面）（背面） |
| 所属      |  | ⑤      |       |
| 氏名      | 感染症 | [ ] 無　・[ ] 有（     ） |
| 個 人 因 子 | 寝たきり度： | [ ] Ｊ1、[ ] Ｊ2、[ ] A1、[ ] A2、[ ] B1、[ ] B2、[ ] C1、[ ] C2 |
| 認知度： | [ ] 自立、[ ] Ⅰ、[ ] Ⅱa、[ ] Ⅱb、[ ] Ⅲa、[ ] Ⅲb、[ ] Ⅳ、[ ] Ｍ |
| 認知症周辺症状（含：原因が認知症以外の疾患、心理・行動症状） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被害的 | [ ] 無　[ ] ときどき　[ ] 有 | 落ち着きなし | [ ] 無　[ ] ときどき　[ ] 有 |
| 作話 | [ ] 無　[ ] ときどき　[ ] 有 | 一人で出たがる | [ ] 無　[ ] ときどき　[ ] 有 |
| 情緒が不安定 | [ ] 無　[ ] ときどき　[ ] 有 | 収集癖 | [ ] 無　[ ] ときどき　[ ] 有 |
| 昼夜が逆転 | [ ] 無　[ ] ときどき　[ ] 有 | 物や衣類を壊す | [ ] 無　[ ] ときどき　[ ] 有 |
| 同じ話をする | [ ] 無　[ ] ときどき　[ ] 有 | 独り言・一人笑い | [ ] 無　[ ] ときどき　[ ] 有 |
| 大声を出す | [ ] 無　[ ] ときどき　[ ] 有 | 自分勝手に行動する | [ ] 無　[ ] ときどき　[ ] 有 |
| 介護に抵抗 | [ ] 無　[ ] ときどき　[ ] 有 | 話がまとまらない | [ ] 無　[ ] ときどき　[ ] 有 |
| 日常生活への影響・介護の状況・課題等 |       |

 |
|  | 特別な状況：　[ ] 日中独居、[ ] 虐待、[ ] ターミナル、[ ] 成年後見、　[ ] その他具体的な状況：      |
|  | 生活歴　：      |
| 個 　人 　因 　子 | 趣味・好きな事・嫌いな事・信条・最近嬉しかった事・困った事　      |
| 本人の願い・希望　：      | 経済状況： |
| 終末期や緩和ケアへの思い （   年  月  日現在） ：      | 　年金　 | [ ] 厚生年金　[ ] 国民年金　[ ] 障害年金[ ] 生活保護（　　　　　　　）　[ ] 無 |
| 環　境　因　子 | 家族の願い・希望　：      | 家族構成図　　　（     ）　　　　　　　　（     ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　     　　　　　　     　　　　　　     男□　女〇　　☆　キーパーソン本人は二重　、死亡者は塗りつぶし同居者　　　　　　　　　　　　（ ）に年齢[ ] 独居　　[ ] 老人世帯 |
| 医療・介護・福祉等サービスの利用状況　：[ ] 訪問介護　[ ] 訪問入浴　[ ] 訪問看護　[ ] 訪問リハビリ[ ] 通所介護　[ ] 通所リハビリ　[ ] ショートステイ[ ] 在宅療養管理指導（医・歯･薬・栄・看）[ ] 福祉用具 （     ）　[ ] インフォーマルサービス （     ）[ ] その他 （     ） |
| 家族の介護力　：      |
| キーパーソン氏名（     本人との関係（　     　）連絡先：     住　所：     電　話：      | 　） |
| 社会的環境　：      |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 機　　　　　　能　　　（　活　　動　） |  | 現在の状況　（生活の中でしている） | 頑張れば出来る | 目　標 |
| 基本動作 | 寝返り | [ ] 自立 [ ] 見守り･一部介助 [ ] 全介助 |       |       |
| 起き上がり | [ ] 自立 [ ] 見守り･一部介助 [ ] 全介助 |
| 座位保持 | [ ] 自立 [ ] 見守り･一部介助 [ ] 全介助 |
| 立ち上がり | [ ] 自立 [ ] 見守り･一部介助 [ ] 全介助 |
| 歩行 |  | [ ] 自立　　 [ ]  つたい歩き　 [ ] 杖[ ] 歩行器　 [ ] 車いす　　　 [ ] その他 |       |       |
| 移乗 |  | [ ] 自立　[ ] 見守り･一部介助　 [ ] 全介助 |       |       |
| 食事 | 方法 | [ ] 経口　 [ ] 経管　 [ ] 中心静脈 |       |       |
| 内容 | [ ] 普通　 [ ] 刻み　 [ ] ペースト　 [ ] トロミ回数： [ ] 1回 [ ] 2回 [ ] 3回以上　[ ] 治療食（     ）  |
| 動作 | [ ] 自立　 [ ] 見守り･一部介助　 [ ] 全介助 |
| 水分摂取 | [ ] 自立　 [ ] 見守り･一部介助　 [ ] 全介助摂取量　1日（     　ｍｌ） |       |       |
| 排便･排尿 | 方法 | [ ] トイレ　 [ ] ポータブル　 [ ] 尿器　 [ ] おむつ[ ] カテーテル　 [ ] 布パンツ　 [ ] リハビリﾊﾟﾝﾂ |       |       |
| 排尿 | [ ] 自立 [ ] 見守り･一部介助 [ ] 全介助頻度：1日（     ）回 |
| 排便 | [ ] 自立 [ ] 見守り･一部介助 [ ] 全介助薬の服用： [ ] 有　[ ] 無　頻度: 1日（     ）回 |
| 失禁 | [ ] 有　 [ ] ときどき [ ] まれにあり [ ] 無 |
| 入浴 | 方法 | [ ] 一般浴　 [ ] シャワー　 [ ] 機械浴　 [ ] 清拭 |       |       |
| 動作 | [ ] 自立　 [ ] 見守り･一部介助　 [ ] 全介助 |
| 更衣･整容 |  | [ ] 自立　 [ ] 見守り･一部介助　 [ ] 全介助 |
| 皮膚の問題 | 褥瘡 | [ ] 無　 [ ] あり（部位：     ） |       |       |
| 程度 | [ ] 発赤　 [ ] びらん　 [ ] 潰瘍 |
| 口腔衛生 | 歯の本数：     　本　　義歯：　[ ] 無　 [ ] 有 |       |       |
| 動作 | [ ] 自立（歯磨き1日（     ）回）　 [ ] 見守り･一部介助　 [ ] 全介助 |
| 意志疎通・言語 | 意思の伝達 | [ ] 支障なし　 [ ] 支障あり |       |       |
| 他者を理解 | [ ] 支障なし　 [ ] 支障あり |
| 視力障害 | [ ] 無 [ ] 有 | 言語障害  | [ ] 無 [ ] 有 |
| 聴力障害 | [ ] 無 [ ] 有 | 補聴器  | [ ] 未使用 [ ] 使用 |
| 認知 | 短期記憶 | [ ] 支障なし　 [ ] 支障あり |       |       |
| 伝達能力 | [ ] 支障なし　 [ ] 支障あり |
| 理解力 | [ ] 支障なし　 [ ] 支障あり |
| 睡眠 | 状況 | [ ] 良眠　[ ] 不良　 [ ] せん妄（ [ ] 無 [ ] 有） |       |       |
| 睡眠薬等 | [ ] 無　 [ ] 時々使用　 [ ] 常用 |
| 調理 |  | [ ] 自立　 [ ] 見守り･一部介助 　 [ ] 全介助 |       |       |
| 掃除 |  | [ ] 自立　 [ ] 見守り･一部介助 　 [ ] 全介助 |       |       |
| 買い物 |  | [ ] 自立　 [ ] 見守り･一部介助 　 [ ] 全介助 |       |       |
| 金銭管理 |  | [ ] 自立　 [ ] 見守り･一部介助 　 [ ] 全介助 |       |       |
| 服薬状況 |  | [ ] 自立　 [ ] 見守り･一部介助 　 [ ] 全介助 |       |       |
| 参加加 | 状況（社会参加：家庭の役割を含む） |       |       |

**関連者の意見**

　本人・家族の同意書　[ ] 　有　[ ] 無

[ ] 記入時　[ ] 入院中　[ ] 退院直後　[ ] 療養中（     年）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ケアマネ** | **医療** | **介護** | **家族･介護者･地域関係者** |
| （ケアマネ、ソーシャルワーカーなど） | （医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、看護師、保健師、リハビリ関係者など） | （介護保険施設･事業所の従事者など） | （家族、介護者、民生委員、愛育委員、ボランティアなど） |
| 基本事項の記載（職種、記載日、意見など） | 基本事項の記載（職種、記載日、意見など） | 基本事項の記載（職種、記載日、意見など） | 基本事項の記載（職種、記載日、意見など） |
| 内容（状況変化、他職種の留意・依頼することなど）について |
| 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　      |
| 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　      |
| 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　      |
| 職種：     　氏名：     事業所：     tel：      | 記載日：平成  　年  月　  日　      |

**住居について**

|  |
| --- |
| **住居の形態：**[ ] 賃貸 [ ] １戸建て [ ] マンション(     )階 [ ] アパート(     )階　[ ] 施設（エレベータ:[ ] 無 [ ] 有) |
| ＜住居の見取り図＞これらのマークを移動・コピーして記載してください**A****B****C****D****E****F****G****▲****〇****△** |
| ※以下の項目を見取り図に入れてください。A：風呂B：トイレC：寝室（本人）D：寝室（介護者）E：台所F：玄関G：冷暖房（[ ] 無[ ] 有）△：段差▲：危険個所〇：手すり |  |  |
| ＜地域の図＞ |
| 住宅環境の状況 | 危険箇所 |       |
| 改修の必要性 | 　[ ] 有　　[ ] 無　　[ ] 済み　　改修されているところ（　     　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 特別な状況（虐待や終末期ケア等） |       |

**全体のまとめ**

|  |
| --- |
|       |

１　安全確保への対応の必要性　　　　　 [ ] 無　　　　[ ] 有

２　権利擁護に関する対応の必要性　　　[ ] 無　　　　[ ] 有

岡山プライマリ・ケア学会