|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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