

A-1 基本情報(私の基本情報シート)

事業者名 _____

記入日:20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 / 記入者 _____

これらの情報はご本人のためのものです。全てのシートは「利用者本位」を忘れずに、ご本人(私)を主語に、ご本人の視点でご記入ください。

フリガナ		男 女	要介護度	認知症の人の日常生活自立度	障害老人自立度	認知症関連の評価 (評価スケール: _____)
名 前		歳				
誕生日	明治 大正 昭和	年 月 日	家族や知人の連絡先(連絡しやすい手段を記入)			
住民票がある住所	〒 _____ _____	電話 _____ FAX _____	氏名		続柄	TEL/携帯番号/メール/FAX
			1			
			2			
			3			
認知症の診断名			診断を受けた医療機関		(いつ頃か 年 月)	
サービスを利用するまでの経過 (家族や周囲の人が認知症の状況に気づいてからの経過)						
年 月	様子	その時にあった事など(背景)				
	症状に気づいた時期、要介護認定を受けた時期、サービス開始時期など					
保険・障害者手帳						
介護保険		健康保険				
被保険者番号	_____	保険種類	_____			
保険者番号	_____	被保険者名	_____			
資格取得	年 月 日	被保険者との続柄	(_____)			
年金		公費負担医療	適用	有	無	
年金の種類	/ 月額 円	(_____)	障害者手帳	種	等	

A-2 基本情報(私の自立度経過シート) 名前

記入日:20 年 月 日 / 記入者

私の自立状態が保てるように、私の状態と変化の経過を把握してください。

左端の例を参考に次の記号で記入してください。要介護度、障害老人自立度、認知症の人の日常生活自立度、認知症関連の評価（ご利用スケール名を枠内に記入）

半年に1回はスケールで状態を把握してください。介護保険資格取得時の要介護認定およびサービス利用開始時の状態も記入しましょう。介護保険利用前のケースの場合も、わかる範囲で記入しましょう。

状態が変化した時に気づいた事があれば、下欄の「気づき」に記入しましょう。

要介護度	障害老人自立度	日認知症の人の生活自立度	例 評価年月日(その時点の記入者名)												認知症関連の評価 使用スケールに付ける ・N-ADL ・NMスケール ・DBD ・FAST ・HDS-R ・その他:		
			資格取得時 2002 4/12														
			佐藤														
要支援	J-1	I															
	J-2	a															
	1	A-1	b														
	2	A-2	a	●													
	3	B-1	b	■													
	4	B-2	IV	△													
	5	C-1	M														
	C-2																
気づき 状態を把握し、変化に影響した事柄や背景について気づいた点を記入しましょう。																	

A-3 基本情報(私の療養シート)

名前

記入日: 20 年 月 日 / 記入者

今の私の病気や、のんでいる薬などを知って、健康で安全に暮らせるように支援してください。
 (薬剤情報提供シートがある場合は、コピーをこのシートの裏に添付してください。)

かかり始めた年月日 病院・医院名 (連絡先)	医師	受診回数	通院方法 (所要時間)	私の病名	私がのんでいる薬の名前 (何の薬かも記入)	回数・量	医療機関から 気をつけるように いわれていること	私の願いや 支援してほしいこと
		月_回 週_回	徒歩、自家 用車など、 往診は「往」	高血圧や糖尿病は、 今の数値を記入しましょう。	薬剤名と使用目的 例: (血圧を下げる)		3回/日、各1錠又は、頓服、点眼等	水分を摂る、塩分を控えるなど
過去に治療を受けた病気(今の暮らしに配慮が必要な病気や感染症) 年 月 病名					今の暮らしの中で気をつけていること(アレルギーや禁忌なども記入) (便秘にならないように気をつけていることなど、私や家族が配慮している内容を具体的に記入しましょう。)			

A-4 基本情報(私の支援マップシート) 名前

記入日:20 年 月 日/記入者

私らしく暮らせるように支えてくれているなじみの人や物、動物、なじみの場所などを把握して、より良く暮らせるよう支援してください。

※家族は日常的にかかわりのある人を記入しましょう。
(家族、親族の全体像はB-1に記入)

※施設で暮らしていても私が関わっている人、会いに来てくれる人、
会いに行く人、私の支えとなっている物や場所も記入しましょう。

※記入者からみて連携がとれている人を線で結びましょう。

※誰からの情報を明確にしましょう。

●私が言ったこと、△家族が言ったこと、
○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア

私にとってなじみの場所は です。

私が行きたい場所は です。

私にとってなじみの人は です。

私が見たい人は です。

私が一番頼りにしている人は です。

私が支えたい人は です。



私の暮らしを支えてくれているサービスと、主となる担当者を教えてください。(例:デイサービス・田中)

第3表(週間サービス計画表)を基盤に、介護保険サービス以外でも定期的に支えてくれているサービスや人を記入しましょう。

時間	月	火	水	木	金	土	日	私の願いや 支援してほしいこと 私が言ったこと 家族が言ったこと ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								
必要時、利用している介護保険サービス				上記以外でふだん地域で受けている支援や内容 (民生委員、ボランティア、各種自治体サービスなど)				

B-1 暮らしの情報(私の家族シート) 名前

記入日:20 年 月 日 / 記入者

私を支えてくれている家族です。私の家族らの思いを聞いてください。

私の家族・親族 (旧姓:) 私がその人を呼ぶ時の呼称も書いてください。同居は囲んでください。



- 男性
- 女性
- 死亡
- * 主介護者(男)
- ⊛ 主介護者(女)
- △ 副介護者(男)
- 副介護者(女)
- = 婚姻関係

私を支えてくれている家族・親族

名前	続柄	年齢	役割と会える頻度	本人や介護に対する思い	受けているサービスへの要望	最期はこうして迎えさせたい	私の願いや支援してほしいこと 私が言ったこと 家族が言ったこと ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア

私の家族らの悩み・要望・願い(家族らの生活、介護、経済面、人間関係など)

名前	続柄	私の家族自身の、暮らしに関する悩み・要望・願い	私の願いや支援してほしいこと 私が言ったこと 家族が言ったこと ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア

成年後見制度の利用	有・無 (利用の緊急性 無・有)	地域福祉権利擁護事業の利用	有・無 (利用の緊急性 無・有)
-----------	------------------	---------------	------------------

B-2 暮らしの情報(私の生活史シート)

名前

記入日:20 年 月 日 / 記入者

私はこんな暮らしをしてきました。暮らしの歴史の中から、私が安心して生き生きと暮らす手がかりを見つけてください。

わかる範囲で住み変わってきた経過(現在 過去)を書きましょう。認知症になった頃に点線(……)を引いてください。

私の生活歴(必要に応じて別紙に記入してください)														
年月	歳	暮らしの場所 (地名、誰の家か、病院や施設名など)	一緒に暮らしていた主な人	私の 呼ばれ方	その頃の暮らし・出来事	私の願いや 支援してほしいこと 私が言ったこと 家族が言ったこと ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア								
現在														
私がしてきた仕事や得意な事など				1日の過ごし方										
				<table border="0"> <tr> <td>長年なじんだ過ごし方</td> <td>現在の過ごし方</td> </tr> <tr> <td>(いつ頃</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td>時間</td> <td>時間</td> </tr> <tr> <td>4時</td> <td>4時</td> </tr> </table>			長年なじんだ過ごし方	現在の過ごし方	(いつ頃)	時間	時間	4時	4時
長年なじんだ過ごし方	現在の過ごし方													
(いつ頃)													
時間	時間													
4時	4時													
私の好む話、好まない話														

B-3 暮らしの情報(私の暮らし方シート) 名前

記入日:20 年 月 日 / 記入者

私なりに築いてきたなじみの暮らし方があります。なじみの暮らしを継続できるように支援してください。

暮らしの様子	私が長年なじんだ習慣や好み	私の現在の状態・状況	私の願いや 支援してほしいこと 私が言ったこと 家族が言ったこと ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア
毎日の習慣となっていること			
食事の習慣			
飲酒・喫煙の習慣			
排泄の習慣・トイレ様式			
お風呂・みだしなみ (湯の温度、歯磨き、ひげそり、 髪をとかすなど)			
おしゃれ・色の好み・履き物			
好きな音楽・テレビ・ラジオ			
家事 (洗濯、掃除、買い物、料理、 食事のしたく)			
興味・関心・遊びなど			
なじみのものや道具			
得意な事/苦手な事			
性格・特徴など			
信仰について			
私の健康法 (例:乾布摩擦など)			
その他			

◎私が落ち着いて、私らしく暮らせるように環境を整えてください。

※私にとって課題のある項目に✓を付け、必要に応じて空欄に具体的な状況を書いてください。

<p>1. 私が緊張せずにいられる場所ですか <input type="checkbox"/> 不安や不快な音がありませんか <input type="checkbox"/> 不快なおいはありませんか <input type="checkbox"/> 落ち着かない色はありませんか <input type="checkbox"/> 刺激の強い光はありませんか(特に夕方から夜間) <input type="checkbox"/> 不安になる場所はありますか(寝室、廊下、トイレなど) <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>2. 私が安心して居られる場所が確保されていますか <input type="checkbox"/> 食事をする場所や席は安心できる場所ですか <input type="checkbox"/> 寝る場所は安心できる場所ですか <input type="checkbox"/> 寝るときの明るさは私が安心して眠れる明るさですか <input type="checkbox"/> ベッドや布団・枕の位置は私にあってますか <input type="checkbox"/> 私にとってなじみの家具がありますか <input type="checkbox"/> 安心して過ごせる好みの場所がありますか <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>3. 私が心地よく過ごせる環境が用意されていますか <input type="checkbox"/> 居室の明るさと温度は適切ですか <input type="checkbox"/> 色彩、音、香りは私にとって心地よいですか <input type="checkbox"/> 飲食物の食材や温度はなじみのものとなっていますか <input type="checkbox"/> 触れて心地よいクッション、抱けるものがありますか <input type="checkbox"/> 木や自然の素材がありますか <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>4. 私の暮らしに必要な場所がわかる工夫がされていますか <input type="checkbox"/> 居室・寝床がわかる工夫がありますか <input type="checkbox"/> 居間がわかる工夫がありますか <input type="checkbox"/> トイレがわかる工夫がありますか <input type="checkbox"/> 浴室がわかる工夫がありますか <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>5. 私が過ごしている時や支えてくれている人をわかる工夫がされていますか <input type="checkbox"/> 私がわかる時計がありますか <input type="checkbox"/> 私がわかる暦・カレンダーがありますか <input type="checkbox"/> 季節の行事やならわしに関する物がありますか <input type="checkbox"/> 季節を感じられる自然のもの(花、食べ物、外の風景)がありますか <input type="checkbox"/> 支えになっている人の写真がありますか <input type="checkbox"/> なじみの人がわかるサイン(服装・名札など)がありますか <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>6. 私の持っている力が出せる場がありますか <input type="checkbox"/> 炊事の場 <input type="checkbox"/> 自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか <input type="checkbox"/> 掃除の場 <input type="checkbox"/> 自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか <input type="checkbox"/> 洗濯の場 <input type="checkbox"/> 自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか <input type="checkbox"/> 使い慣れた身だしなみの道具はそろっていますか <input type="checkbox"/> 趣味(縫い物、編み物、大工仕事など)を楽しめる道具がそろっていますか <input type="checkbox"/> 長年やってきた仕事道具(培った能力)がそろっていますか <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>7. 私が自然や地域と関われる場が確保されていますか <input type="checkbox"/> 住まいの周囲に自然や地域と関われる場所が確保されていますか <input type="checkbox"/> 散歩道に自然や地域と関われる場所が確保されていますか <input type="checkbox"/> 買い物に行けるお店が確保されていますか <input type="checkbox"/> 私が行きたい場所が確保されていますか <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>8. 室内にいても自然と触れ合える場づくりがされていますか <input type="checkbox"/> 自然光はありますか <input type="checkbox"/> 風とおしはよいですか <input type="checkbox"/> 植物と触れあう場を作っていますか <input type="checkbox"/> 動物と触れあう場を作っていますか</p> <p>9. 私を取り戻せる場の工夫がされていますか <input type="checkbox"/> 私の昔の写真、家族の写真、思い出の品物、私の好むもの(洋服や化粧、アクセサリー、時計、音楽など)をそばに置いていますか <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>10. 人とかかわりの場が確保されていますか <input type="checkbox"/> 家族とかかわりの場が確保されていますか <input type="checkbox"/> 近所とかかわりの場が確保されていますか <input type="checkbox"/> 町の人とかかわりの場が確保されていますか <input type="checkbox"/> 子供たちとのふれ合いの場が確保されていますか <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>11. 私のいつもの居場所を知ってくれていますか <input type="checkbox"/> 私のいつもの居場所を知っていますか <input type="checkbox"/> 近所の人は私が好む場所を知ってくれていますか <input type="checkbox"/> 私の行きそうな場所を知っていますか <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>12. 私が危険な状況にならないように工夫がされていますか <誤嚥の予防> <input type="checkbox"/> 私にあった食事(形、硬さ、量)が工夫されていますか <input type="checkbox"/> 食事の姿勢が保てるイスや物品が工夫されていますか <input type="checkbox"/> その他: <転倒・転落の予防> 床の状態 <input type="checkbox"/> 滑りやすいものはないですか(水こぼれ、玄関マット) <input type="checkbox"/> 歩行の障害になる物がないですか <input type="checkbox"/> 段差は適切ですか <input type="checkbox"/> 絨毯などのひっかかりやすい素材がありませんか <input type="checkbox"/> その他: 衣類の状態 <input type="checkbox"/> 靴下やスリッパは私にあってますか <input type="checkbox"/> その他: ベッド等の状態 <input type="checkbox"/> 私にとってベッド、布団のどちらが適切かを見極めていますか <input type="checkbox"/> 高さ、広さ、ベッド柵は適切ですか <input type="checkbox"/> その他: イス <input type="checkbox"/> 高さや安定感は適切ですか <input type="checkbox"/> その他: 車いす <input type="checkbox"/> 移動具としてのみ使っていますか <input type="checkbox"/> ストッパー、フットレストは安全に使っていますか <input type="checkbox"/> 座り方は安定していますか <input type="checkbox"/> その他: <感染の予防> <input type="checkbox"/> 手をすぐに洗える場や用意がありますか <input type="checkbox"/> 腐ったものはありませんか <input type="checkbox"/> カビなどはありませんか <input type="checkbox"/> ホコリがたまっていませんか <input type="checkbox"/> 害虫等が繁殖していませんか <input type="checkbox"/> その他: </p>	<p>私の願いや支援してほしいこと</p> <p>●私が言ったこと △家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア</p>
---	---

C-1-1 心身の情報(私の心と身体の全体的な関連シート)

◎私が今、何に苦しんでいるのかを気づいて支援してください。

※私の苦しみの最も引き金となっている項目を見つけるために、課題になっている項目に✓を付け、関連がある項目を線で結んでください。

身長	cm	体重	kg	栄養状態	食事の形態	主食: 副食:	飲水量	cc/日	
私の体調		状態			私の口の中		状態		
<input type="checkbox"/>	食欲がない				<input type="checkbox"/>	入れ歯が合わず痛みや不具合がある			
<input type="checkbox"/>	眠れない				<input type="checkbox"/>	歯ぐきがはれている			
<input type="checkbox"/>	起きれない				<input type="checkbox"/>	口内炎ができています			
<input type="checkbox"/>	痛みがある				<input type="checkbox"/>	舌が白くなっている			
<input type="checkbox"/>	便秘している				<input type="checkbox"/>	口の中が汚れている			
<input type="checkbox"/>	下痢している				<input type="checkbox"/>	口の中が乾燥している			
<input type="checkbox"/>	熱がある				<input type="checkbox"/>	唇が乾燥している			
<input type="checkbox"/>	手足が冷えている				<input type="checkbox"/>	飲み込みが悪い、むせる			
<input type="checkbox"/>	その他				<input type="checkbox"/>	その他			
私の症状		状態			私の皮膚の状態		状態		
<input type="checkbox"/>	被害妄想がある				<input type="checkbox"/>	乾燥している			
<input type="checkbox"/>	暴言をいう				<input type="checkbox"/>	かゆみがある			
<input type="checkbox"/>	暴力をふるう				<input type="checkbox"/>	湿疹ができています			
<input type="checkbox"/>	落ち着きがない				<input type="checkbox"/>	傷がある			
<input type="checkbox"/>	作り話をする				<input type="checkbox"/>	はれている			
<input type="checkbox"/>	同じ話を何度もする				<input type="checkbox"/>	赤くなっている			
<input type="checkbox"/>	外出したら戻れない				<input type="checkbox"/>	タコができています			
<input type="checkbox"/>	幻視				<input type="checkbox"/>	魚の目ができています			
<input type="checkbox"/>	幻聴				<input type="checkbox"/>	水虫ができています			
<input type="checkbox"/>	大声を出す				<input type="checkbox"/>	床ずれがある			
<input type="checkbox"/>	一人で出たがる				<input type="checkbox"/>	その他			
<input type="checkbox"/>	感情が不安定になる				コミュニケーション		状態		
<input type="checkbox"/>	介護に抵抗する				<input type="checkbox"/>	表情がうつろ、堅い、乏しい			
<input type="checkbox"/>	物を集めて回る				<input type="checkbox"/>	目に光がない			
<input type="checkbox"/>	昼夜が逆転している				<input type="checkbox"/>	見えにくい			
<input type="checkbox"/>	歩き回る(徘徊)				<input type="checkbox"/>	聞こえにくい			
<input type="checkbox"/>	火の後始末ができない				<input type="checkbox"/>	意思を伝えにくい			
<input type="checkbox"/>	排泄物をさわる				<input type="checkbox"/>	感情を表現できにくい			
<input type="checkbox"/>	異食する				<input type="checkbox"/>	相手のいうことが理解できない			
<input type="checkbox"/>	物や衣類を壊す								
<input type="checkbox"/>	性的なトラブルを起こす								
<input type="checkbox"/>	無関心な状態にいる								
<input type="checkbox"/>	その他								

※記入欄が足りない場合はコピーして裏につけてください。

C-1-2 心身の情報(私の姿と気持ちシート)

名前

記入日:20 年 月 日/記入者

◎私の今の姿と気持ちを書いてください。

※まん中の空白部分に私のありのままの姿を書いてみてください。もう一度私の姿をよく思い起こし、場合によっては私の様子や表情をよく見てください。左側のように、様々な身体の問題を抱えながら、私がどんな気持ちで暮らしているのかを吹き出しに書き込んでください。

(次の記号を冒頭に付けて誰からの情報を明確にしましょう。●私が言ったこと、△家族が言ったこと、○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア)

私の不安や苦痛、悲しみは…

私の介護への願いや要望は…

私が受けている医療への願いや要望は…

私の姿です

私が嬉しいこと、楽しいこと、快と感じることは…

私がやりたいことや願い・要望は…

私のターミナルや死後についての願いや要望は…

D-1 焦点情報(私ができること・私ができないことシート) 名前 _____ 記入日:20 年 月 日/記入者 _____

◎私ができそうなことを見つけて、機会を作って力を引き出してください。

◎できる可能性があることは、私ができるように支援してください。もうできなくなったことは、無理にさせたり放置せずに、代行したり、安全・健康のための管理をしっかり行ってください。

※今、私がしている、していないを把握するだけでなく、できる可能性があるか、もうできないのかを見極めて、該当する欄に✓を付けましょう。

※漠然とした動作のチェックではなく、24時間の暮らしのどの場面(時間や朝、昼、夕、夜など)かを状況に応じて具体的に記入しましょう。

暮らしの場面	私がしていること		私がしていないこと		私の具体的な言動や場面	できるために必要な支援、できないことへの代行、安全や健康のための管理	私ができるように支援してほしいこと ●私が言ったこと △家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア
	常時している(自立)	場合によってしている	場合によっては出来そう	もうできない			
起きる							
移動・移乗							
寝床の片づけなど							
整容 (洗顔や整髪など)							
着替え (寝まき⇄洋服)							
食事準備 (献立づくり・調理・配膳等)							
食事							
食事の片付け							
服薬							
排泄							
掃除・ゴミ出し							
洗濯 (洗い→たたみ)							
買い物 (支払いも含む)							
金銭管理 (貯金の管理、手持ち現金の管理、通帳の管理・出し入れ、計画的に使えるか)							
諸手続き (書類の記入・保管・提出等)							
電話をかける・受ける							
入浴の準備							
入浴時の着脱							
入浴							
寝る前の準備 (歯磨、寝床の準備)							
就寝							
人への気づかい							
その他							

D-2 焦点情報(私がわかること・私がわからないことシート) 名前 _____ 記入日:20 年 月 日 / 記入者 _____

◎私がわかる可能性があることを見つけて機会をつくり、力を引き出してください。

◎私がわかる可能性があることを見つけて支援してください。もうわからなくなったことは放置しないで、代行したり、安全や健康のための管理をしっかりと行ってください。

※外見上のわかること、わからないことを把握するだけでなく、わかる可能性があるのか、もうわからないことかを見極めて、該当する欄に✓を付けましょう。

※漠然とした動作のチェックではなく、24時間の暮らしのどの場面(時間や朝、昼、夕、夜など)かを状況に応じて具体的に記入しましょう。

暮らしの場面	私がわかること		私がわからないこと		私の具体的な言動や場面	わかるために必要な支援、わからないことへの代行、安全や健康のための管理	私がわかるように支援してほしいこと ●私が言ったこと △家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア
	常時わかる	場合によってはわかること	場合によってはわかる可能性がある	わからない			
会話の理解							
私の意思やしたいことを伝える							
毎日を暮らすための意思決定 (服を選んだり、やりたいことを決める)							
時間がわかる							
場所がわかる							
家族や知人がわかる							
直前の記憶							
最近の記憶 (1～2週間程度の記憶)							
昔の記憶							
文字の理解 (ことば、文字)							
その他							

D-3 焦点情報(生活リズム・パターンシート)

名前

記入日:20 年 月 日 / 記入者

私の生活リズムをつかんでください。私の自然なリズムが、最大限保たれるように支援してください。
水分や排泄や睡眠などを、介護する側の都合で、一律のパターンを強いないでください。

生活リズムがとらえられていない場合、リズムやパターンをとらえるために必要な日数を関係者で協働して記入しましょう。

水分、排泄、睡眠、活動、ヒヤリ・ハット(転倒、転落、誤嚥、誤飲、誤薬など)などを必要に応じて記入しましょう。(ヒヤリ・ハットがあった場合は赤字で記入)

本人の状態に影響を与えている内容(会いに来てくれた人など)は、必要に応じて「他」の欄に記入しましょう。

排泄関連の記号

同じ記号で関係者が記入し、情報を共有、伝達しましょう。

【状況】	尿便	【使用した物】
自立	○●	オムツ…オ
誘導して出た	△▲	パッド…パ
誘導して出ない	□■	下剤…下
失禁	+×	浣腸…浣
		摘便…摘

日 時間	日付 / /			水分 排泄 睡眠活動ヒヤリ・ハット他			水分 排泄 睡眠活動ヒヤリ・ハット他			水分 排泄 睡眠活動ヒヤリ・ハット他			水分 排泄 睡眠活動ヒヤリ・ハット他			水分 排泄 睡眠活動ヒヤリ・ハット他			私の願いや支援してほしいこと 私が言ったこと 家族が言ったこと ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア			
	水分	排泄	睡眠活動ヒヤリ・ハット他	水分	排泄	睡眠活動ヒヤリ・ハット他	水分	排泄	睡眠活動ヒヤリ・ハット他	水分	排泄	睡眠活動ヒヤリ・ハット他	水分	排泄	睡眠活動ヒヤリ・ハット他	水分	排泄	睡眠活動ヒヤリ・ハット他				
4																						
6																						
8																						
10																						
12																						
14																						
16																						
18																						
20																						
22																						
0																						
2																						
4																						
計																						
気づいたこと																						

D-4 焦点情報(24時間生活変化シート)

名前

記入日:20 年 月 日 / 記入者

私の今日の気分の変化です。24時間の変化に何が影響を与えていたのかを把握して、予防的に関わるタイミングや内容を見つけてください。

私の気分が「非常によい」から「非常に悪い」までの、どのあたりにあるか、時間を追って点を付けて線で結んでください。

その時の私の様子や、どんな場面なのか、ありのままを具体的に記入してください。

数日記入して、パターンを発見したり、気分を左右する要因を見つけてください。

時間	気分							その時の具体的な様子や場面	影響を与えていると考えられる事	私の願いや、支援してほしいこと 私が言ったこと 家族が言ったこと ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア	記入者
	非常に悪い	悪い	悪い兆し	どちらでもない	よい兆し	よい	非常によい				
	-3	-2	-1	0	1	2	3				
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
1											
2											
3											

D-5 焦点情報(私の求めるかわり方シート)

名前

記入日:20 年 月 日 / 記入者

私に対するかわり方のまなざしや態度を点検してみましょう。

月日	かかっている人の点検項目	場面	状況	私の願いや 支援してほしいこと 私が言ったこと 家族が言ったこと ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントアイデア	記入者
	あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか				
	あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか				
	あなたは、私が話しを通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか				
	あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか				
	あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか				
	あなたは、私が話しを通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか				
	あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか				
	あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか				
	あなたは、私が話しを通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか				
	あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか				
	あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか				
	あなたは、私が話しを通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか				
	あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか				
	あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか				
	あなたは、私が話しを通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか				

E 24時間アセスメントまとめシート(ケアプラン導入シート) このシートを活かして介護計画表に、利用者本位の介護計画を展開しましょう！

名前 _____ 記入日:20 年 月 日 / 記入者 _____

今の私の暮らしの中で課題になっていることを整理して、私らしく暮らせるための工夫を考えてください。

A～Dシートで把握してきた「私の願いや支援してほしいこと」から、今の暮らしで主に課題になっていることを選び、1日の流れにそって記入しましょう。(誰からの情報を明確にしましょう。「私」、「家族」、「ケア者」を冒頭に入れて記入しましょう。)

介護者側が利用者本位の視点で判断した課題も書き込みましょう。

ケアを行う上で注目してほしい行動や状態を整理し、原因や背景を考えてください。そして、より良く暮らせるための工夫を考えてください。

その人らしさを守るために、5つの視点やそれを実践する視点を大切に記入しましょう。「私らしいあり方」、「私の安心・快」、「私の力の発揮」、「私にとっての安全と健やかさ」、「なじみの暮らしの継続」

	私の願いや支援してほしいこと(より良く暮らすための課題) ケア者が利用者本位の視点で判断した課題も書き込みましょう。	私の注目してほしい行動 / 状態	原因・背景	私がよりよく暮らせるためのケアのアイデアと工夫
4 — 6 — 8 — 10 — 12 — 14 — 16 — 18 — 20 — 22 — 0 — 2 —				
2 4 ケ ア プ ラ ン に 該 当 に 活 か し な い 点 で、				