

# 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 \_\_\_\_\_

◎私の基本情報とサービス利用までの経過をみんなで共有してください。

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	要介護度	認知症の人の日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	認知症関連の評価 (スケール名: _____)
名前		歳				
誕生日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	家族や知人の連絡先(連絡が付きやすい手段を記入)			
住民票がある住所	〒 _____		本人との続柄・関係	氏名	TEL/携帯/メール/FAX	
			1			
			2			
			3			
電話 _____ FAX _____						
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					
○介護保険 被保険者番号 _____ 保険者番号 _____ 資格取得 ____年 ____月 ____日			○健康保険 保険の種類 _____ 被保険者名 _____ 被保険者との続柄 ( _____ )			
○経済状態(年金の種類等) 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護 その他( _____ ) 月額 _____ 円			○公費負担医療 適用 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ( _____ )障害者手帳 種 _____ 等			
			○就労状態( _____ )			

## 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記録し、共有してください。

※例を参考に次の記号で記入しよう。

■要介護度、●障害高齢者の日常生活自立度、△認知症の人の日常生活自立度、その他利用したスケール名も記入しよう。

※特に変化がない場合でも、3か月に一度程度は状態を確認して記録しよう。

※サービス利用開始時の状態も、わかる範囲で記入しておこう。

要介護度 ■	障害高齢者の日常生活自立度 ●	認知症の人の日常生活自立度 △	記入年月日														
			(例) 2013年 2月10日														
なし	J-1	I	■ なし	● J1													
1	J-2	II a	△ II a														
2	A-1	II b															
1	A-2	III a															
2	B-1	III b															
3	B-2	IV															
4	C-1	M															
5	C-2																
その他の認知症関連スケール ( )の点数																	
出来事・気づいたこと(誰からの情報かも記入しておこう。)			介と散(家族)が歩の帰りに道に迷うようになった。同じものを何度も買ってくる。介護保険申請。														
記入者			ケアマネ 佐藤														

### 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把握し、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  高血圧や糖尿病は、 今の数値を記入しよう。	私がのんでいる薬の名前 (何の薬かも記入)		医療機関から 気をつけるように いわれていること  水分をとる、塩分を 控えるなど	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 ○支援者が気づいたこと、 支援のヒントやアイデア
		回数・量	月_回 週_回		歩、自家 用車など、 往診は「往」	回数・量		
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)					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)			
年 月		病 名			※便秘しないため、足が弱らないためなど、本人や家族が気をつけていることを具体的に記入しよう。			

※支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない。



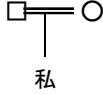
B-1 暮らしの情報(私の家族シート)

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、家族と私がよりよく暮せるよう支えて下さい。

私の家族・親族 (旧姓: ) ※本人がその人を呼ぶ時の呼び名(呼称)も書いておこう。同居は囲もう。  
 ※新たにわかったことも書き加えていこう。



私

□ 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・親族らの本人についての思い・要望							
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 ○支援者が気づいたこと、支援のヒントやアイデア

私の家族・親族らの悩み・要望・願い(家族・親族らの生活、介護、経済面、人間関係など)				
名前	続柄	私の家族・親族自身の、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 ○支援者が気づいたこと、支援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)

※支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない。

## 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。

私の生活歴(必要に応じて別紙に記入してください。)

※住み変わってきた経過(現在→過去)をわかる範囲で記入しておこう。認知症になった頃に点線(……)を引いておこう。

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 ○支援者が気づいたこと、 支援のヒントやアイデア
現在					
<p>一日の過ごし方(私にとってのいい過ごし方を見つけてください。)</p> <p>長年なじんだ過ごし方(いつ頃) 現在の過ごし方</p> <p>時間 4時 時間 4時</p>					
私の好きなこと、好まないこと			私がしてきた仕事や得意なことなど		

支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない。

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。私が大事にしたいなじみの暮らし方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 ○支援者が気づいたこと、 支援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)			
仕事 (生活の糧として、 社会的な役割として)			
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			

※支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない

B-4 暮らしの情報(私の生活環境シート)

名前

記入日:20 年 月 日/記入者

◎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。

※本人がよりよく暮らすために、今の暮らしの中で課題になっている項目に✓を付け、その項目番号(1~83)と具体的な状況を右欄に記入しておこう。

<p><b>1. 私が緊張せずにいられる場所ですか</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> 不安や不快な音がありませんか</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 不快なおいはありませんか</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 落ち着かない色はありませんか</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 刺激の強い光はありませんか(特に夕方から夜間)</p> <p>5 <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)</p> <p>6 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p><b>2. 私が安心して居られる場所が確保されていますか</b></p> <p>7 <input type="checkbox"/> 食事をする場所や席は安心できる場所ですか</p> <p>8 <input type="checkbox"/> 寝る場所は安心できる場所ですか</p> <p>9 <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</p> <p># <input type="checkbox"/> ベッドや布団・枕の位置は私にありますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 私にとってなじみの家具がありますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 安心して過ごせる好みの場所がありますか</p> <p># <input type="checkbox"/> その他:</p> <p><b>3. 私が心地よく過ごせる環境が用意されていますか</b></p> <p># <input type="checkbox"/> 居室の明るさと温度は適切ですか</p> <p># <input type="checkbox"/> 色彩、音、香りは私にとって心地よいですか</p> <p># <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</p> <p># <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</p> <p># <input type="checkbox"/> 木や自然の素材がありますか</p> <p># <input type="checkbox"/> その他:</p> <p><b>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</b></p> <p># <input type="checkbox"/> 居室・寝床がわかる工夫がありますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 居間がわかる工夫がありますか</p> <p># <input type="checkbox"/> トイレがわかる工夫がありますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 浴室がわかる工夫がありますか</p> <p># <input type="checkbox"/> その他:</p> <p><b>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</b></p> <p># <input type="checkbox"/> 私がわかる時計がありますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 私がわかる暦・カレンダーがありますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 季節の行事やならわしに関する物がありますか</p> <p># <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</p> <p># <input type="checkbox"/> 支えになっている人の写真がありますか</p> <p># <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</p> <p># <input type="checkbox"/> その他:</p> <p><b>6. 私の持っている力が出せる場がありますか</b></p> <p># <input type="checkbox"/> 炊事の間</p> <p>・自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 掃除の間</p> <p>・自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 洗濯の間</p> <p>・自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか</p> <p># <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</p> <p># <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</p> <p># <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</p> <p># <input type="checkbox"/> その他:</p> <p><b>7. 私が自然や地域と関われる場が確保されていますか</b></p> <p># <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</p> <p># <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</p> <p># <input type="checkbox"/> 買い物に行けるお店が確保されていますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 私が行きたい場所が確保されていますか</p> <p># <input type="checkbox"/> その他:</p>	<p><b>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</b></p> <p># <input type="checkbox"/> 自然光はありますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 風とおしはよいですか</p> <p># <input type="checkbox"/> 植物と触れあう場を作っていますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 動物と触れあう場を作っていますか</p> <p><b>9. 私を取り戻せる場の工夫がされていますか</b></p> <p># <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</p> <p># <input type="checkbox"/> その他:</p> <p><b>10. 人とかかわりの場が確保されていますか</b></p> <p># <input type="checkbox"/> 家族とかかわりの場が確保されていますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 近所とかかわりの場が確保されていますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 町の人とかかわりの場が確保されていますか</p> <p># <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</p> <p># <input type="checkbox"/> その他:</p> <p><b>11. 私のいつもの居場所を知ってくれていますか</b></p> <p># <input type="checkbox"/> 私のいつもの居場所を知っていますか</p> <p># <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</p> <p># <input type="checkbox"/> 私の行きそうな場所を知っていますか</p> <p># <input type="checkbox"/> その他:</p> <p><b>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</b></p> <p>&lt;誤嚥の予防&gt;</p> <p># <input type="checkbox"/> 私にあった食事(形、硬さ、量)が工夫されていますか</p> <p># <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</p> <p>61 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>&lt;転倒・転落の予防&gt;</p> <p>*床の状態</p> <p># <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)</p> <p># <input type="checkbox"/> 歩行の障害になる物がありませんか</p> <p># <input type="checkbox"/> 段差は適切ですか</p> <p># <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</p> <p># <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>*衣類の状態</p> <p># <input type="checkbox"/> 靴下やスリッパは私にありますか</p> <p># <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>*ベッド等の状態</p> <p># <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</p> <p># <input type="checkbox"/> 高さ、広さ、ベッド柵は適切ですか</p> <p># <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>*イス</p> <p># <input type="checkbox"/> 高さや安定感は適切ですか</p> <p># <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>*車いす</p> <p># <input type="checkbox"/> 移動具としてのみ使っていますか</p> <p># <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</p> <p># <input type="checkbox"/> 座り方は安定していますか</p> <p># <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>&lt;感染の予防&gt;</p> <p># <input type="checkbox"/> 手をすぐに洗える場や用意がありますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 腐ったものはありませんか</p> <p># <input type="checkbox"/> カビなどはありませんか</p> <p># <input type="checkbox"/> ホコリがたまっていますか</p> <p># <input type="checkbox"/> 害虫等が繁殖していませんか</p> <p># <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 ○支援者が気づいたこと、 支援のヒントやアイデア</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

※支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない。



## 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。

※\*本人が苦痛になっていることがないか、心身状態をよくみて、該当する項目に✓を付けよう。

身長	cm	体重	kg	栄養状態:	食事の形態:	主食:	飲水量	cc/日
						副食:		

1. 私の体調	状態
1 <input type="checkbox"/> 食欲がない	
2 <input type="checkbox"/> 眠れない	
3 <input type="checkbox"/> 起きれない	
4 <input type="checkbox"/> 痛みがある	
5 <input type="checkbox"/> 便秘している	
6 <input type="checkbox"/> 下痢している	
7 <input type="checkbox"/> 熱がある	
8 <input type="checkbox"/> 手足が冷えている	
9 <input type="checkbox"/> その他	

3. 私の口の中	状態
31 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わず痛みや不具合がある	
32 <input type="checkbox"/> 歯ぐきははれている	
33 <input type="checkbox"/> 口内炎ができています	
34 <input type="checkbox"/> 舌が白くなっている	
35 <input type="checkbox"/> 口の中が汚れている	
36 <input type="checkbox"/> 口の中が乾燥している	
37 <input type="checkbox"/> 唇が乾燥している	
38 <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い、むせる	
39 <input type="checkbox"/> その他	

2. 私の行動心理的な状態	状態
10 <input type="checkbox"/> 盗られたなど被害にあっていると 言う	
11 <input type="checkbox"/> 状況に合わない話をする	
12 <input type="checkbox"/> (ないものが)見える、聴こえる	
13 <input type="checkbox"/> 気持ちが不安定	
14 <input type="checkbox"/> 夜眠らない	
15 <input type="checkbox"/> 荒々しい言い方やふるまいをする	
16 <input type="checkbox"/> 何度も同じ話をする	
17 <input type="checkbox"/> (周囲に不快な)音を立てる	
18 <input type="checkbox"/> 大きな声を出す	
19 <input type="checkbox"/> 声かけや介護を拒む	
20 <input type="checkbox"/> 落ち着かない	
21 <input type="checkbox"/> 歩き続ける	
22 <input type="checkbox"/> 家に帰るなどの言動を繰り返す	
23 <input type="checkbox"/> (一人では危険だが)外に出ようとする	
24 <input type="checkbox"/> 外出すると一人で戻れない	
25 <input type="checkbox"/> いろいろな物を集める	
26 <input type="checkbox"/> 火を安全に使えない	
27 <input type="checkbox"/> 物や衣類を傷めてしまう	
28 <input type="checkbox"/> 排泄物とわからず触ってしまう	
29 <input type="checkbox"/> 食べられない物を口に入れる	
30 <input type="checkbox"/> その他	

4. 私の皮膚の状態	状態
40 <input type="checkbox"/> 乾燥している	
41 <input type="checkbox"/> かゆみがある	
42 <input type="checkbox"/> 湿疹ができています	
43 <input type="checkbox"/> 傷がある	
44 <input type="checkbox"/> はれている	
45 <input type="checkbox"/> 赤くなっている	
46 <input type="checkbox"/> タコができています	
47 <input type="checkbox"/> 魚の目ができています	
48 <input type="checkbox"/> 水虫ができています	
49 <input type="checkbox"/> 床ずれがある	
50 <input type="checkbox"/> その他	

5. 私のコミュニケーションの状態	状態
51 <input type="checkbox"/> 表情がうつろ、堅い、乏しい	
52 <input type="checkbox"/> 目に光がない	
53 <input type="checkbox"/> 見えにくい	
54 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい	
55 <input type="checkbox"/> 意思を伝えにくい	
56 <input type="checkbox"/> 感情を表現できにくい	
57 <input type="checkbox"/> 相手のいうことが理解できない	

※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。

※本人のふだんの姿をよく思い出して、まん中に本人の姿を描いてみよう。いつも身につけているものや身近にあるものなども書いておこう。

※本人の言葉や声を思い出しながら、ありのままを●を文頭につけて記入しよう。家族が言ったことは△をつけて記入しよう。

※一つひとつの●(本人の言葉や表情)について「本人がどう思っているのか」を考えてみて、気づいたことや支援のヒントやアイデアを、文頭に○をつけて記入しよう。

※C-1-1のような身体の苦痛を抱えながら、どんな気持ちで暮らしているのか考えてみよう。

### 私の姿です

私の不安や苦痛、悲しみは…

私が嬉しいこと、楽しいこと、快と感じることは…

私へのかかり方や支援についての  
願いや要望は…

私がやりたいことや願い・要望は…

医療についての私の願いや要望は…

ターミナルや死後についての私の願いや要望は…

※支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない。

# 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・健康のための支援をしっかりと行ってください。

※今、している・していないを把握するだけではなく、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✓を付けよう。

※単に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、どんな状況を具体的に記入しよう。

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支援	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 ○支援者が気づいたこと、支援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	場合によってはできそう	もうできない			
	できる(可能性)						
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							

※支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない。

D-2 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。

◎私ができ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支援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✓を付けよう。

※単に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、その時どんな状況なのかを具体的に記入しよう。

暮らしの場面	私ができること		私ができないこと		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支援	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 ○支援者が気づいたこと、支援のヒントやアイデア
	常時わかる	場合によってはわかる	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							

支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない。

### 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、支援する側の都合で一律のパターンを強いないでください。

※生活リズムやパターンをとらえるために、必要な日数を関係者間で協力して記入しよう。

※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よう。

・睡眠の時間をラインマーカーで記入してパターンを見つけよう。

・ヒヤリ・ハットがあった場合は赤字で記入しよう。

※本人の状態に影響を与えていると思われることを「気づいたこと」欄に記入しよう。

※ 排泄関連の記号  
同じ記号で記入し、情報を共有、  
伝達しよう。

【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
誘導しが出な	□	■	下剤 … 下
い	+	×	浣腸 … 浣
失禁			摘便 … 摘

日 時間	日付															私の願いや支援してほしいこと				
	/			/			/			/			/				/			
	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																				

※支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない。

# 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。

※本人の気分が「非常によい」から「非常に悪い」までの、どのあたりにあるのか思った所に点を付け、線で結んでいこう。(1日の変化を知ろう)

※その時の本人の様子や場面を具体的に記入しよう。

※数日間記入して並べて見ることで、1日の変化のパターンを発見したり、気分を左右する要因を見つけてみよう。

気分 時間	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	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 ○支援者が気づいたこと、 支援のヒントやアイデア	記入者
	-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											

※支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない。

D-5 焦点情報(私の求めるかかわり方シート)

名前

記入日:20 年 月 日/記入者

◎私へのか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 ○支援者が気づいたこと、 支援のヒントやアイデア	記入者
	あなたは「支援してあげる」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「支援してあげる」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「支援してあげる」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「支援してあげる」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「支援してあげる」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				

※支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない

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) ★このシートでまとめたことを介護計画表に活かし、本人本位の介護計画を展開しよう!

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シートで把握した「私の願いや支援してほしいこと」から、今の暮らしで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よう。(誰からの情報かを明確にするために、文頭に「●」私、「△」家族、「○」支援者のマークを入れて記入しよう。)

※本人が目目してほしい行動や状態とその原因や背景を整理し、本人がよりよく暮らせるためのアイデアや工夫を記入しよう。

	私の願いや支援してほしいこと(本人がよりよく暮らすための課題)	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支援のアイデアと工夫
4 — 6 — 8 — 10 — 12 — 14 — 16 — 18 — 20 — 22 — 0 — 2 —				
24時間の支援に該当しない点で、ケアプランや				

※支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない。