

## 付録4

### 「支援プランシート」 様式例集

1	生活支援シート	97
2	24時間支援シート	98
3	生活・身体・栄養状況記録	99
4	介護・看護・栄養アプローチ連絡用紙	100
5	生活・身体・栄養状況記録（20年度改訂版）	101
6	介護・看護・栄養アプローチ連絡用紙（20年度改訂版）	102

# 生活支援シート

利用者名: 様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日: 才 住所:		認定日: 作成日: 入所日: 要介護度: 1・2・3・4・5 自立度: 認定の有効期間: ~		
生活歴・情報		利用者・家族の施設での生活に対する思い		
総合的な援助の方針				
基本情報		本人・家族の情報		
身体状況	麻痺: <input type="checkbox"/> 有 (部位: ) <input type="checkbox"/> 無 拘縮: <input type="checkbox"/> 有 (部位: ) <input type="checkbox"/> 無 寝返り: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 の一方のみ <input type="checkbox"/> 不可 立ち上がり: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 一部介助 座位保持: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 一部介助 その他:	できること・していること	してほしいこと・家族の要望	
ADL (移動)	<input type="checkbox"/> 介助なく歩行可能 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 付き添えば可能 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (一人介助 <input type="checkbox"/> 二人介助 ) その他: 転倒の危険: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 車酔い: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自助用具等品名: <input type="checkbox"/> 介助型車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 自走車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 自助具所有者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 施設	移乗・移動・離床の方法等	
健康について	アレルギー: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 感染症: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 既往症:	主治医 現病	特別な状況 ターミナルについて	服薬: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 朝: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 昼: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 夕: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 眠前: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
皮膚状況	褥瘡: <input type="checkbox"/> 有 (部位: ) <input type="checkbox"/> 無 外傷: <input type="checkbox"/> 有 (部位: ) <input type="checkbox"/> 無 かゆみ: <input type="checkbox"/> 有 (部位: ) <input type="checkbox"/> 無			体位交換: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 皮膚観察: <input type="checkbox"/> 要 (部位: ) <input type="checkbox"/> 不要
口腔内の状況	<input type="checkbox"/> 口腔ケア: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 義歯: <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適	咀嚼力: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 残歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		口腔ケア方法: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> クルリナー <input type="checkbox"/> 義歯洗浄
食 事	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 嚥下状態: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> できない 摂取方法: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 飲 水: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 好 物: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 嫌いもの: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 アレルギー: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 食べこぼし: <input type="checkbox"/> 有 (原因: ) <input type="checkbox"/> 無 形 態: その他:		今までの習慣、時間 ( ) 回数: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 ( 回)	食事摂取方法: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非経口 ( ) ご 飯: <input type="checkbox"/> 白飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> その他 ( ) お か す: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 特小 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動 自助具の必要: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 水分の摂取方法: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 湯呑み <input type="checkbox"/> 薬のみ <input type="checkbox"/> トロメリン 自助具の必要: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 尿 意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 便 意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便 秘: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 下剤使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 排泄習慣: <input type="checkbox"/> 和 <input type="checkbox"/> 洋 排泄方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上			排尿方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上 使用物品 日 中: 夜 間: 排便方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上 使用物品: 日 中: 夜 間:
入浴	入浴状況: <input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 嫌い <input type="checkbox"/> 怖い 入浴方法: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 特浴 その他: 洗 身: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部は洗える <input type="checkbox"/> 全介助			入浴方法: <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 介助方法:
整容・更衣	整 容: <input type="checkbox"/> ブラシで髪をたく <input type="checkbox"/> 顔を洗う <input type="checkbox"/> タオルで顔を拭く 化粧の習慣: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 好きな色合い: 嫌いな色合い: 好きな服装: おしゃれに対するこだわり: 衣類着脱: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			整容方法: 着衣交換方法:
睡眠 (夜)	<input type="checkbox"/> 良 眠 <input type="checkbox"/> 不 眠 <input type="checkbox"/> 不 明 <input type="checkbox"/> 傾眠がち <input type="checkbox"/> 覚醒している <input type="checkbox"/> 時々眠そうだが声かけて覚醒する いびき: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 眠 剤: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 畳 その他 ( ) 就寝: ( ) 起床: ( )			<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 畳 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 就寝: ( ) 起床: ( ) 眠剤: <input type="checkbox"/> 有 (時間: ) <input type="checkbox"/> 無
日中の様子 アクティビティ 好きなこと	<input type="checkbox"/> 覚醒している <input type="checkbox"/> 時々眠そうだが声かけて覚醒する <input type="checkbox"/> 傾眠がち 趣味: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 その他:			日中の過ごし方 夕方から夜の過ごし方
コミュニケーション 視力・聴力	視 力: <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> どうにか見える <input type="checkbox"/> 見えない 聴 力: <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> どうにか聞こえる <input type="checkbox"/> 不明 発 語: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭 コール: <input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない 伝達方法: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> いくらかできる <input type="checkbox"/> できない 決定方法: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> いくらかできる <input type="checkbox"/> できない 反 応: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> いくらかある <input type="checkbox"/> ない 一番印象の強い住まい: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 好みの居場所: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 頼りにしている人: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 付き合い: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 社会参加: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 職 業: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 宗 教: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 特に大事にしているもの: <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 金銭感覚: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			コミュニケーションの方法 眼鏡の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 補聴器の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 聞き耳: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他のコミュニケーションの方法 家族との関係 気が合うスタッフ ユニットで落ち着く場所・その他好きな場所
今までで一番楽しかったこと・うれしかったこと				
今までで一番辛かったこと・苦しかったこと				
認知症の状況	自己に関する見当識 <input type="checkbox"/> 名前や年齢、誕生日を知っている <input type="checkbox"/> 何らかの誘導をすればわかる <input type="checkbox"/> 自己に関する見当識はない 場所に関する見当識 <input type="checkbox"/> 自分がいる場所がわかる <input type="checkbox"/> 自分の部屋の場所はわかる <input type="checkbox"/> 場所に関する見当識はない 時間に関する見当識 <input type="checkbox"/> 生年月日を知っている <input type="checkbox"/> 時間に関する見当識はない 感情の抑うつ <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ほほ正常 <input type="checkbox"/> 抑うつ状況になることがある <input type="checkbox"/> 極度に抑うつ状態である	落ち着き・不穏 <input type="checkbox"/> 常に落ち着いている <input type="checkbox"/> 時々落ち着きのない行動があるが、自分でコントロールできる <input type="checkbox"/> 感情的刺激に過剰に反応し、不穏になる 感情の興味 <input type="checkbox"/> 喜怒哀楽を感じることができる <input type="checkbox"/> 喜び悲しみを感ずることが表現できない <input type="checkbox"/> 喜怒哀楽を感じることができない 不安・焦燥感 <input type="checkbox"/> 不安感・焦燥感はない <input type="checkbox"/> 不安感・焦燥感はあるが、自分でコントロールできる <input type="checkbox"/> 些細なことで不安になるが、コントロールできる <input type="checkbox"/> 不安感・焦燥感をコントロールできずに他人に迷惑をかける	その他 <input type="checkbox"/> 自殺企図 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 精神科受診: <input type="checkbox"/> 有 (時期: ) 結果: 精神科受診: <input type="checkbox"/> 無 その他:	気になる点

# 24 時 間 支 援 シ ー ト

氏名 \_\_\_\_\_ 様      H \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日作成

記録者 : \_\_\_\_\_ 印

時間軸	日常生活のリズム	日常生活以外の行動	援助のポイント	主たる居場所	必要な環境整備・物品	考えられるリスク	対応者
0:00							
12:00							

# 生活・身体・栄養状況記録

決 裁	施設長	相談員	栄養課長	看護課長	介護課長	リーダー

ユニット名 \_\_\_\_\_ 入居者 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg / 必要エネルギー \_\_\_\_\_ kcal / 栄養状態別のバル \_\_\_\_\_ / リネン交換 \_\_\_\_\_

月日	/ ( )				/ ( )				/ ( )				/ ( )				/ ( )				/ ( )				
定期与薬	朝・昼・夕・就				朝・昼・夕・就				朝・昼・夕・就				朝・昼・夕・就				朝・昼・夕・就				朝・昼・夕・就				
臨時薬																									
食事摂取状況	朝	主食 /10 副食 /10			朝	主食 /10 副食 /10			朝	主食 /10 副食 /10			朝	主食 /10 副食 /10			朝	主食 /10 副食 /10			朝	主食 /10 副食 /10			
	昼	主食 /10 副食 /10			昼	主食 /10 副食 /10			昼	主食 /10 副食 /10			昼	主食 /10 副食 /10			昼	主食 /10 副食 /10			昼	主食 /10 副食 /10			
	夕	主食 /10 副食 /10			夕	主食 /10 副食 /10			夕	主食 /10 副食 /10			夕	主食 /10 副食 /10			夕	主食 /10 副食 /10			夕	主食 /10 副食 /10			
水分 排泄 体位交換 (体交) A=普通 B=軟便 C=水様 K=硬便 □=付着 △=少量 ○=普通 ◎=多量 ト=ト化 ホ°=ホ°-ダブル ハ°=ハ°ト ニ=尿器	時	水分	尿	便	体交	水分	尿	便	体交	水分	尿	便	体交	水分	尿	便	体交	水分	尿	便	体交	水分	尿	便	体交
	0																								
	1																								
	2																								
	3																								
	4																								
	5																								
	6																								
	7																								
	8																								
	9																								
	10																								
	11																								
	12																								
	13																								
	14																								
	15																								
	16																								
	17																								
	18																								
	19																								
	20																								
	21																								
22																									
23																									
TOTAL																									
入浴状況	入・中止・辞退・清拭				入・中止・辞退・清拭				入・中止・辞退・清拭				入・中止・辞退・清拭				入・中止・辞退・清拭				入・中止・辞退・清拭				
処置欄																									
日勤																									
夜勤																									
担当	日勤				日勤				日勤				日勤				日勤				日勤				
担当	看護				看護				看護				看護				看護				看護				





月 日	/ (日)					/ (月)					/ (火)					/ (水)					/ (木)					/ (金)					/ (土)																	
バイタルサイン	0	6	10	14	17	21	0	6	10	14	17	21	0	6	10	14	17	21	0	6	10	14	17	21	0	6	10	14	17	21	0	6	10	14	17	21	0	6	10	14	17	21	0	6	10	14	17	21
R P T																																																
50 150 40.0																																																
40 130 39.0																																																
30 110 38.0																																																
20 90 37.0																																																
10 70 36.0																																																
50 35.0																																																
BP																																																
SpO <sub>2</sub>																																																
処置欄																																																
症状・受診等の記録																																																
機能訓練プログラム																																																
(担当者氏名)	①						①						①						①						①						①						①											
	②						②						②						②						②						②						②											
	③						③						③						③						③						③						③											
	④						④						④						④						④						④						④											
(時間)	①	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:											
	②	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:											
	③	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:											
	④	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:	:	~	:											
日付	時間					特記事項					内容										記録者																											