

第4部 実践して見えてきたこと

4-1 平成19年度モデル事業結果から

① 支援プランシートの検証

種別	利点	施設の改善点・今後の検討点
生活と身体 の状況の 記録	<ul style="list-style-type: none"> ① 家族への説明がしやすい。 ② 状態の変化の気づきが早くなり、原因がわかる。(水分量・排泄・食事量・服薬など) ③ 記録の短縮化(特記事項のみ記載) ④ 病院への受診時、医師等への情報伝達に役立つ。 ⑤ 生活のパターンが見えやすい。 ⑥ 各職種の動きがわかり、話がしやすい。 ⑦ 休み明け等、短時間で入居者の状態把握可能。 ⑧ 時系列・1週間の経過がわかりやすい。 ⑨ ダブル・チェックがしやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ① A3用紙のため、保管が難しい。 ② A4用紙にすると、記入がむずかしい。 ③ 記入欄が小さく、書きづらい。 ④ ユニット毎に1冊のファイルに綴じる。 ⑤ 各ユニット・各職種による統一した記入方法の検討が必要。
介ア連 護ブ絡 看口用 護 紙 栄チ 養	<ul style="list-style-type: none"> ① チームケアに役立つ。 ② ケアに対する見方の幅が広がる。 	<ul style="list-style-type: none"> ① 職種により色分けで記入(つつじ苑) ② 時系列の記入の徹底 ③ 介護・看護職以外の多職種記入

生 活 支 援	シ ト	① 利用者・家族の目線でプランが作成できる。 ② 利用者の情報すべて及び基本情報から支援内容までの一連の流れが一枚の用紙に入る。 ③ 誰でも、利用者の状況を的確に把握できる。	① 課題抽出が難しい。勉強会などの必要性が高い。
24 時 間 支 援	シ ト	① 利用者の生活スタイルがわかる。→職員の利用者理解・個別ケア，家族のサービス内容の理解 ② 各職種・業務分担が明確化する。 ③ ケアのポイント・リスクのポイントがわかる。	① 記入の仕方の検討・統一を図る必要がある。

② 実践したことによる効果及び改善点

【利点】

○ 個別ケアの向上

- ・ 排尿パターンの把握がしやすくなったため、オムツの尿漏れが無くなり、トイレでの排便がスムーズに行えるようになりました。
- ・ 食事摂取量の状況が一目でわかりやすく、水分補給をいつ、何を飲んでいるのかを記入しているため、スムーズに飲んでいただける方法が検討しやすくなり、毎日の水分摂取量が増えました。
- ・ 脱水や風邪などの体調不良者が少なくなりました。
- ・ 利用者のできること、してほしいことが明確になりました。

○ 職員の質の向上

- ・ 様々な職種の専門的視点からの意見や留意点が記入されるようになり、介護職員が他の職種の意見を参考にしながら、ケアできるようになりました。また、職種間での情報の共有がしやすくなりました。
- ・ 病院受診時に使用できます。
- ・ 栄養マネジメントに応用できます。

○ 人材育成

- ・ 新人や関わりの少ない職員でも同じようにケアができるようになり、ケアの統一が図れました。

- ・ 生活全体を捉えたケアプランが簡単に立てられるようになりました。
- ・ 利用者の目線に合わせたケアプランができるようになりました。
- ・ 業務としてではなく、利用者一人ひとりの生活全体が見えるようになりました。

○ 家族の理解

- ・ 家族に詳しく状況が説明でき、安心してくださっているように思います。
- ・ 利用者は自分のことを真剣に考えてくれる職員に満足してくださっているように思います。
- ・ ケアプランに、利用者・家族の希望が取り入れやすく、わかりやすいものになりました。

【改善・検討点】

- ・ 会議等の時間が勤務時間内に取れないため、軌道に乗せるまで、残業時間が多くなりました。
- ・ 新しい用紙になれるのに時間がかかりました。
- ・ 生活支援シートの考え方になれるのに時間がかかりました。

■ ■ ■ 4-2 平成 20 年度モデル事業結果から

※平成 19 年度結果に付け加える点。

① 支援プランシートについて

- ・ 24 時間支援シートについて、同じ内容は記号を使い簡素化。(九十九荘)
- ・ 身体・栄養状況記録及び介護・看護・栄養アプローチ連絡用紙の改訂。(総野園)

② 実践の検証

○ 施設にとっての効果：ケアの質の向上の礎・仕組みができたこと。

- ・ 死亡者数が減少しました。

○ 職員にとっての効果：職員意識の向上。

・ 職員にとって、記録を書くことに加え、記録を確認することの重要性が認識できました。

- ・ 記録により、責任が明確化しました。

- ・ 介護者が何もしていない時間が多いということに気づきました。

○ 利用者にとっての効果：利用者一人ひとりの生活と職員のケアが結びつくように取り組みました。それにより、利用者の安心した生活の確保に努めました。

○ その他

- ・ 従来の記録紙について、検討・整理したこと。
- ・ シートの 20 年度改訂版を検討・使用したこと。
- ・ シートによる個別ケアの質の向上について、検証したこと。
- ・ 職員の事業に伴う負担感の軽減化に努めたこと。

■ ■ ■ 第5部 様式

■ ■ ■ 5-1 様式

1	生活支援シート	17
2	24時間支援シート	18
3	生活・身体・栄養状況記録	19
4	介護・看護・栄養アプローチ連絡用紙	20
5	生活・身体・栄養状況記録（20年度改訂版）	21
6	介護・看護・栄養アプローチ連絡用紙（20年度改訂版）	22

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:		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		支援内容	
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: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 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: <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 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 排 尿 排 便	<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 <input type="checkbox"/> 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"/> 自分のいる場所がわかる <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: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 精神科受診: <input type="checkbox"/> 有 <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								

平成 年

生活・身体・栄養状況記録
(平成20年度版)

決 裁	施設長	介護支援専門員	管理栄養士	看護師	介護主任	リーダー

ユニット名 _____ 入居者 _____ 様 体重 _____ kg / 必要エネルギー _____ kcal / 栄養状態リスクのレベル _____ / リン交換 _____

月 日	/ (日)				/ (月)				/ (火)				/ (水)				/ (木)				/ (金)				/ (土)				
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				朝・昼・夕・就				
排便コントロール																													
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=硬便 B=普通便 C=軟便 D=水溶便 1=付着 2=少量 3=普通 4=多量 5=極多量 ×=トイレ ○=オムツ - =出ない時 レ=確認	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	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				入・中止・辞退・清拭				
日勤																													
夜勤																													

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 ₂																																																
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																											