

2019.8.21 改訂

北須磨訪問看護・リハビリセンター

作成日：年 月 日

訪問看護・リハビリ アセスメント計画シート

担当：主 / 副

年 月 日

訪問期間：年 月 日 ～ 年 月 日（終了理由：）		緊急契約		有 ・ 無	
依頼者：目的：					
氏名		（ ）		生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）	
住所		TEL		性別 男性 / 女性	
TEL		TEL		TEL	
緊急連絡先		緊急連絡先		緊急連絡先	
診療体制		診療体制		診療体制	
担当CM		事業所名：		氏名：	
主病名		心不全ステージ（ A B C D ）		認知症（ なし・あり ）	
既往歴				分類： ☐ アルツハイマー ☐ レビー小体 ☐ 脳血管性	
病状経過治療方針				障害： ☐ 記憶 ☐ 見当識 ☐ 判断力 ☐ IADL	
				☐ ADL ☐ 精神症状 ☐ BPSD	
				嚥下障害（ なし・あり ）	
				処方内容	
				管理方法	
医療処置		なし／あり		点滴／中心静脈栄養／人工肛門／酸素療法／疼痛コントロール／人工呼吸器/気管切開/胃ろう/褥瘡処置／カテーテル／吸引／インスリン／（	
生活史				自力・介助・全介助	
生命経過		維持期（安定） / 変動期（不安定） / 下降期 / 終末期		◎急変・不調の可能性（ まずない / あるかもしれない / ある ）	

病みの軌跡（健康上の出来事/変化/影響）

時間経過→	過去	現在	将来予測
↑ 病 状 ・ 生 活 機 能	病状		
	生活への影響		

本人の状況 ※該当するものに○印

日常生活自立度		日常生活動作				コミュニケーション		対人関係		精神活動		口腔ケア	
J1	J2	寝返り	移動	食事	排尿・排便	清潔	自立	良好	活発	状態	ケア方法		
A1	A2	可・不可	車イス	自力・介助	自力・介助	清拭	限定的な内容可	拒否的	たまに不活発	乾燥・湿润	自力・介助		
B1	B2	端座位	歩行	内容：	トイレ・Pトイレ・オムツ	シャワー	簡単な応答可	閉鎖的	不活発	汚染	うがい		
C1	C2	可・不可	(伝い・杖・補助具)	kcal／日	カテーテル	浴槽	YES,Noは可	依存的	その他	(あり・なし)	歯ブラシ		
【生活リズム】		起床	朝食	昼食	夕食	就寝			義歯		スポンジ		
備考													

家族の状況	主介護者：（続柄）	介護者の状況		健康上の危機レベル/ ①安定 ②不安定 ③要介入		訪問する上での留意点
		体力	介護の知識と能力	介護費用		
		十分	知っていて出来る	十分		
		やや不足	教えてもらってできる	援助あり		
		不足	知っているが出来ない	限度あり		
		家事との調整	家族・親族との協力体制	サービスの受入		
収入状況	連絡窓口 ※ 印 方針決定のキーパーソン ☆ 印 年齢・居住地・役割・健康状態等	安定	良好	積極的		
		協力者あり	頼まれたら	消極的		
		波あり	対立	拒否		
		出来ない	協力なし			
		【独居の場合】				
		代理人 金銭管理 鍵開閉				
収入状況 ☐ 年金（夫： 円 妻： 円） / ☐ 貯蓄（有／無） / ☐ 就労 / ☐ 生活保護 医療・介護費用上限（ 円／月）						

週 間 予 定	月	火	水	木	金	土	日	備考
関 連 機 関	サービス種類	事業所		担当者	サービス内容			緊急連絡先

本人・家族の意向 (病識 / 大切にしていること / どこでどのように過ごしたいか(今・将来) / 医療・ケアへの期待、要望／それらの理由) ※ 日付記入

本人	家族	方針決定について
		本人の意思尊重(なし/あり)
		妨げる要因：
☐ 最後まで自宅 ☐ できれば自宅 ☐ 入院・入所		不一致・対立する状況(なし/あり)
☐ 困難になったら検討 ☐ その時々で決定 ☐ 家族が決定		
終末期医療の意向		
DNAR（ / ）		
訪問看護・リハビリへの要望		

【総合的な情報からの判断】

看護・リハビリ計画(本人・家族の希望を踏まえて)

達成目標	◎	実施内容		
	・			
本人・家族のストレングス		私が困難やジレンマに感じるものと挑戦		このケースで私が目指すこと