

ヒアリングシート

平成 年 月 日

記入者 _____

1. ご本人様の経歴についてお伺いさせていただきます。

①.ご本人様の出身地はどこですか？

②.ご本人様はどのような方ですか？どんなことでも良いのでお教えてください。

⑤.どのようなお仕事をされておりましたか？

④.配偶者・お子様はいらっしゃいますか？差し支えなければ、馴初めや、どのような父・母だったか等お教えてください。

⑤.ご本人様が嫌う人、行為、飲食物等ありましたらお教えてください。

⑥.趣味・嗜好はありますか？もしくはありましたか？

2. ご家族様のご意向についてお伺いさせていただきます。

①.特別養護老人ホームなのはなをどこで知りましたか？

②.特別養護老人ホームなのはなで、どのように過ごしていただきたいですか？

ご本人:

ご家族:

③.面会の時間や外泊、頻度等はどれぐらいをお考えでしょうか？

④.これまでご本人様に対してのご家族様の介護状況をお教えてください。

⑤.延命治療は望まれますか？望まれるものに○をお願いします。

AED ・心臓マッサージ ・気管切開 ・人工呼吸器 ・人工透析
胃瘻 ・経管栄養 ・中心静脈栄養 ・他()

延命治療は一切望まない

ヒアリングシート(例)

平成 00年 0月 0日

記入者

なのはな太郎

1. ご本人様の経歴についてお伺いさせていただきます。

①.ご本人様の出身地はどこですか？

千葉県大網白里市出身
千葉県茂原市にて幼少期を過ごす等

②.ご本人様はどのような方ですか？どんなことでも良いのでお教えてください。

面倒見が良く、地元ではリーダー的な存在でした。
最近では地元の方も少なくなり、言葉数が少なくなりました。
お祭りが好きなので、イベント事は積極的に参加すると思います。等

⑤.どのようなお仕事をされていましたか？

〇〇銀行に長年努めていて、千葉支店の店長をしていました。
銀行に勤めていた事もあり、細かい作業が得意です。等

④.配偶者・お子様はいらっしゃいますか？差し支えなければ、馴初めや、どのような父・母だったか等お教えてください。

妻(平成00年死去):銀行の同僚だったそうです。
子供(息子1人、娘2人):とてもやさしい父親でした。怒る時は非常に怖かった思い出がありますが、
今思い出すと、やさしいイメージが強いです。等

⑤.ご本人様が嫌う人、行為、飲食物等ありましたらお教えてください。

暗い人は好きでは無いようです。
薬が嫌いな為、飲みたがらないことがあります。
麺類が好物で良く食べます。等

⑥.趣味・嗜好はありますか？もしくはありましたか？

相撲や野球観戦が好きです。食べ物の好き嫌いはありませんが、牛乳が嫌いです。
昔はよくビールを飲んでいました。等

2. ご家族様のご意向についてお伺いさせていただきます。

①.特別養護老人ホームなのはなをどこで知りましたか？

〇〇病院、〇〇さんからの紹介

②.特別養護老人ホームなのはなで、どのように過ごしていただきたいですか？

ご本人:カラオケが好きなのでカラオケがやりたい 等

ご家族:周りの方と楽しく過ごしてもらえれば。
仲良くしてあげてください。 等

③.面会の時間や外泊、頻度等はどれぐらいをお考えでしょうか？

午前中 週2~3回ぐらいは面会に来たいと思います。
また、月に1回は自宅にて過ごしてもらおうと考えています。 等

④.これまでご本人様に対してのご家族様の介護状況をお教えてください。

長男家族と同居をしており、2年程長男妻が自宅で身の回りの介護をしていました。
入院時は長女・次女が交代で見舞いに行き、食事介助をしていました。 等

⑤.延命治療は望まれますか？望まれるものに○をお願いします。

AED 心臓マッサージ 気管切開 人工呼吸器 人工透析
 胃瘻 経管栄養 中心静脈栄養 他()

延命治療は一切望まない

特別養護老人ホームなのはな 入所申込書(1)

申込日	平成 年 月 日	受付日	平成 年 月 日
利用者氏名		男・女	現住所
生年月日		歳	電話
身元引受者		電話	

現況	保険者	市・区・町・村	被保険者番号							
	介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	要介護度	1	2	3	4	5		
	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 他施設・病院等に入所または入院中である(病院・特養・老健・療養型・その他)。									
	■施設・病院名		■所在地		市・区・町・村					

入所を希望する理由(該当するもの全て選んでください)	①入所申し込みの出来る方は、原則要介護3以上の方です。 (要介護1・2の方は、入所を必要とするやむを得ない理由が必要になるため、②の回答もお願い致します) <input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が高齢・疾病・障害の状況にあり、十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 介護者が就労しており、十分な介護が困難である(日/週・ 時間/日) <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難である <input type="checkbox"/> その他()
	②要介護1・2の方は、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難な場面が頻繁である。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等で、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難な場面が頻繁である。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱等で、家族による支援が期待できず、且つ地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。

入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所を希望 <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所を希望
--------	--

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ <input type="checkbox"/> 他施設も申し込んでいる、または申し込む予定 <input type="radio"/> 申込中の施設名 () () () <input type="radio"/> 申込予定の施設名 () () ()
------	---

日常生活自立度	障害 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症 自立 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M
---------	---

本人の経済状況	年金	国民・厚生・共済・その他()	円/月
	その他の収入	収入内容()	円/月
		月額合計金額	円/月

主な内容(調査項目)	本人の状態
------------	-------

食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他()
	内容 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ムース <input type="checkbox"/> 食事制限() 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粗きざみ <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ムース

入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(<input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 自宅)
----	---

更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
----	--

排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (声かけ・紙パンツ) (立位 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
	<input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ(日中・夜間) 下剤(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 排便(日/回) 失禁(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)

移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 補助具使用(<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子自乗 <input type="checkbox"/> 全介助
----	--

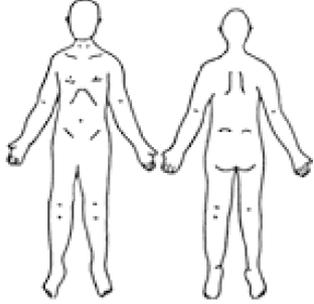
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
----	---

聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (補聴器使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
----	---

コミュニケーション	言語能力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語(代替手段 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 会話不能
	理解能力	<input type="checkbox"/> 相互理解可能 <input type="checkbox"/> 他者の会話理解のみ <input type="checkbox"/> 自身の意思表示のみ <input type="checkbox"/> 不能

口腔ケア	状態	<input type="checkbox"/> 痛みがある (<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 粘膜) <input type="checkbox"/> 口の渇き <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 硬いものが食べにくい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 臭いが気になる
	能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

特別養護老人ホームなのはな 入所申込書(2)

主な内容 (調査項目)	本人の状態			
医療の状況	既往歴・現病歴 傷病名			
	かかりつけの医師	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	かかりつけの病院(1)		科	連絡先
	かかりつけの病院(2)		科	連絡先
	【特記事項】	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他()		
服薬	<input type="checkbox"/> 指示通り飲める <input type="checkbox"/> 声かけ・見守りを要する <input type="checkbox"/> できない			
認知症等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 程度(<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) 問題行動 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	問題行動の状況 ()		
	嗜好			<input type="checkbox"/> 飲酒(回/日・週) 量(/回) <input type="checkbox"/> 喫煙:量 本/日・週 <input type="checkbox"/> 無
生活リズム	<input type="checkbox"/> 保たれている <input type="checkbox"/> あまり保たれていない()			
生活への意欲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
活動性	<input type="checkbox"/> よく動いている <input type="checkbox"/> 座っていることが多い <input type="checkbox"/> 横になっていることが多い			
趣味・楽しみ	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 嫌なこと()			
家族関係	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 負担になっている(根拠:)			
虐待の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(根拠:)			
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない(理由:)			
SOS発信等	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 困難 緊急性の判断 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 困難			
見守り状況	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員等 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> ない			
家族構成		氏名	続柄	
入所理由	※要介護1または2の方のみ(該当状況を詳細に記入してください)			
	希望区分	(多床室 ・ ユニット ・ どちらでも可)		

同意誓約書

この度、特別養護老人ホーム「なのはな」の入所サービス利用にあたり、以下の諸事情に、本人並びに家族等の連署をもって同意致します

1. 個人情報の取り扱いについて

- 入・退所時の判定会議
- 利用者に関わる介護計画の立案、円滑なサービス提供のための、各種サービス提供会議
- 医療関係、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体その他の社会福祉団体等の連絡調整及び、必要書類の取り寄せ等。
- 上記に関わらず、緊急を要する場合の連絡
- 居室およびベッドのネーム掲示
- その他、サービス提供で必要な場合
- 顔写真の使用範囲（広報誌・ホームページ・施設内掲示）※拒否する項目を消してください。

2. 入所リスクについて

- 歩行時の転倒、ベッドや車いすからの転落等による骨折・外傷・頭蓋骨内損傷のおそれがあります。
- 特別養護老人ホームでは原則的に身体拘束を行わない為、転倒・転落事故等の可能性があります。
- 当施設は病院ではございません。病気にかかり、病院での治療が必要な場合には、当施設の協力病院の紹介状を持参して病院受診のお願いをさせていただきます。
- 高齢者の方の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の方の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離が出来やすい状態にあります。
- 高齢者の方の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢であることから、脳や心臓等の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- ご利用者様の身体、精神状態が急に悪化した場合、当施設職員の判断で、緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- ご利用者様の状態等により、居室を変更する場合があります。
- 当施設では、現時点でお看取りをすることが出来ません。体力の低下や食物の経口摂取が困難になったとき等は、嘱託医と相談の上、療養型医療施設等への移動をお願いする可能性がございます。

3. 誓約事項について

- 注意事項や施設側の指示を遵守し、施設の指示に従います。
- 療養中の事故（転倒による骨折等）については、施設の故意または過失による場合を除き、異議は申しません。
- 療養中、処遇上の理由により居室が変更になる場合があることに同意致します。
- 申込書、保険証等の記載事項に変更があった場合は、直ちに申し出ます。
- その他、本人の身上に関する事項は、家族等が責任を持って、指示通りに対処致します。
- 施設利用料その他の諸費用は規定の期日までに相違なく納入いたします。
- 緊急時及び容態急変等により入院を要する場合、家族連絡が事後になっても、異議は申しません。
- お持込の衣類・所持品につきまして、全てお名前の記入を致します。紛失・破損につきましては、集団生活である事を理解し、承知の上で預けておりますので、異議は申しません。
- 本人の状態により、洋服の加工や収納スペース確保等について、施設の指示・意向に従います。
- 体力の低下や食物の経口摂取が困難になった場合、速やかに療養型医療施設等への移動に協力します。

4. 身体拘束の廃止について

介護保険制度では、施設でのサービス提供にあたり、緊急やむを得ない場合を除き、身体の行動を制限する行為（身体拘束）が禁止されています。

身体拘束は人権擁護の観点から問題があるだけでなく、高齢者の身体機能を低下させ、人間としての尊厳を侵すなど、QOL（生活の質）を根本から損なう危険性があります。

介護保険施設等では、緊急やむを得ない場合について、適切な手続きの下で慎重に判断し、態様、時間、利用者の心身状況等を適切に記録することが、制度上決められています。

※「緊急やむを得ない場合」について

介護保険の運営基準上、利用者または他の利用者等の生命及び身体を保護するため、緊急やむを得ない場合に限り、身体拘束が認められていますが、次の3つの要件を全て満たし、且つ手続きが適切に実施されている場合に限りです。

(1) 切迫性：利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。

(説明) 身体拘束を行うことにより、本人の日常生活等に与える影響を勘案しても、なお身体拘束を行う必要がある程度まで、利用者本人の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いことが判断の基準になります。

(2) 非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外の、代替手段がない。

(説明) いかなる場合でも、まずは身体拘束を行わずに介護する方法の可能性を全て検討し、利用者本人等の生命または身体を保護するという観点から、他の代替方法が存在しないことを複数のスタッフで確認する必要があります。

(3) 一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものである。

(説明) 本人の状態等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定する必要があります。

当施設に於きましても、自傷行為や他の利用者様に危害を加える恐れがある場合、また、御本人様の安全確保が、拘束なしでは困難と判断し、ご家族様の了解を頂いた場合を除き、身体拘束は行いません。但し、一時的な身体拘束は、安全を絶対に保証するものではないことや、見守りのある状況下においても、怪我や死亡等のリスクは常に存在しております。事故に関しては速やかにご家族様へ連絡させていただきます。また、事故には細心の注意を払っていますが、転倒等の偶発的な事故は防ぎきれないことを御承知いただきますよう、お願い申し上げます。

特別養護老人ホームなのはな

施設長 飯村 薫様

私は、上記1～4項目について_____から説明を受け、十分に理解し同意します。

平成 年 月 日

ご利用者様 住所

氏名

印

代理人様 住所

氏名

印

(続柄)

緊急時処置と医療機関への緊急時搬送に関する同意書

特別養護老人ホーム「なのはな」では、施設内での急病の発症や、持病の急性増悪、事故や転倒等による骨折、ウィルス性の流行性感染症等の完全予防は不可能であり、元来何らかの身体機能低下を有するご利用者様の場合、緊急に医療機関に搬送しなければ、生命に関わる事態も十分に考えられます。施設において、緊急を要する事態が生じた場合、ご家族様へは出来る限り早期に御連絡させていただきますが、ご家族様への連絡がなかなか取れない場合など、施設内で出来る緊急処置、緊急搬送を優先させて頂き、ご家族様への連絡は医療機関への搬送後となる場合がございますので、予め御了承下さい。

急変時の対応について

①担当医師の判断で治療の方法を決定することに同意（　する　・　しない　）

②回復の見込みがなく死期が迫った場合の延命処置について

※延命処置（気管切開・人工呼吸器・心臓マッサージなど）を行うことについては、苦しい状態を引き延ばすだけという考え方もあります。延命処置は一度始めてしまうと、途中で止めることが難しいので、よく考えて意思決定をして下さい。

（　　）回復の見込みがなくても、延命処置をしてほしい

（　　）延命よりも苦痛を少なくすることを重視してほしい

（　　）回復の見込みがないのであれば、延命処置はしないでほしい

特別養護老人ホーム　なのはな
施設長　飯村　薫　様

上記内容を確認致しましたので、同意致します。

平成　　年　　月　　日

ご利用者様　住所

氏名

印

代理人様　住所

氏名

印

（続柄　　）

緊急時の対応について

特別養護老人ホーム なのはな

様

当施設の協力病院

(1) 市立大網病院

0475-72-1121

かかりつけ医または緊急搬送希望医療機関がある場合には、状況に応じてそちらを優先させて頂きますので、ご記入の程、宜しくお願い致します。

かかりつけ医		緊急時搬送希望医療機関	
医療機関名		医療機関名	
電話番号		電話番号	

※希望医療機関が受け入れ困難な場合、施設または救急隊が医療機関を探して搬送致しますことを御了承下さい。

(ご入所前に、緊急時受け入れについて希望医療機関にご確認ください)

※ご家族様に連絡が取れない場合、施設の判断で搬送させて頂くことがございます。御了承下さい。

ご家族様の緊急連絡先

	氏名	続柄	住所	連絡先
①				(自宅)
				(携帯)
				(勤務先)
②				(自宅)
				(携帯)
				(勤務先)
③				(自宅)
				(携帯)
				(勤務先)