

三原市地域包括ケア連携シート

# 記入マニュアル



三原市地域包括ケア連携推進協議会

平成 27 年 1 月 第一版

# 目次

---

---

## 第1章 三原市地域包括ケア連携シート 記入マニュアル

第1節 三原市地域包括ケアシステムにおける連携シートについて

第2節 記入についての留意事項

第3節 記入マニュアル

- 1) 基本情報
- 2) 生活・社会情報
- 3) 身体・医療情報
- 4) 医療機器・その他の材料、必要物品
- 5) 医療処置・身体状況
- 6) 継続ケア計画
- 7) 緊急時の対応

## 第2章 三原市地域包括ケア連携シート 記入例

1: 一般病院事例

2: 精神科病院事例

# 第1章 三原市地域包括ケア連携シート「Zai-Takko 三原」

## 第1節 三原市地域包括ケアシステムにおける連携シート「Zai-Takko 三原」について

### 1:連携シートの位置づけ

平成26年3月に「10年・20年・30年 暮らし続けることのできる三原」を目的に、三原市医師会、三原市の呼びかけにより、「三原市地域包括ケア連携推進協議会」(以下:協議会)を立ち上げられた。この協議会は、市内の保健・医療・福祉の各事業所や機関群の代表者が一堂に介す三原で初めての組織である。

協議会での重点課題の一つに、「医療と介護の連携」に向けた退院支援の充実があげられ、「在宅医療への移行(退院支援)システム部会」が組織された。部会では、病院の退院支援において病院側が必要だと考えていた患者情報と在宅支援者が必要だと考える患者情報とでは内容が異なることが指摘され、病院と在宅支援者が連携を図り、患者(利用者)及び家族が安心して在宅等での生活ができるよう、患者情報共有シート「三原市地域包括ケア連携シート Zai-Takko 三原」(以下:連携シート)を作成した。

この連携シートは、在宅医療への移行を行う際に、各専門職が支援計画を作成するためのアセスメントに用いることが想定されるとともに、退院前に生活支援体制を整えるための資料となり、連携シートの役割は極めて大きいものである。

尚、この連携シートは医療専門職のみならず、介護支援専門員や訪問介護員などの医療専門職以外にも利用するため、なるべく難解な専門用語を用いることを避け、平易にわかりやすく記入する必要がある。

### 2:連携シートの具体的な利用方法

連携シートは、患者・家族の在宅療養支援において、主に以下のように用いることとする。

#### 1)退院支援における在宅等支援者への情報提供

患者の退院に際して、重要なことは退院後も患者・家族の生活が安心して生活できることである。そのため、病院等へ入院・入所中に在宅での支援体制を整えておくことは、極めて重要な事柄であり、連携シートを事前に在宅等支援者へ提供することで、アセスメント材料として活用できるとともに、環境整備に向けた事前準備がスムーズに行うことができるようになることが期待される。

したがって、連携シートには、患者(利用者)の客観的事実に基づいた事柄の記載と共に、医療的側面のみならず心理・社会的事柄についても漏れなく記入されることが必要である。

#### 2)緊急時バックアップ体制における病院への患者情報の提供

協議会では、在宅療養生活を行っている患者・家族の緊急時対応についても部会(緊急時バックアップ部会)を組織し、その対応方法について協議を行っている。

緊急時バックアップ部会では、患者の身体的変化(急変時)のみならず、かかりつけ医の不在時や介護者の体調不良時など在宅生活の継続が困難な場合に、後方支援病院が入院により患者(利用者)の生活支援を行う為の体制構築に取り組んでいる。こうした取り組みの一つとして、受入れ側の後方支援病院がスムーズに患者受け入れを行い、病院でのケア継続が可能となるよう、事前に在宅での患者の生活状況を連携シートを用いて登録しておく事が求められている。

### 3:連携シート記入対象者

連携シートの対象者は、以下の通りである。

#### 1)退院支援

- ①介護保険新規利用者
- ②がん終末期の患者
- ③入院前の状態と大きく変わった患者
- ④その他必要と考えられる患者

#### 2)緊急時バックアップ

- ①在宅主治医が必要と認める患者

### 4:連携シートの提供先

連携シートの提供先は、以下のとおりである。

#### 1)退院支援

- ①在宅主治医
- ②介護支援専門員
- ③訪問看護師
- ④退院時カンファレンス出席者
- ⑤その他、介護施設相談員等退院支援担当者が必要と考える専門職  
介護サービス提供事業所、調剤薬局は介護支援専門員より提供する。

#### 2)緊急時バックアップ

後方支援病院

## 第2節 記入についての留意事項

### 1:記入者

連携シートの記入者は、以下のとおりとする。

#### 1)退院支援

患者(利用者)の病院退院支援担当者

※記入に際しては、医師、薬剤師、看護師、リハビリなど連携する多職種で協議し記入することが重要である。

#### 2)緊急時バックアップ

利用者(患者)の介護支援専門員または訪問看護師。

### 2:記入方法

連携シートへの記入は、ボールペン等を使用してください。文字の読み間違いなどを避けるために、できるだけパソコンなどを使用されることを推奨する。印刷には、感熱紙等長期間の保存に適さないので使用しない方が適切である。

記入欄には、必要な文字または数値を記入し、また口にはレ印を入力する。

### 3: 記入時期

以下の時期頃を見図り記入することが望ましい。

- 1) 症状固定
- 2) 病院機能に応じた治療の終了時

## 第3節 記入マニュアル

### 1: 基本情報

項目	解説
IDNo.	IDNo.については、ICT システムにおける IDNo.を記載してください。 ICT システム未登録の患者は、空欄にしてください。
患者氏名	患者氏名を記入し、フリガナを併記してください。
性別	リストで選べるようにしています。該当する項目を選択してください。
生年月日	年号については、リストより選択してください。 その他生年月日・年齢については記入してください。年齢は、満年齢を記入してください
住所	住所については、居住地(自宅など)の住所及び電話番号を記入してください。施設などを利用している場合は、当該施設の施設名、住所及び電話番号を記入してください。
連絡先	連絡先1には、キーパーソンを記入してください。連絡先2には、1以外の連絡先を記入してください。住所地については、わかる範囲で記入していただければ結構です。 電話番号は、自宅・携帯電話を認める際は携帯電話の番号も記入してください。

医療保険	事前にカルテ作成等に用いることを想定しています。 リストより選択してください。前期高齢者医療を認める場合には、負担割合を明記してください。番号などは、間違いのないようにお願いします。
限度額適用認定証	認定証の有無を確認し、選択してください。認定期間、多数該当についても確認し、記入してください。多数該当については、何回目かがわかりましたら記入してください。
公費負担	公費負担制度については、複数持たれている場合があります。リストから選択するとともに、記載欄については、必要な公費負担受給者証について記入してください。
各種手帳	リストより選択してください。リストにない、社会保障制度に関する手帳などを所持されている場合は、記載欄へその種類を記載してください。 障害の種類については、該当する項目をリストより選択いただくかリストにない場合は、記載をお願いします。
介護保険	介護度については、リストより選択してください。
家族構成	該当する項目を選択してください。 キーパーソンとは、患者の身の回りのことや意思決定などその役割が多岐にわたる方です。主介護者とキーパーソンは異なる場合がありますので注意が必要です。

## 2:生活・社会情報

項目	解説
家族関係	同居の家族に身体・知的・精神等の障害等を有している方がおられる場合には、チェックを入れてください。 また、虐待問題や虐待までいかないまでも家族関係に配慮を有するような状況がある場合は、その旨をご記入ください。家族関係に大きな配慮を伴わない場合も、その旨を記入してください。
経済的側面	介護保険をはじめ、現在では多くの社会保障制度が契約に基づいた利用になっています。経済状況が患者(利用者)の生活支援に大きな影響を与えることがあるための確な記載が求められます。 経済的問題とは、支払い能力のみだけでなく、お金に関する家族問題や経済管理能力なども含みます。チェックを入れると同時に詳細について記載をお願いします。
住宅環境	住環境について該当する項目にチェックを入れると同時に、自宅周辺の様子など、患者(利用者)の外出などを制限するような状況があれば記入をしてください。
生活状況	ソーシャルリスクの有無についての判断を行います。生活状況について、できるだけ詳細に記入をお願いします。
社会福祉制度	現在と今後利用予定の物とを区別して記入してください。

## 3:身体・医療情報

項目	解説
診断名	現在、罹患している傷病の診断名とその発症年月日を記載してください。発症年月日がわからない場合は、おおよその発症年月日を記載してください。5つ以上傷病に罹患している場合は、継続ケア計画に記載してください。入院の原因となった診断名は、【1】に記入してください。 他科受診の有無についても、該当する診療科名を記載してください。
症状の安定性	上記診断名【1】に記載した傷病の症状としての安定性について該当する項目にチェックをお願いします。
介護必要予後	現状から考えられる介護の必要の程度に関する予後の見通しについて、概ね3~6か月を目途に該当する項目にチェックをお願いします。傷病としての見通しではなく、介護をどの程度必要とするかという視点で評価をお願いします。
日常生活自立度	① 原則として移動に関わる状態像に着目し、合わせて排泄、食事、着替えに着目して判断してください。 ② 能力があるにもかかわらず行っていない状況にあるときは、能力に応じて判断する必要があります。 ③ 補装具、車椅子などを使用している場合は、使用している状態で判断してください。 ④ 認知症などにより指示を理解できないため、移動や食事を行うことができない場合であっても、身体の状態のみに着目して判定してください。

以下の表を参照してください。

判断基準	
自立	日常生活は自立しており、独力で外出する事ができる。
J	障害などを認めるが日常生活はほぼ自立し、独力で外出が可能である。
J	1 交通機関を利用して外出。
	2 隣近所へなら外出。
A	屋内生活は概ね自立しているが、介助なしに外出できない。
A	1 介助により外出、日中はほとんどベッドから離れて生活。
	2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活。
B	一日の大半をベッド上で過し、食事・排泄、着替のいずれかに於いて部分的に介助を必要とする。
B	1 車椅子に移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行く。座位保持ができる。
	2 座位保持ができない。車椅子などへの移動も介助を必要とする。
C	一日中ベッドで過し、食事、排泄、着替のすべてに介助が必要な状態。
C	1 自分で寝返りができる。
	2 寝返りに介助が必要である。

- ① 意思疎通の程度、見られる症状・行動に着目してください。
- ② 評価に当たっては、家族等の介護者からの情報も参考にしてください。
- ③ 認知症の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではありません。

判断基準	
自立	認知症状を有しない。
I	認知症症状を有するが、日常生活はほぼ自立している。
II	生活に支障のある諸症状を認めるが、他者の注意があれば自立できる。
II	a 家庭外で上記の症状が見られる。
	b 家庭内においても上記の症状が見られる。
III	日常生活に支障のある症状を認め、介護が必要である。
III	a 日中を中心として、上記の症状が見られる。
	b 夜間を中心として、上記の症状が見られる。
IV	日常生活に支障のある症状などが頻繁にあり、常時介護が必要である。
M	著しい精神症状、問題行動などが見られ、専門医療が必要である。

**認知度**

**患者状況**

治療経過や症状などについて詳細に記入してください。  
入院日について、同一病院内で転科等をした場合は、転科した日時・診療科についても記載してください。

**既往**

主な既往について記載してください。

**点滴・注射**

点滴・注射内容について記載してください。記入に際しては、記号や略語などを用いないようにしてください。

**処方**

調剤の際に、一包化・粉碎などの留意点がある場合は、チェックをお願いします。  
用量・用法についてはリストで選択できます。他科の診療科等の処方がある場合はすべて記載してください。記号や略語などは用いないようにしてください。

**禁忌薬剤**

禁忌薬剤や重篤な副作用等がある場合は記載してください。記載内容が、スペースに収

	まらない場合は、継続ケア計画に記載してください。
告知・説明	患者(利用者)及び家族が、病気のことをどのように、どのくらい理解しているかを知ることが極めて重要なことです。告知の内容とともに、告知を受けた際の患者・家族の様子について記入してください。

#### 4: 医療機器・その他の材料、必要物品

項目	解説
種別	TPN・HOTなど医療機器を何のために利用しているのかを記載してください。
機器・物品名	機器名や材料名など規格についても記載してください。
備考	医療機器のレンタル業者名や連絡先についても記入してください。また、医療材料などについては、1回についての必要個数や交換頻度についても記入してください。

#### 5: 医療処置・身体状況

以下に記入(評価)のポイントと共に患者・家族指導、連携のポイントについて記載しています。また、各処置内容等の留意事項は、【6 継続ケア計画】に記載してください。

項目	解説
医療処置	<p>必要な医療処置内容について記載をしてください。記載内容を元に、退院後の受け入れ先を決定していくと共に、受け入れ先での準備を整えるための情報として重要な項目です。記載漏れを認めた場合、退院後の療養生活の場で、必要な処置が行えない可能性があり、患者の生命の維持にも危険を伴うことを理解しておいてください。</p> <p><input type="checkbox"/>点滴管理 (<input type="checkbox"/>末梢持続 <input type="checkbox"/>適時) …点滴の頻度について確認を行ってください。</p> <p><input type="checkbox"/>中心静脈栄養…ポートの埋め込みの場合、ルート交換や穿刺などの必要な処置内容、頻度などについて確認を行ってください。</p> <p><input type="checkbox"/>経管栄養法 (<input type="checkbox"/>胃瘻 <input type="checkbox"/>鼻腔) …チューブの交換サイクル及び最終交換日、次回交換日、交換時の留意事項(透視下で交換など)について確認を行ってください。</p> <p><input type="checkbox"/>酸素療法 ( ℓ) …吸入量は何ℓか、間歇・持続かの確認。在宅酸素療法の必要性について確認を行ってください。</p> <p><input type="checkbox"/>透析 (<input type="checkbox"/>HD <input type="checkbox"/>CAPD) …透析の曜日確認、透析時間の確認、飲水量等の確認をお願いします。CAPDの場合は、管理が誰が行うのかも記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>喀痰吸引 (<input type="checkbox"/>口腔 <input type="checkbox"/>気道) …吸引の頻度(1日何回必要か、吸引の時間は何時間おきに必要か)、量は多いか、昼間と夜間では変化があるかなども注意してください。</p> <p><input type="checkbox"/>レスピレーター管理…自発呼吸はあるか確認を行ってください。設定などについては、継続ケア計画に必ず記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>気管切開…カニューレの種類、交換サイクル、開口部の消毒、ガーゼ交換、開</p>

	<p>口部からの喀痰吸引の頻度について確認を行ってください。</p> <p>□ストーマの処置（□便 □尿）…1日何回、誰が交換を行うのか。ストーマ用装具の種類を確認をしてください。</p> <p>□尿道留置カテーテル…カテーテルの種類、交換サイクル、最終交換日の確認。</p> <p>□自己導尿…カテーテルの種類、消毒、誰が行うのか、頻度などの確認。</p> <p>□尿管ステント・□腎瘻・□膀胱瘻…カテーテルの交換サイクル、次回交換日、最終交換日の確認。排尿は誰が行うのか等を確認してください。</p> <p>□インスリン注射…注射はいつ行っているか、自己注射可能か、種類、単用量、一定量投与かスケール投与かについての確認してください。</p> <p>□褥創の処置…発生部位の確認、グレードの評価、処置内容の確認。また、予防的対応の必要性について確認してください。</p>
<p><b>感染症</b></p>	<p>Hb、HCVについては、チェックをお願いします。</p> <p>その他感染症を認める場合は、その他の欄へ記入してください。</p>
<p><b>身体の状態</b></p>	<p>□四肢欠損…先天性・外傷の他に、疾患により切断に至るケースが増加しています。下肢切断では、歩行障害などを認めますが、上肢切断では、一側を切断しても他側によってADLは維持される可能性が高いです。欠損部位の明記と共に原因を確認してください。</p> <p>□筋力低下…筋力低下とは、筋収縮による張力が減少した状態です。筋力低下を評価することは、診断ばかりでなくその後のリハビリなどを施行するうえでも重要です。筋力低下の部位（四肢、上肢、下肢）程度（重度・中度・軽度）について評価し記入してください。</p> <p>□麻痺…部位については、右上肢・右下肢・左上肢・左下肢について、程度については、完全麻痺、不全麻痺について評価をお願いします。</p> <p>□関節の拘縮…関節可動域の制限には、拘縮と強直があります。拘縮は、皮膚・筋肉などの関節構成体以外の軟部組織の変化によっておこる関節の制限です。強直とは、関節軟骨、関節端、関節包などの関節構成体そのものの変化によっておこる関節の制限です。肩関節、肘関節、股関節、膝関節、手関節、足関節など部位と程度について評価してください。</p> <p>□失調・不随意運動…失調とは協調性障害運動であり、小脳病変、脊髄性や末梢性の深部感覚障害、大脳病変などによって生じます。評価については、姿勢とバランス、前腕回内回外運動、歩行などを行い体幹及び四肢の運動失調、筋緊張低下などを評価してください。姿勢とバランス障害については、座位での体幹の動揺や立位での姿勢、体幹の揺れ、傾きと動揺などを評価してください。上肢、体幹、下肢について確認してください。不随意運動とは、意思や反射によらず出現する、目的に沿わない運動で振戦、ミオクローヌス、バリズム、ジストニーなどがあげられます。</p>

	□皮膚疾患…水虫等についても記入してください。
寝返り	寝返りが自分で出来るかどうかを評価してください。体位変換が必要な場合、何時間おきにどのように行うのかを確認してください。
起き上がり	寝た状態から、上半身を起こす動作です。起き上がりが自分で出来るかどうか、ベッド柵等何かにつかまれば出来るかどうかを評価してください。
座位保持	両足が床などについている状態で、座位の状態が保持できるかどうかを評価してください。座位保持のため支えの椅子、車椅子の背もたれや介護者の手の支持などが必要か評価してください。
立ち上がり	ベッド柵や手すり、壁などにつかまらないうち立ち上がる事ができるか、介護者の介助により立ち上がりができるかを評価してください。
歩行	自分で歩けるか、何か支えが必要かどうかを評価してください。立った状態から歩けること、義足や装具を装着した時は、装着時の状態に基づいて評価してください。
車椅子移乗	移乗は、ベッドから車椅子、車椅子から椅子へ、ベッドからポータブルトイレへの評価とともに、見守りや介助が必要か評価してください。
視力	視力の程度及び眼鏡の有無について評価してください。
聴力	聴力の程度及び補聴器の有無について評価してください。
口腔の状態	義歯の有無、治療中であるかどうかを記載してください。また、咀嚼や嚥下能力、歯磨きの可否や喀痰の量についても評価し記入してください。
食事	自分で食べる事ができるか、介助が必要か評価を行ってください。また、植物アレルギーを認める場合は、必ず記入してください。
食事内容	在宅で準備ができるかどうか大きな問題であり、転院・施設入所については、対応できるかどうかの判断材料となりますので必ず記入してください。
排泄状況	<p>□尿意・便意…尿意（便意）を自覚して自分で対応できるか、何らかの方法で介護者に伝えることができるかどうかを評価してください。</p> <p>□おむつ使用…リハビリパンツ等その種類について確認してください。また、夜間のみの使用などについても確認してください。</p> <p>□尿器…常時使用するのか、夜間のみであるか等の確認してください。</p> <p>□便意…自然、内服、浣腸、摘便について確認していただき、排便コントロールの内容について確認してください。</p> <p>□ポータブルトイレ…排尿時に自分で後始末が可能であるかまた、何らかの介助が必要であるかを評価してください。</p> <p>□トイレ…排尿時に自分で後始末が可能であるかまた、何らかの介助が必要であるかを評価してください。</p>
保清	浴槽の出入りは、一般家庭用の浴槽の出入り（浴槽の淵のまたぎ）の際に、介助を有するかどうかの評価を行ってください。また、入浴時の留意事項などがないか確認してください。
更衣	着衣・脱衣時の介護の必要性につて評価をしてください。
薬の内服	自分の薬を飲む時間や飲む量を理解し、自分で服用しているか評価してください。

	<p>介助の内容について、詳細に記入してください。</p>
記憶・理解	<p><input type="checkbox"/>短期記憶…前向性の記憶障害。前向健忘は、発症後の新しい情報や出来事を覚えることができず記憶として保持されない状態です。</p> <p><input type="checkbox"/>長期記憶…逆向性の記憶障害。逆向健忘は、発症以前の出来事や体験に関する記憶が障害される状態です。</p> <p><input type="checkbox"/>理解力…新しい環境になじむことができるか評価してください。</p> <p><input type="checkbox"/>感情失禁…感情の表出があふれ出して止まらなくなる状態があるかどうか評価してください。</p>
コミュニケーション	<p><input type="checkbox"/>発語…言葉を発することができるか評価してください。</p> <p><input type="checkbox"/>構音障害…発音が正しく出来ない状況があるかどうか評価してください。</p> <p><input type="checkbox"/>失語…脳出血や脳梗塞などによる脳の損傷によって、一度獲得した言語機能が傷害された状態。「聴く」「話す」「読む」「書く」などができない状態があるかどうか評価してください。</p> <p>また、全体としてコミュニケーションが可能かどうかの評価をし、表情や視線、会話の論理性について評価してください。</p>
行動障害	<p>患者（利用者）に認められる行動上の障害の有無について該当する項目を確認してください。その内容については、以下の定義を参考にしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>昼夜逆転…夜間不眠の状態が何日間か続いたり、明らかに昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている状態。</p> <p><input type="checkbox"/>暴言…発語的暴力。</p> <p><input type="checkbox"/>暴行…物理的暴力。</p> <p><input type="checkbox"/>介護への抵抗…介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない。</p> <p><input type="checkbox"/>徘徊…客観的には、目的も当てもなく歩き回る状態。</p> <p><input type="checkbox"/>火の不始末…煙草の火、ガスコンロ等あらゆる火の始末や火元の管理ができない状態。</p> <p><input type="checkbox"/>不潔行為…排泄物を弄んだり撒き散らす場合をいう。体が清潔でないことは含まない。</p> <p><input type="checkbox"/>暴食行動…食欲異常の一種。正常では忌避するような物体、味に対して特に異常な食欲や嗜好を示すこと。</p> <p><input type="checkbox"/>性的問題行動…周囲が迷惑している行為と判断される性的な行動を示すこと。</p>
精神・神経障害	<p>患者に認められる行動上の障害以外の精神・神経症状の有無について該当する項目を確認してください。その内容については、以下の定義を参考にしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>せん妄…意識変容の一つ。軽度ないし中等度の意識混濁に妄想、錯覚、偽幻覚、幻覚、不安、恐怖、精神運動性の興奮を伴う。夜間に起こりやすい。</p> <p><input type="checkbox"/>傾眠傾向…意識の清明性の障害。意識混濁は軽度で、反復して強い刺激をあたえればやや覚醒状態に回復するが、放置すればただちに入眠してしまうような状態。</p> <p><input type="checkbox"/>幻視・幻聴…幻視とは、視覚に関する幻覚。外界に実存しないのに、物体、動物、人の顔や姿などが見えること。幻聴とは、聴覚領域の幻覚の</p>

	<p>一種。実際には何も聞こえないのに、音や声が聞こえると感じるもの。</p> <p>□妄想…病的状態から生じた判断の誤りで、実際にはあり得ない不合理な内容を、正常を超えた訂正不能な主観的確認を持って信じていること。</p> <p>□失見当識…見当識の機能が失われた状態。</p> <p>□失認…局在性の脳病変によって起こる後天性の知覚と認知の障害で、ある感覚を介する対象認知が障害されているが、その感覚自体の異常、知能低下、意識障害等に原因するとはいえず、他の感覚を介すれば対象を正しく認知できるもの。資格失認及び視空間失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認等に大別される。</p> <p>□失行…随意的、合目的、象徴的な熟練を要する運動行為を行うことができない状態で、麻痺、運動失調等の要素的運動障害、また失語、失認、精神症状などで説明できないもの。</p> <p>□認知障害…日常生活を送るために必要な記憶、見当識、注意、言語、記憶、思考、判断などの活動に関する障害により環境、新しい問題への適切な対応が困難。</p> <p>□記憶障害…記憶を失った障害。短期記憶障害と長期記憶障害がある。</p> <p>□注意障害…全般性注意障害と方向性注意障害があり、全般性注意障害は、ひとつのことに注意を集中したり、多数の中から注意して必要なことを選ぶ事などが困難になる。方向性注意障害は、半側空間無視とも呼ばれ、脳損傷の反対側の空間にあるものを無視する。</p> <p>□遂行機能障害…目的に沿った行動の計画と実行の障害。この障害により自分の行動を制御したり管理することができなくなり、目的に沿った行動を取れなくなる。</p> <p>□社会的行動障害…認知障害に基づいて社会生活の中で発生する行動上の障害。すぐに他人へ頼る、欲求のコントロールができない、感情を爆発させる、良好な人間関係を築く事ができない、ひとつの物事にこだわる、意欲の低下などがある。</p>
--	---

## 6: 継続ケア計画

項目	解説
継続ケア	<p>各職種で、必要内容を記載してください。</p> <p>身体・医療的側面について、留意しなくてはならない内容、患者・家族指導の内容、連携に必要な情報などを詳しく記載し、必要なケアの継続が行えるように詳細に記入してください。</p>

## 7: 緊急時の対応

項目	解説
登録	緊急時バックアップ体制への登録の有無について記載してください。

## 第2章 三原市地域包括ケア連携シート 記入例

### 1: 一般病院事例

三原市地域包括ケア連携シート 「Zai-Takko 三原」

第1版(平成27年1月作成)

#### 1: 基本情報

IDNo.	フリガナ	ミハラ タロウ	性別	生年月日	年号	9	1	1	81
	患者氏名	三原 太郎	男性		昭和	年	月	日	歳
住所	〒723-0000 三原市〇〇〇※丁目***				TEL	自宅	0848-***-****		
						携帯	0*0-****-****		
連絡先1	三原〇〇 (続柄: 長男)	住所	広島市〇〇〇区〇〇※丁目***		TEL	自宅	082-****-****		
						携帯	0*0-****-****		
連絡先2	本郷△△ (続柄: 長女)	住所	三原市〇〇〇□丁目***		TEL	自宅	0848-***-****		
						携帯	0*0-****-****		

医療保険	保険の種類	後期高齢者医療制度			限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	記号・番号	*****			区分			
	前期高齢者医療	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	負担割合	10 %	認定期間	月 日 ~ 月 日		
	番号				多数該当	<input type="checkbox"/> 有 ( 回目 ) <input type="checkbox"/> 無		
公費負担	種類(リスト)	原爆被爆者医療			家族構成	<input type="checkbox"/> 独居		
	番号	*****				<input type="checkbox"/> 未婚 <input checked="" type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 死別		
	種類(リスト)	重度障害者医療				<input checked="" type="checkbox"/> 家族有(家族構成)		
	番号	*****				<input type="checkbox"/> 夫 <input checked="" type="checkbox"/> 妻 <input checked="" type="checkbox"/> 子供 ( 3 人 ) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
各種手帳	種類(リスト)	身体障害者手帳				同居人	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	種類(記載)						<input type="checkbox"/> 夫 <input checked="" type="checkbox"/> 妻 <input checked="" type="checkbox"/> 子供 ( 1 人 ) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	等級	I 種	3 級					
	障害の種類	体幹機能障害						
介護保険	番号	*****				キーパーソン:	三原〇〇	続柄: 長男
	介護度	要介護3	認定日	* 月 * 日		主介護者:	三原花子	続柄: 妻
	認定期間	平成 26 年 * 月 * 日 ~	平成 26 年 * 月 * 日					
	居宅介護支援事業所	☆☆居宅介護支援事業所	CM	〇〇				

#### 2: 生活・社会情報

家族関係	<input checked="" type="checkbox"/> 家族等のハンディキャップ 次男が、知的障害を有している。長男・長女家族とも家族関係は良好であり、子供たちも協力的である。
経済的側面	<input type="checkbox"/> 経済的問題 <input type="checkbox"/> 支払い能力 経済的問題についての訴えは認めない。
住宅環境	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 平屋 <input checked="" type="checkbox"/> 2・3階建て <input type="checkbox"/> アパート・マンション( )階 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 問題点 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 玄関先に、2~3段の階段を認める。自宅内への手すりの設置などは認めない。
生活状況	本人夫婦・次男の3人暮らし。次男は知的障害を認め、日常生活に声掛け~見守りが必要である。入院前までは、妻の軽介助にて生活は可能であったが、数か月前から物忘れなどが目立つようになっていた。
社会福祉制度	現在 今後の予定 介護保険 デイサービス・訪問介護などを予定。

3: 身体-医療情報

(1)診断名 (入院の原因となった傷病名については、1に記入)	他科受診	<input checked="" type="checkbox"/> 有	泌尿器科	<input type="checkbox"/> 無
1 脳梗塞(再発)	発病年月日	平成	26年*	月*日
2 高血圧	発病年月日	平成	10年	月日
3 糖尿病	発病年月日	平成	10年	月日
4	発病年月日		年	月日
5	発病年月日		年	月日

(2)症状の安定性	<input checked="" type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定	<input type="checkbox"/> 不明	(3)介護必要予後	<input type="checkbox"/> 改善	<input checked="" type="checkbox"/> 不変	<input type="checkbox"/> 悪化
-----------	--	------------------------------	-----------------------------	-----------	-----------------------------	--	-----------------------------

(4)日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input checked="" type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

(5)認知度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input checked="" type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M
--------	-----------------------------	----------------------------	---	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	----------------------------

(6)患者状況 (経過・治療内容など)	入院日: 平成 26年 * 月 * 日
---------------------	---------------------

\*月\*日に自宅で体のしびれを認め、救急受診。CTの結果脳梗塞再発を認め入院加療。入院後は保存的に加療を行い、リハビリを継続している。左半身に不全麻痺を認め、歩行は杖歩行である。移動時などはふらつきを認めるため見守りが必要である。以前より、糖尿病・高血圧にて通院加療を実施。インシュリン注射にて血糖コントロールを要する。インシュリン注射は、家族にて施注を要する。

身長:	165	cm	体重:	65	kg	利き腕	<input checked="" type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左
-----	-----	----	-----	----	----	-----	---------------------------------------	----------------------------

(7)既往	平成 25年 6月 脳梗塞
	年 月

(8)点滴・注射	① リン酸注フラスター 眠前14単位	③
	②	④

(9)処方	<input checked="" type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 粉砕	※他科処方などの漏れがないように十分確認をしてください。	
①	ハイアストリン錠100mg	1錠	朝食後	⑨
②	セイブ錠50mg	3錠	朝昼夕3回(食後)	⑩
③	エガ錠50mg	2錠	朝夕2回(食後)	⑪
④	ダイアト錠60mg	0.5錠		⑫
	セフ50mg	0.5錠	朝食後	⑬
⑤	オメガゾール錠10「SW」	1錠	夕食後	⑭
⑥	ゼニア錠10mg	1錠	朝食後	⑮
⑦				⑯

(10)薬の副作用	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	禁忌薬剤	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無
①					③
②					④

(11)告知・説明	
本人	病名告知 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 予後告知 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 【内容】 脳梗塞の再発です。今後リハビリ加療などを行っていきましょう。
家族	病名告知 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 予後告知 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 【内容】 同上。

4: 医療機器-その他材料-必要物品

種別	機器・物品名	備考(レンタル・購入業者・必要個数・交換頻度等)

5: 医療処置・身体状況

医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理 ( <input type="checkbox"/> 末梢持続 <input type="checkbox"/> 適時 ) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(ポート <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔 ) カテーテルの交換頻度 ( / )
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 ( <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 透析( <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> CAPD)
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 ( <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 気道 ) 1日回数( / 回程度)
	<input type="checkbox"/> レスピレーター管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 カニューレ交換頻度 ( / )
	<input type="checkbox"/> ストーマの処置 ( 便 尿 ) 交換頻度( / )
	<input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル カテーテルの交換頻度( / ) <input type="checkbox"/> 自己導尿
	<input type="checkbox"/> 尿管ステント <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 交換頻度( / )
	<input checked="" type="checkbox"/> インスリン注射 ( <input checked="" type="checkbox"/> 一定量投与 <input type="checkbox"/> スケール投与 ) 自己注射 ( <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 ) 時間と単位 ( ランタス注ノロスター 眠前 14単位 )
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 部位( / )
感染症	HB ( <input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検 ) HCV ( <input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検 )
	その他 [ / ]
身体状況	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 ( 部位: / ) <input type="checkbox"/> 筋力低下 ( 部位: / )
	<input checked="" type="checkbox"/> 麻痺 ( <input type="checkbox"/> 完全麻痺 <input checked="" type="checkbox"/> 不全麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 左下肢 )
	<input type="checkbox"/> 関節拘縮 肩( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 手関節( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 肘( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) 股( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 膝( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 足関節( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )
	<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動 上肢( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) 体幹( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) 下肢( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )
	<input type="checkbox"/> 皮膚疾患 部位と処置( / )
寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	寝たきり期間 (期間: / 年 / 月 / 日頃より) 体位変換 ( <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 )
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる・見守り( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ) <input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる・介助( <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 ) <input type="checkbox"/> できない
座位保持	<input checked="" type="checkbox"/> できる・見守り( <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 ) <input type="checkbox"/> 支えればできる・介助 ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ) <input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる・見守り( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ) <input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる・介助( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ) <input type="checkbox"/> できない
歩行	<input checked="" type="checkbox"/> できる ( <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 ) <input type="checkbox"/> できない 装具( <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 )
車椅子移乗	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> できない 車椅子自走( <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 )
視力	<input checked="" type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> よく見えない <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明 眼鏡( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input checked="" type="checkbox"/> よく聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 補聴器( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
口腔の状態	<input type="checkbox"/> 総歯歯 <input checked="" type="checkbox"/> 部分歯歯 <input type="checkbox"/> 自歯 治療 ( <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 )
	咀嚼 ( <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ) 嚥下 ( <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない )
	歯磨き ( <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ) 喀痰 ( <input checked="" type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない )
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自分で食べられる <input checked="" type="checkbox"/> 見守り( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ) セッティング( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
	<input type="checkbox"/> 食べさせる(全介助) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー ( / )
食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 治療食( / )カロリー( / )
	<input type="checkbox"/> 経管栄養食 内容( / ) 1日回数( / ) ( / )カロリー 補足( / )
排泄状況	<input checked="" type="checkbox"/> 尿意有 <input type="checkbox"/> 尿意無 <input checked="" type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input checked="" type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> 尿器
	<input type="checkbox"/> カテーテル ( <input type="checkbox"/> コンドーム <input type="checkbox"/> 留置カテーテル ) <input type="checkbox"/> 自己導尿 介助 ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
	<input checked="" type="checkbox"/> 便意有 ( <input type="checkbox"/> 自然 <input checked="" type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便 ) <input checked="" type="checkbox"/> 便失禁
	<input checked="" type="checkbox"/> ホーカトル ( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない ) <input checked="" type="checkbox"/> トイレ ( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない )
保清	浴槽出入 ( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない ) 見守り( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
	身体を洗う ( <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない ) 見守り( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
	清拭 ( <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない ) 見守り( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
更衣	着衣 ( <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない ) 見守り( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
	脱衣 ( <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない ) 見守り( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
薬の内服	<input type="checkbox"/> 自分でできる 見守り( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ) <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	介助の内容 ( 薬の準備及び内服の促しが必要である。 / )
記憶・理解	<input checked="" type="checkbox"/> 短期記憶の問題 <input type="checkbox"/> 長期記憶の問題 理解力 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 感情失禁( <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 )
コミュニケーション	発語 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 構音障害 ( <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ) 失語 ( <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 )
	<input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない 表情 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 視線 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 会話の論理性( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
行動障害	<input type="checkbox"/> 昼夜障害 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ( / ) <input checked="" type="checkbox"/> 無
精神・神経障害	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他( / ) <input type="checkbox"/> 無

6: 継続ケア計画

継続ケア (特記事項)	<p>●糖尿病管理 血糖値が200台を超えることがありコントロール不良であった。現在では、インシュリン注射及び内服管理にて、血糖値100代で安定している。低血糖時の対処方法などは本人・家族共に理解している。 入院前までは、本人管理。入院を契機に家族(妻)も施注できるよう指導を行った。現在では、妻も問題なく実施できている。</p> <p>●日常生活支援 移動は杖歩行が可能であるが、短い距離のみである。ふらつき・膝折れなどを認めるため、外出時などは、車椅子などの利用が適切であると考える。 排泄については、トイレへの移動が可能であるが、排泄後の処理・ズボンや下着などの上げ下げに介助を要することがある。</p> <p>●家族状況 次男に知的障害を認める。現在介護保険によるデイサービス等を利用しているが、なじめないことが多く休みがちである。日常生活に、声掛けから見守りが必要であり、妻の介護負担が増している。</p>
----------------	--

7: 緊急時の対応

緊急時バックアップ登録  有  無  登録予定 登録医療機関名( 三原●●△△病院 )  
※登録予定の場合は、かかりつけ医による診療情報提供書及び連携シートの記入・提出をお願いします。

## 2:精神科病院事例

三原市地域包括ケア連携シート「Zai-Takko 三原」

第1版(平成27年1月作成)

### 1:基本情報

ID№	ﾌﾗﾝｼﾞ	ｼﾏﾞ ﾊｼｺ	性別	生年月日	年号	10	1	1	80	
	患者氏名	三原 花子	女性		昭和				歳	
住所	〒723-0000 三原市〇〇〇※丁目**-**				住居	自宅	0848-**-****			
						携帯	0*-****-****			
連絡先1	浮城〇〇 (続柄: 長女)	住所	三原市☆☆〇丁目**-*		住居	自宅	0848-**-****			
						携帯	0*-****-****			
連絡先2	本郷△△ (続柄: 長男)	住所	三原市〇〇〇〇丁目**-*		住居	自宅	0848-**-****			
						携帯	0*-****-****			
医療保険	保険の種類	後期高齢者医療制度			限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無				
	記号・番号	*****			区分					
	前期高齢者医療	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	負担割合	10 %	認定期間	月 日 ~ 月 日				
公費負担	番号				多数該当	<input type="checkbox"/> 有( 回目) <input checked="" type="checkbox"/> 無				
	種類(リスト)	自立支援医療			家族構成	<input checked="" type="checkbox"/> 独居				
	番号	*****				<input type="checkbox"/> 未婚 <input checked="" type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 死別				
	種類(リスト)					<input checked="" type="checkbox"/> 家族有(家族構成)				
番号				<input checked="" type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input checked="" type="checkbox"/> 子供( 2 人 )						
種類(記載)				<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母						
番号				<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹						
種類(記載)				<input type="checkbox"/> その他( )						
各種手帳	種類(リスト)	精神保健福祉手帳				同居人	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
	種類(記載)						<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子供( 人 )			
	等級	種 2 級					<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母			
介護保険	障害の種類	精神障害			<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹					
	番号	*****			<input type="checkbox"/> その他( )					
	介護度	要介護1	認定日	* 月 * 日	キーパーソン:		浮城 〇〇	続柄:	長女	
	認定期間	平成 26 年 * 月 * 日 ~	平成 27 年 * 月 * 日	主介護者:	浮城 〇〇		続柄:	長女		
	居宅介護支援事業所	☆☆居宅介護支援事業所	CM	〇〇						

### 2:生活-社会情報

家族関係	<input checked="" type="checkbox"/> 家族等のハンディキャップ 夫とは、数十年前からアルコール・ギャンブルにかかるトラブルで別居生活となっている。上記から、各種社会保険制度の利用申請などについては、長女行っていた。夫と他の家族(長女・長男)も疎遠な状態である。
経済的側面	<input type="checkbox"/> 経済的問題 <input type="checkbox"/> 支払い能力 厚生年金のみの収入である。大きな問題はない。
住宅環境	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 平屋 <input checked="" type="checkbox"/> 2・3階建て <input type="checkbox"/> アパート・マンション( )階 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 問題点 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
生活状況	入院前は、精神科デイケア及び介護保険でのデイケアを利用していた。家事全般に介助を要し、自炊・掃除・洗濯などは意欲低下を認め困難な時を多く認めた。家事援助で訪問介護を利用していた。
社会福祉制度	現在 自立支援医療と介護保険を併用している。 今後の予定 介護保険サービス中心に切り替えていく予定である。

3: 身体-医療情報

(1) 診断名 (入院の原因となった傷病名については、1に記入) 他科受診  有( )  無

1 うつ病	発病年月日	年	月	日
2 老年期認知症	発病年月日	年	月	日
3 不眠症	発病年月日	年	月	日
4 高血圧	発病年月日	年	月	日
5	発病年月日	年	月	日

(2) 症状の安定性  安定  不安定  不明 (3) 介護必要予後  改善  不変  悪化

(4) 日常生活自立度  自立  J1  J2  A1  A2  B1  B2  C1  C2

(5) 認知度  自立  I  IIa  IIb  IIIa  IIIb  IV  M

(6) 患者状況 (経過・治療内容など) 入院日: 平成 26 年 \* 月 \* 日

30代でうつ病を発症。戻状態や鬱症状を繰り返し、入退院の繰り返しとなっている。入院時に独語や妄想、興奮状態を認めた。現在では、表情も穏やかな時も認めるようになったが、軽度の鬱症状を認める。

身長: 145 cm 体重: 45 kg 利き腕  右  左

(7) 既往 平成 23 年 10 月 右大腿骨頸部骨折 人工骨頭置換術後

(8) 点滴・注射  
① \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_  
② \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_

(9) 処方  一包化  粉砕 ※他科処方などの漏れがないように十分確認をしてください。

① 酸化マグネシウム1g	3 包	朝昼夕3回(食後)	⑤
② セルテフンカフセル50mg	1 錠	朝昼夕3回(食後)	⑥
③ ヘルサンチン25mg	3 錠	朝昼夕3回(食後)	⑦
④ ハントシン200	3 錠	朝昼夕3回(食後)	⑧
⑤ コリネール10mg	2 錠	朝夕2回(食後)	⑨
⑥ レニペース5mg	2 錠	朝食後	⑩
⑦ レントミンD0.25mg	0.5 錠	就寝前	⑪
⑧			⑫

(10) 薬の副作用  有  無 禁忌薬剤  有  無  
① \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_  
② \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_

(11) 告知・説明

本人	病名告知 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	予後告知 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	【内容】 入院して治療をしましょう。	
家族	病名告知 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	予後告知 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	【内容】 同上	

4: 医療機器-その他材料-必要物品

種別	機器・物品名	備考(レンタル・購入業者・必要回数・交換頻度等)

5: 医療処置-身体状況

医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理 ( <input type="checkbox"/> 末梢持続 <input type="checkbox"/> 適時 ) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(ポート <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔 ) カテーテルの交換頻度 ( / )
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 ( <input type="checkbox"/> 鼻 ) <input type="checkbox"/> 透析 ( <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> CAPD )
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 ( <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 気道 ) 1日回数 ( / 回程度 )
	<input type="checkbox"/> レスピレーター管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 カニューレ交換頻度 ( / )
	<input type="checkbox"/> ストーマの処置 ( 便 尿 ) 交換頻度 ( / )
	<input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル カテーテルの交換頻度 ( / ) <input type="checkbox"/> 自己導尿
	<input type="checkbox"/> 尿管ステント <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 交換頻度 ( / )
	<input type="checkbox"/> インスリン注射 ( <input type="checkbox"/> 一定量投与 <input type="checkbox"/> スケール投与 ) 自己注射 ( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ) 時間と単位 ( / )
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 部位 ( / )
感染症	HB ( <input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検 ) HCV ( <input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検 )
	その他 [ <input type="checkbox"/> W 氏 陽性 ]
身体状況	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 ( 部位: / ) <input type="checkbox"/> 筋力低下 ( 部位: / )
	<input type="checkbox"/> 麻痺 ( <input type="checkbox"/> 完全麻痺 <input type="checkbox"/> 不全麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 )
	<input type="checkbox"/> 関節拘縮 肩 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 手関節 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 肘 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) 股 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 膝 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 足関節 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )
	<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動 上肢 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) 体幹 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) 下肢 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )
	<input type="checkbox"/> 皮膚疾患 部位と処置 ( / )
寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない 寝たきり期間 (期間: 年 月 日頃より) 体位変換 ( <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 )
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる・見守り ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ) <input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる・介助 ( <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 ) <input type="checkbox"/> できない
座位保持	<input checked="" type="checkbox"/> できる・見守り ( <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 ) <input type="checkbox"/> 支えればできる・介助 ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ) <input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる・見守り ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ) <input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる・介助 ( <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 ) <input type="checkbox"/> できない
歩行	<input checked="" type="checkbox"/> できる ( <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ) <input type="checkbox"/> できない 装具 ( <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 )
車椅子移乗	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない 車椅子自走 ( <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 )
視力	<input checked="" type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> よく見えない <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明 眼鏡 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input checked="" type="checkbox"/> よく聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 補聴器 ( <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 )
口腔の状態	<input type="checkbox"/> 総歯歯 <input checked="" type="checkbox"/> 部分歯歯 <input type="checkbox"/> 自歯 治療 ( <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 )
	咀嚼 ( <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ) 嚥下 ( <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない )
	歯磨き ( <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ) 喀痰 ( <input type="checkbox"/> 多い <input checked="" type="checkbox"/> 少ない )
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自分で食べられる <input checked="" type="checkbox"/> 見守り ( <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 ) セッティング ( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
食事内容	<input type="checkbox"/> 食べさせる(全介助) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー ( / )
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 治療食 ( / ) カロリー ( / )
排泄状況	<input checked="" type="checkbox"/> 尿管有 <input type="checkbox"/> 尿管無 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> 尿器
	<input type="checkbox"/> カテーテル ( <input type="checkbox"/> コンドーム <input type="checkbox"/> 留置カテーテル ) <input type="checkbox"/> 自己導尿 介助 ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
	<input checked="" type="checkbox"/> 便意有 ( <input type="checkbox"/> 自然 <input checked="" type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便 ) <input type="checkbox"/> 便失禁
	<input checked="" type="checkbox"/> ホールトイレ ( <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない ) <input checked="" type="checkbox"/> トイレ ( <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない )
保清	浴槽出入 ( <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない ) 見守り ( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
	身体を洗う ( <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない ) 見守り ( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
	清拭 ( <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない ) 見守り ( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
更衣	着衣 ( <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない ) 見守り ( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
	脱衣 ( <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない ) 見守り ( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )
薬の内服	<input type="checkbox"/> 自分でできる 見守り ( <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ) <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 介助の内容 ( 配薬・内服確認を要する。 / )
記憶・理解	<input checked="" type="checkbox"/> 短期記憶の問題 <input type="checkbox"/> 長期記憶の問題 理解力 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 感情失禁 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
コミュニケーション	発語 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 構音障害 ( <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ) 失語 ( <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 )
	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない 表情 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 視線 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 会話の論理性 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
行動障害	<input checked="" type="checkbox"/> 昼夜障害 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ( / ) <input type="checkbox"/> 無
精神・神経障害	<input checked="" type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input checked="" type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( / ) <input type="checkbox"/> 無

6: 継続ケア計画

○经济管理

本人管理困難なため、社会福祉協議会の「かけはし」利用予定である。(現在調整中)  
入院中は、本人了承のもと病院管理としている。

継続ケア  
(特記事項)

7: 緊急時の対応

緊急時バックアップ登録  有  無  登録予定 登録医療機関名( ○○△△病院 )

※登録予定の場合は、かかりつけ医による診療情報提供者及び連携シートの記入・提出をお願いします。

記入日: 平成 26 年 \*\* 月 \*\* 日 記入者: (所属) ○○△△病院 (氏名) \*\*\*\* \*\*