

| 性別                                                                         | 男                                                                                                                                                                                   | 女  | 本人状態 | 安定期                                                                                                                                                                                                                         | 増悪期 | 入院期 | 会議出席者(所属・職種と氏名を記入してください。)                                                  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 生年月日                                                                       | 大正15年                                                                                                                                                                               | 0月 |      | 退院期                                                                                                                                                                                                                         | 急性期 |     | 1. ○○良夫先生(○○医院) 2. △△先生(△△歯科クリニック)                                         |  |  |
| 介護度                                                                        | 要支援2                                                                                                                                                                                |    |      |                                                                                                                                                                                                                             |     |     | 3. △○ 藪子(ケアマネ) 4. ○△さん(かかりつけ薬局)                                            |  |  |
| 家族構成(ジェノグラム)                                                               |                                                                                                                                                                                     |    |      | 世帯の状況について<br>老人世帯<br>特記事項(施設名等)<br>青い太枠内をクリックすると▼が現れます。<br>▼をクリックし、選択                                                                                                                                                       |     |     | 5. ◇□さん(通所介護責任者) 6. ○□さん(★ご家族)                                             |  |  |
| 在宅介護生活状況                                                                   | 居室介護支援事業所 □◇ケアプランセンター<br>担当介護支援専門員 △○ 藪子                                                                                                                                            |    |      | かかりつけ医療機関 ○○医院<br>担当医師 ○○良夫<br>主病名 うっ血性心不全<br>合併症 ・高血圧症・白内障<br>・アルツハイマー型認知症・うつ病<br>薬物アレルギー 無し<br>感染症等 C型肝炎                                                                                                                  |     |     | ・右側の介護生活状況等をケアマネジャーが入力します。<br>・左側の疾患、身体情報等を、かかりつけ医が入力します。<br>・その他、リハビリ、歯科、 |  |  |
| 1) 居室サービス                                                                  | 訪問介護 月 火 水 木 金 土 日<br>通所介護 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○                                                                                                                                            |    |      | *処方内容(持参薬)または特別な医療(IVH、胃瘻等)<br>・月に1回受診中。内服薬処方。降圧剤にて血圧管理中。<br>・認知症状あり、鬱状態で閉じこもりがち。活動量低下による下肢筋力の低下が著しい。<br>・白内障の点眼があったが、数年前より眼科受診できていない。                                                                                      |     |     |                                                                            |  |  |
| 2) 他介護保険サービス                                                               | 短期入所生活介護 ○                                                                                                                                                                          |    |      | 2) 麻痺 無し 部位<br>3) 筋力低下 有り 部位 両下肢<br>4) 関節の拘縮 無し 部位<br>5) 慢性疼痛 無し 部位<br>6) 視力障害 右目失明がね 有り 生活支障 有り<br>7) 聴覚障害 有り 生活支障 無し<br>8) 言語障害 無し 生活支障 無し<br>9) 嚥下障害 無し 生活支障 無し<br>10) 皮膚疾患 無し 部位<br>11) 褥瘡 無し 部位                        |     |     | *身体計測日 平成28年6月 身長 169 cm 体重 54 kg                                          |  |  |
| 3) 福祉用具貸与                                                                  | ペット、玄関の補助手すり使用中                                                                                                                                                                     |    |      | 1) 認知症 有り 病名 アルツハイマー型認知症<br>① 周辺状況 有り ② HDS-R 点<br>2) 不眠症 有り 昼夜逆転、夜間徘徊がある<br>3) 高次脳機能障害 無し<br>4) 意識障害 無し<br>5) 精神障害 有り 症状 統合失調症<br>6) 精神障害 有り 症状 人格障害<br>7) 社会生活障害 有り 症状 人格障害<br>8) その他                                     |     |     | リハビリ                                                                       |  |  |
| 4) インフォーマルサービス                                                             | 受診時、介護タクシー利用                                                                                                                                                                        |    |      | 担当医療機関名 担当者名(OT、PT等)<br>1) 機能訓練<br>2) 物理療法<br>3) 装具等<br>リハビリの課題<br>・2ヶ月前から筋力低下がみられ、デイサービスを1ヶ月欠席。送迎時の体勢が辛いとの訴えがあった。                                                                                                          |     |     | 歯科情報                                                                       |  |  |
| 5) その他                                                                     |                                                                                                                                                                                     |    |      | かかりつけ歯科医療機関名 △△歯科クリニック 担当歯科医師名 △△ ○雄<br>1) 歯科口腔疾患 有り 歯肉炎(出血あり)<br>2) 義歯の有無 有り 部分入れ歯あり<br>3) 定期診察の必要性 有り 歯根治療が必要。<br>口腔ケアの課題<br>・部分入れ歯をよく外して、紛失することがある。(家族より)<br>・義歯の調整、歯肉の治療が必要だが、それには本人の了解と協力が必要。訪問歯科診療だけでなく、通院してもらう必要がある。 |     |     | 薬剤情報                                                                       |  |  |
| 分類                                                                         | 評価項目 評価尺度 評価点                                                                                                                                                                       |    |      | かかりつけ薬局名 ○△調剤薬局 担当薬剤師名 ○△<br>1) 薬の管理 全介助<br>2) 服薬状況(残薬確認) 家族が毎日対応する。ヘルパーも確認している<br>3) 家族の協力 有り 4) 他院処方 有り<br>服薬の課題<br>・認知症であり、薬剤管理は全て、家族が管理する。                                                                              |     |     | 今後の方針                                                                      |  |  |
| 身体面                                                                        | 1) 寝返り 5 4 3 2 1 全介助を要する<br>2) 起き上がり 5 4 3 2 1 全介助を要する<br>3) 座位保持 5 4 3 2 1 全介助を要する<br>4) 立ち上がり 5 4 3 2 1 全介助を要する<br>5) 移動動作 5 4 3 2 1 全介助を要する<br>6) 歩行・移動(屋内・屋外) 5 4 3 2 1 全介助を要する |    |      | 精神及び心の情報                                                                                                                                                                                                                    |     |     | 今後の方針                                                                      |  |  |
| 生活面                                                                        | 1) 入浴 3 2 3<br>2) 掃除 2 2 2<br>3) 洗濯 3 2 2<br>4) 調理 1 1 1<br>5) 外出(通院・買い物) 3 2 2<br>6) 金銭管理 3 2 2                                                                                    |    |      | リハビリ                                                                                                                                                                                                                        |     |     | 今後の方針                                                                      |  |  |
| 健康面                                                                        | 1) 食事 3 4 2<br>2) 排泄 3 5 2<br>3) 更衣 3 3 2<br>4) 薬管理 2 1 1<br>5) 口腔ケア 2 2 2                                                                                                          |    |      | 歯科情報                                                                                                                                                                                                                        |     |     | 今後の方針                                                                      |  |  |
| 精神認知面                                                                      | 1) 見当識(場所がわからない) 問題 疑い 有る 常態化している<br>2) 記憶(時系列がわからない) 問題 疑い 有る 常態化している                                                                                                              |    |      | 歯科情報                                                                                                                                                                                                                        |     |     | 今後の方針                                                                      |  |  |
| 食事                                                                         | 1) 摂取量 自立<br>2) 食事形態 主食 普通食 副食 刻み食<br>3) 水分摂取状況 問題あり<br>4) 嗜好/禁忌食品 お酒週2回、1合程                                                                                                        |    |      | 薬剤情報                                                                                                                                                                                                                        |     |     | 今後の方針                                                                      |  |  |
| シートは①～③まであり、会議3回分を入力できます。3回分の評価点数がレーダーチャートに反映されます。                         |                                                                                                                                                                                     |    |      |                                                                                                                                                                                                                             |     |     | 今後の方針                                                                      |  |  |
| シート名をダブルクリックして会議日を入力してください。※下部のシート名(会議日)を入力すると、用紙のフッターに会議日が反映され出力時に印字されます。 |                                                                                                                                                                                     |    |      |                                                                                                                                                                                                                             |     |     | 今後の方針                                                                      |  |  |
|                                                                            |                                                                                                                                                                                     |    |      |                                                                                                                                                                                                                             |     |     | 今後の方針                                                                      |  |  |