

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

情報提供先施設名称 **居宅介護支援事業所〇〇 御中** 情報提供先担当者名 **〇〇 〇〇 様**

資料 7

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	ハコダテ タロウ 函館 太郎	生年・性別等	昭和15年1月1日 生 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (満 77 歳)	生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害等認定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 療育 <input type="checkbox"/> 精神(級) 特定疾患()	身障(級)	<input type="checkbox"/>
現住所	函館市〇〇町〇丁目〇-〇			電話番号	0138-〇〇-〇〇〇〇				
居住	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) ※エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療保険種類	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他()						
要介護度	要介護5	認定有効期間	平成 29 年 〇 月 〇 日 ~ 平成 30 年 〇 月 〇 日	障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	B1	認知症高齢者日常生活自立度	I		
同居家族	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()								
連絡先①	函館 次郎	続柄	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	0138-〇〇-〇〇〇〇		関係	<input checked="" type="checkbox"/> 主介護者 <input checked="" type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()
連絡先②		続柄		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話			関係	<input checked="" type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()

● 医療情報等

*歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。

主病名	医療機関等名称	診療科名等	担当医	受診状況等	*特記
肺炎	函館市〇〇病院	内科	函館 三郎先生		<input checked="" type="checkbox"/>
高血圧症	函館市〇〇病院	循環器内科	〇〇 〇〇先生		<input type="checkbox"/>
脳梗塞	脳神経外科〇〇病院	脳神経外科	〇〇 〇〇先生		<input checked="" type="checkbox"/>

*特記☑の付く場合は応用ツール⑩を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日 平成 29 年 〇 月 〇 日 入院時 入院中 退院時 地域生活期 その他()

*起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他()
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 左下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右下肢
視力【日常生活に支障】	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	・眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
聴力【日常生活に支障】	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有⇒(難聴あり。耳で大きな声なら聞こえる。)	・補聴器	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	失語症	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
*認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()		
食事摂取	*食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	水分トロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
	*食動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事・水分制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
口腔	*口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要アセスメント
排泄	排尿介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	トイレ使用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	排便介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input checked="" type="checkbox"/> 常時
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	*服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
入浴(保清等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		

*特別な医療等

<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール② 作成)	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成)
<input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール⑩ 作成)	<input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール⑪ 作成)
<input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール③ 作成)	<input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成)
<input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成)	<input type="checkbox"/> ドレーン (部位:)
<input type="checkbox"/> 自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成)
<input type="checkbox"/> 透析液供給装置	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成)
<input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成)	<input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成)
<input type="checkbox"/> 吸引器	<input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール⑯ 作成)
<input type="checkbox"/> 輸液ポンプ	<input type="checkbox"/> リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成)
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成)	<input type="checkbox"/> 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成)
<input type="checkbox"/> 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑧ 作成)	<input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑱ 作成)
<input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成)	

在宅介護サービス等

訪問診療 訪問歯科診療 訪問看護 訪問介護 訪問入浴 訪問リハ
通所サービス ショートステイ 住宅改修 福祉用具 その他()

*介護上、特に注意すべき点等

([有]の場合応用ツール⑱ 作成) 無 有

*介護・看取りに関する本人・家族の意向等

([有]の場合応用ツール⑱ 作成) 無 有

*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール⑩を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を作成下さい。

*食形態・動作・口腔ケアの項目で[普通・自立]以外を選択した場合は応用ツール④を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑩を作成下さい。

本サマリーの記入者

所属名 **函館〇〇病院 相談室** 電話 **0138-〇〇-〇〇〇〇** FAX **0138-〇〇-〇〇〇〇** 記入者 **函館四郎** 作成日 **2017年9月25日**

*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール②】 在宅⇒病院用

情報提供先 施設名称	居宅介護支援事業所〇〇	御中	情報提供先 担当者名	〇〇 〇〇	様
---------------	-------------	----	---------------	-------	---

氏名	函館 太郎
----	-------

週間スケジュール							
	月	火	水	木	金	土	日
AM		⑧通所介護			⑧通所介護		
		⑧通所介護			⑧通所介護		
PM		①訪問診療			①訪問診療		
	①訪問診療						
備考							

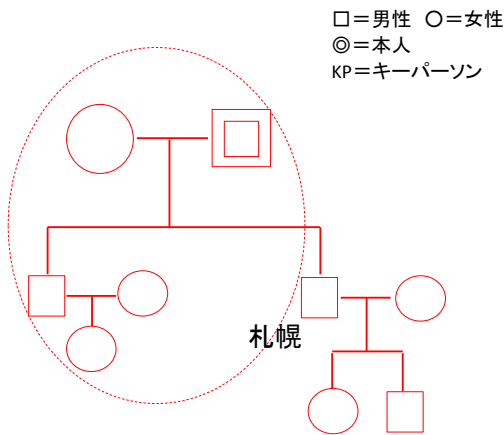
医療・介護サービス利用状況

サービス内容	サービス提供事業者・担当者	主なサービス内容等
<input checked="" type="checkbox"/> ①訪問診療	〇〇クリニック 〇〇看護師	訪問診療 1回/2週間
<input type="checkbox"/> ②訪問歯科診療		
<input type="checkbox"/> ③訪問看護		
<input type="checkbox"/> ④訪問介護		
<input type="checkbox"/> ⑤訪問入浴		
<input type="checkbox"/> ⑥訪問リハ		
<input type="checkbox"/> ⑦通所リハビリ		
<input checked="" type="checkbox"/> ⑧通所介護	デイサービス〇〇 〇〇相談員	送迎, 体調管理, 入浴, 機能訓練
<input type="checkbox"/> ⑨ショートステイ		
<input checked="" type="checkbox"/> ⑩住宅改修	〇〇 〇〇様	玄関前スロープ, 手すり設置
<input checked="" type="checkbox"/> ⑪福祉用具	〇〇 〇〇様	ベッド, 手すりレンタル
<input type="checkbox"/> ⑫他()		
<input type="checkbox"/> ⑬他()		

生育歴・生活歴

函館出身。元教員。長男家族と同居。札幌に住んでいる次男家族との関係良好。趣味は囲碁。

家族構成図



氏名	続柄	関係	連絡先
函館 一郎様	長男	主介護者	0138-〇〇-〇〇〇〇
(住所) 函館市富岡町2丁目10-10			
(備考・携帯番号等) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
就労状態 無職		健康状態 良好	
函館 次郎様	長男	キーパーソン	090-〇〇-〇〇〇〇
(住所) 札幌市〇〇区〇〇 〇丁目〇-〇			
(備考・携帯番号等) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
就労状態 会社員		健康状態 良好	
(住所)			
(備考・携帯番号等)			
就労状態		健康状態	

本サマリーの記入者	所属名	函館〇〇病院 相談室			
電話	0138-〇〇-〇〇〇〇	FAX	0138-〇〇-〇〇〇〇	記入者	函館 四郎
				作成日	2017年9月25日

応用ツール③ 認知症管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 認知症の原因疾患（該当するものに☑）

- ① アルツハイマー型認知症
- ② 脳血管性認知症
- ③ レビー小体型認知症
- ④ 前頭側頭型認知症

3. 認知症の症状（該当するものに☑と下部欄内に詳細記載）

- | | |
|---|---|
| <p><input checked="" type="checkbox"/> ・記憶障害</p> <p>・家族の顔は分かるが、他は不明です。
・場所も自宅以外は不明です。</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> ・幻覚、妄想</p> <p>時折、家の中に「見かけた事の無い人」が居ると言う時があります。</p> |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> ・昼夜逆転</p> <p>夕方の17時には就寝してしまい、夜中に起床し日中に3時間程度昼寝します。</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> ・介護への抵抗</p> <p>おむつ交換時に抵抗があります。</p> |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> ・抑うつ、不安</p> <p>時々、何かの不安感を訴え突然涙を流す事があります。</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> ・暴言、暴力</p> <p>精神的に落ち着かなくなり、イライラ感を表に出し「うるせえ！」等の大声を出したり、興奮すると時折手を出す事があります。</p> |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> ・不潔行為</p> <p>排泄時に、便を壁につけたりする事があります。</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> ・徘徊</p> <p>時間問わず、家の周囲の決まったルートを毎日徘徊するが、ルートを逸脱し行方不明となり捜索願いを出した事もあります。</p> |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> ・その他</p> <p>デイサービス利用時は、施設職員に対して介護拒否等も無く精神的に落ち着いて対応しています。家族に対して（特に主介護者）は非常に厳しい対応をする事があり、家族に対する対応（暴力）については十分注意を要します。</p> | |

4. 認知症の治療状況

- ・治療医療機関⇒ (函館〇〇病院)
- ・担当医 ⇒ ()
- ・内服薬の状況⇒ 有 無
- 有の場合処方内容 ⇒ 函館〇〇病院からの処方内容を添付しています。
- ⇒ 薬情報添付

5. その他

3年前から徐々に認知症状が出現しています。2年前に函館〇〇病院へ通院しアルツハイマーの診断を受けています。内服処方されていますが、症状は徐々に進行している状況が伺えます。

作成者 所属 函館〇〇病院 西病棟 記入者 函館花子
 ツール管理者 所属 函館〇〇病院 相談室 氏名 函館四郎

1. 氏名 生年月日

- ・ 対象患者様の氏名，生年月日
※基本情報からリンクされます。

2. 認知症の原因疾患

- ・ 医師の診断に基づいてチェックして下さい。

※各原因疾患の詳細については「知ってあんしん認知症」（函館市認知症ケアパス）参照。
<http://www.city.hakodate.hokkaido.jp/docs/2017042800077/files/keapasu-all.pdf>

3. 認知症の症状

- ・ 対象患者様の該当する8項目の認知症の症状にチェックをし、下段に具体的な行動、言動、エピソード等を記載して下さい。
- ・ 8項目以外に気になる認知症が原因と思われる症状については「その他」へ記載下さい。

4. 認知症の治療状況

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載下さい。
- ・ 内服薬がある場合は、必ず内容を記載するか情報を添付して下さい。

5. その他

- ・ その他、入院、介護上の状況や伝達事項を記載して下さい。

作成者

- ・ 本「応用ツール③ 認知症管理」を記載作成した連携担当者。

ツール管理者

- ・ 対象患者の「基本ツール」を作成、管理、情報収集した連携担当者。

リンク①

●函館市 認知症の方とその家族のためのサービス

【内容】

- ・ 函館市成年後見制度利用支援事業
- ・ 知ってあんしん認知症（函館市認知症ケアパス）
- ・ 認知症ガイド
- ・ だれでも認知症カフェ
- ・ 介護マーク

リンク②

●函館地区高齢者のためのSOSネットワーク

【内容】

警察・保健所・市町等で行方不明の高齢者を早期に発見、保護するネットワーク

リンク③

●函館市 認知症疾患医療センター

【内容】

- ・ 亀田北病院 認知症疾患医療センター
- ・ 富田病院 認知症総合医療センター
- ・ 函館渡辺病院 認知症疾患医療センター

リンク④

●認知症ねっと

【内容】

認知症に関するトピックス等を幅広く掲載する民間サイトです。