

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

資料8

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

【記載例】

● 基本情報等

|              |  |   |  |   |   |                   |   |                    |  |
|--------------|--|---|--|---|---|-------------------|---|--------------------|--|
| (フリガナ)<br>氏名 | ハコダテ<br>函館 太郎  | 生年・<br>性別等                                | 昭和15年1月1日<br><input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (満 78 歳) | 生活<br>保護  | <input checked="" type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有   | 障害等<br>認定         | <input checked="" type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 療育<br><input type="checkbox"/> 特定疾患 | 身障( 級 )<br>精神( 級 ) |  |
| 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 )<br><input type="checkbox"/> 施設( )  | <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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                   |   |                    |  |
| 要介護度         | 要介護5   | 認定有<br>効期間                                | 平成 29 年 〇 月 〇 日<br>~ 平成 30 年 〇 月 〇 日   | 障害高齢者日常生活自<br>立度(寝たきり度)   | B1  | 認知症高齢者日<br>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<br><input type="checkbox"/> 別居 | 電話  | 0138-〇〇-〇〇〇〇      |   | 関係                 | <input checked="" type="checkbox"/> 主介護者<br><input type="checkbox"/> キーパーソン<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
| 連絡先②         |  | 続柄  |  | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居            | 電話  |                   |   | 関係                 | <input type="checkbox"/> 主介護者<br><input type="checkbox"/> キーパーソン<br><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 | <input checked="" type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時<br><input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> 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<br><input checked="" 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<br><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。耳元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"/> 抑うつ・不安<br><input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <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"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動   | 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(パッド含む) | <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<br><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

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハ | <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 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) | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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<br>施設名称 | 函館〇〇病院 | 御中 | 情報提供先<br>担当者名 | 〇〇 〇〇 | 様 |
|---------------|--------|----|---------------|-------|---|

【記載例】

|    |       |
|----|-------|
| 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       |       |       |   |   |       |   |   |

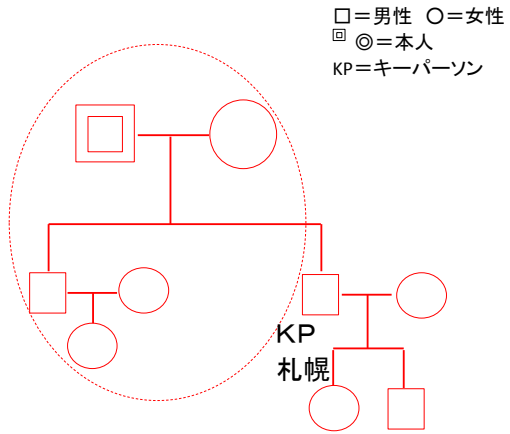
医療・介護サービス利用状況

| <input checked="" type="checkbox"/> | サービス内容   | サービス提供事業所・担当者  | 主なサービス内容等          |
|-------------------------------------|----------|----------------|--------------------|
| <input 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | ⑨ショートステイ |                |                    |
| <input 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 type="checkbox"/>            | ⑪福祉用具    | 〇〇 〇〇様         | ベッド, 手すりレンタル       |
|                                     | ⑫他( )    |                |                    |
|                                     | 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                   | 次男 | 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          | 居宅介護支援事業所〇〇 |              |     |            |
| 電話        | 0138-〇〇-〇〇〇〇 | FAX         | 0138-〇〇-〇〇〇〇 | 記入者 | 函館 五子      |
|           |              |             |              | 作成日 | 2017年9月25日 |

## 応用ツール① 付帯情報管理

【記載例】

【基本ツール】の他に必要情報として以下を添付致します。

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 情報提供時に添付する書類 (該当するものに☑)

 ① 診療情報提供書

枚数 ( 1 ) 枚

備考 ⇒ 処方箋あり

 ② 看護サマリー

枚数 ( 2 ) 枚

備考 ⇒

 ③ リハビリテーションサマリー

枚数 ( 1 ) 枚

備考 ⇒

 ④ フェイスシート

枚数 ( ) 枚

備考 ⇒

 ⑤ その他

文書名 ⇒

枚数 ( ) 枚

備考 ⇒

文書名 ⇒

枚数 ( ) 枚

備考 ⇒

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. 情報提供時に添付する書類

- ・ 添付する書類に☑し，伝達事項等がある場合は記載して下さい。

## 作成者

- ・ 本「応用ツール① 付帯情報管理」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。

**応用ツール② 褥瘡管理** 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 自己管理能力（該当するものに☑）  
 1) 自己管理可  
 2) 一部介助  
 3) 全面介助（介助者 娘）  
 ＊ 家族等の介助状況⇒  可能  不完全  不可能  
 ＊ 特記事項（ ）

4. 褥瘡① ・位置（仙骨）

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| DESIGN-R® 褥瘡経過評価                               |                                       |
| ・Depth（深さ） →（ <u>d 2</u> ）                     | Granulation（肉芽組織） →（ <u>g 3</u> ）     |
| ・Exudate（滲出液） →（ <u>e 1</u> ）                  | Necrotic tissue（壊死組織） →（ <u>N 3</u> ） |
| ・Size（大きさ） →（ <u>s 6</u> ）                     | Pocket（ポケット） →（ <u>P 6</u> ）          |
| ・Inflammation/Infection（炎症／感染） →（ <u>i 1</u> ） |                                       |
| 現在の使用薬剤および投与量                                  |                                       |
| <u>ダーベン</u>                                    |                                       |
| 消毒薬・ドレッシング材の種類・数                               |                                       |
| <u>デュオアクティブ</u>                                |                                       |
| ～ 上記薬剤および材料の要継続期間（推定）                          |                                       |
| 使用器具・提供数（*バック療法がある場合記載）                        |                                       |
| <u>（吸引療法の器具等）</u>                              |                                       |
| ～ 上記使用器具の要継続期間（推定）                             |                                       |
| 褥瘡処置回数 →                                       |                                       |

褥瘡② ・位置（踵）

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| DESIGN-R® 褥瘡経過評価                               |                                       |
| ・Depth（深さ） →（ <u>D 3</u> ）                     | Granulation（肉芽組織） →（ <u>g 1</u> ）     |
| ・Exudate（滲出液） →（ <u>e 3</u> ）                  | Necrotic tissue（壊死組織） →（ <u>N 3</u> ） |
| ・Size（大きさ） →（ <u>s 8</u> ）                     | Pocket（ポケット） →（ <u>P 9</u> ）          |
| ・Inflammation/Infection（炎症／感染） →（ <u>I 3</u> ） |                                       |
| 現在の使用薬剤および投与量                                  |                                       |
| <u>バラマイ、フィブラスト</u>                             |                                       |
| 消毒薬・ドレッシング材の種類・数                               |                                       |
| <u>尿パット、サンドガーゼ</u>                             |                                       |
| ～ 上記薬剤および材料の要継続期間（推定）                          |                                       |
| 使用器具・提供数（*バック療法がある場合記載）                        |                                       |
|  |                                       |
| ～ 上記使用器具の要継続期間（推定）                             |                                       |
| 褥瘡処置回数 →                                       |                                       |

5. その他（褥瘡の状態変更時の対応方法等）

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  
※基本情報からリンクされます。

## 2. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

## 3. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 管理能力の詳細について、特記事項の欄に記載して下さい。

## 4. 褥瘡①② ・ 位置

- ・ 現在の状況について記載して下さい。

## 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② 褥瘡管理」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。

**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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>・家族の顔は分かるが、他は不明です。<br/>・場所も自宅以外は不明です。</p> </div>  | <p><input checked="" type="checkbox"/> ・幻覚、妄想</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <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> </div>                            |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> ・昼夜逆転</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <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> </div>   | <p><input checked="" type="checkbox"/> ・介護への抵抗</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>おむつ交換時に抵抗があります。</p> </div>   |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> ・抑うつ、不安</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <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> </div>  | <p><input checked="" type="checkbox"/> ・暴言、暴力</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <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> </div> |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> ・不潔行為</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>排泄時に、便を壁につけたりする事があります。</p> </div>   | <p><input checked="" type="checkbox"/> ・徘徊</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <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> </div>      |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> ・その他</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <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、家族に対しての対応(暴力)については十分注意を要します。</p> </div> |  |

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。

## 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。



## 応用ツール④ 食事摂取困難管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

## 2. 食事摂取に対しての問題（該当するものに☑）

## ☐ ① 口の中に関する問題

- 入れ歯が合わない       むし歯       口内炎等により痛いところがある  
 歯が無いのに入れ歯を使っていない       口臭がある  
 口が渴いた感じ、ねばねばした感じがする

## ☐ ② 食事摂取に関する問題

- 最近3ヶ月間に、食事量が減った  
 最近3ヶ月間に、食事にかかる時間が長くなった  
 最近3ヶ月間に、食形態に変化があった  
 最近3ヶ月間に、3キロ以上体重の減少があった  
 最近1年間に肺炎にかかった

## ☐ ③ 食事中、気になる事

- 食べようとしない  
 食べこぼしや、うまく噛めないことがある  
 飲み込んだ後に食べ物が口に残っている  
 食事中によくむせる  
 飲み込んだものが逆流することがある  
 不明

## ☐ ④ 食事を摂取しない場合の問題

- \* 疾患との関連性       有       無  
有の場合の要因（認知症の為。その他に詳細を記載しております。）  
\* 内服薬の内容との関連性       有       無  
有の場合の要因（      ）  
\* 拒食の意思表示       有       無

## 3. 現在の食事摂取カロリー及び量

- \* 現在の食事提供カロリー（      ）kcal提供中  
\* 現在の食形態  
 刻み食       軟食       トロミ食       ミキサー食  
 その他（水分はトロミ必要      ）  
\* 主食 体調によってはお粥に変更する時もあります。  
\* 副食 体調によってはパサパサするものはトロミが必要です。

## 4. その他

・①②入歯が合わなくなっており、食事量が低下。体重が3k減少しています。  
・③認知症のため、食事を食べようとしない状況見られます。また、舌を上手に使用せず食べ物を運べない為、口の中にいつまでも残っている状況みられます。

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. 食事摂取に対しての問題

- 現在の状況について記載して下さい。
- ①②③は関連性あり。その内容をその他のところに記載して下さい。  
例えば、「①の入歯が無い為、③の食べこぼしや、うまく噛めない事があり、②の最近3ヶ月間に3キロ以上体重の減少があった」というような、①と②、①と③が連動することを4. その他の欄に記載して下さい。
- ③は認知症である為とか抑うつ状態の為とか原因となる事由も記載して下さい。

## 3. 現在の食事摂取カロリー及び量

- 主食の内容を詳しく記載して下さい。例えば、「柔らかめのごはん」「5分粥」等
- 副食の内容を詳しく記載して下さい。例えば、「1cm角の刻み」等

## 4. 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。
- がん患者、抗がん剤治療中の患者に対する必要カロリーや老衰であれば家族の希望等を記載。
- 在宅から入院先への情報提供であれば、1日の食事回数、嗜好内容等も記載して下さい。

## 作成者

- 本「応用ツール④ 食事摂取困難管理」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。

## 応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 開始日 平成29年9月1日

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 娘さん、訪問看護師)

\* 家族等の介助状況⇒  可能  不完全  不可能

\* 特記事項( 娘さんの手技は完璧に行えています。 )

5. 透析療法と使用器具等

方法:  CAPD (持続携行式腹膜透析)  APD (自動腹膜透析)

かぐや

接続方法:  スタンダード  UVフラッシュ  つなぐ

### CAPD (持続携行式腹膜透析)

| 回数 | 時間      | 透析液          | 量      |
|----|---------|--------------|--------|
| 1  | 9:00    | 2.5×ダイアニール注入 | 1.5 ml |
| 2  | 15:00   | 排液排出         | ml     |
| 3  |         | 2.5×ダイアニール注入 | 1.5 ml |
| 4  | 21:00   | 排液排出         | ml     |
|    |         | エクストラニール注入   | 1.5 ml |
|    | Yセットで排液 |              |        |

### APD (自動腹膜透析)

| 透析液         | 量   |
|-------------|-----|
| ダイアニール2.5 l | 3 個 |
|             | 個   |
|             | 個   |

を用いて

・総注液量( 7,500 ml ) ・サイクル数( 5 回 )

・時間( 21:00 ~ 5:00 )

・最終注液  有  無 ・日中バック交換  有  無

6. 消毒薬・衛生材料

・スワブスティック ( 5 本 )

・絆創膏 ( 1 ) ・ドレッシング剤 ( 1 )

・手指消毒剤 ( )

・その他 ( )

7. カテーテル感染の既往 (いずれかに☑)

あり  なし

8. 緊急時の対応方法(排液の混濁、カテーテル出口部の発赤、除水量の不足等)

A病院へ連絡し指示を受ける。(24時間対応可能)

9. その他

・娘さんが仕事の日の日中帯は訪問看護師にて対応しています。

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. 治療医療機関・担当医**

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

**3. 開始日**

- ・ 自己腹膜還流を開始した日を記載して下さい。

**4. 自己管理能力**

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 管理能力の詳細について、特記事項の欄に記載して下さい。

**5. 透析療法と使用器具等**

- ・ 医師の指示に基づいてチェックして下さい。

**6. 消毒薬・衛生材料**

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

**7. カテーテル感染の既往**

- ・ 過去に感染した既往があれば記載して下さい。

**8. 緊急時の対応方法(排液の混濁、カテーテル出口部の発赤、除水量の不足等)**

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。

**9. 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⑤ 自己腹膜灌流管理」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。

## 応用ツール⑥ 酸素療法管理

【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日
2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎
3. 開始日 平成29年9月1日
4. 自己管理能力 (該当するものに☑)
- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 )
- \* 家族等の介助状況⇒  可能  不完全  不可能
- \* 特記事項 (状態に合わせた流量変更の判断が難しいです。)
5. 使用機器 (該当するものに☑) (提供機関 〇〇酸素株式会社)
- 設置型の場合
- 酸素ボンベ  酸素濃縮装置  液化酸素装置
- 携帯型の場合
- 携帯用酸素ボンベ  携帯型液化酸素装置
- \* パルスオキシメーター⇒  有  無
6. 投与方法 (該当するものに☑)
- 1) 持続
- 2) 間欠
- ( 8 時間/1日  労作時  睡眠時  他→ )
- 3) 酸素吸入量
- ・ 安静時⇒ 1 L/分 ・ 労作時⇒ 2 L/分 ・ 睡眠時⇒ 1 L/分
- \* 吸入方法⇒  カニューレ  マスク
- \* SP02変化時の指示⇒ ( SP02 90%以下になった場合は3Lに変更し訪看へ連絡 )

## 7. 緊急時の対応方法(呼吸困難増強時等)

## 【急変時の連絡体制】

- ・ 訪看へ連絡～状態確認後必要に応じてA病院へ連絡しA病院へ搬送する。

## 8. その他

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. 治療医療機関・担当医**

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

**3. 開始日**

- ・ 在宅酸素療法を開始した日を記載して下さい。

**4. 自己管理能力**

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項には間欠の場合の判断ができる、できない等、管理能力の詳細について記載して下さい。

**5. 使用機器**

- ・ いずれも現在使用している機器について記載して下さい。

**6. 投与方法**

- ・ 医師の指示に基づいてチェックして下さい。
- ・ \*SP02変化時の指示には90%以下になった場合等の指示を記載して下さい。

**7. 緊急時の対応方法(呼吸困難増強時等)**

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。

**8. 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。
- ・ 酸素量とSP02低下時の内容等を記載して下さい。

**作成者**

- ・ 本「応用ツール⑥ 酸素療法管理」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。

## 応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 初回導入日 平成29年9月1日

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 妻)

\* 家族等の介助状況⇒  可能  不完全  不可能

\* 特記事項 ( ロックは可能だが点滴交換手技等はいけません。 )

5. 使用薬剤・投与量

薬剤名・投与量 ( エルネオパ1、500L、パラプラス1、500L )

6. 投与方法 (該当するものに☑)

1) 持続  2) 間欠 ( 8時間/1日 他→ )

\* フラッシュ頻度⇒ ( 1/日 )

\* 注入速度⇒ ( 10 ml/時間 )

\* 輸液ポンプの使用 ⇒  有  無 ( )

\* 輸液ポンプ貸出機関⇒ ( )

7. 挿入部に関して (該当するものに☑)

\* 挿入部位⇒ ( 鎖骨部 )

\*  ポート  カテーテル

\* ロック方法⇒ ( 生食 )

\* 特記事項⇒ ( )

8. 消毒薬・衛生材料

|   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 滅菌綿棒 ( <u>7</u> 本)                | <input checked="" type="checkbox"/> 絆創膏 ( <u>1</u> 個)       |
| <input checked="" type="checkbox"/> 滅菌ガーゼ ( <u>7</u> 枚× <u>1</u> パック) | <input checked="" type="checkbox"/> 酒精綿 ( <u>1</u> 箱 )      |
| <input checked="" type="checkbox"/> 滅菌フィルム ( <u>7</u> 枚)              | <input checked="" type="checkbox"/> NSシリンジ ( <u>7</u> ml 本) |
| <input checked="" type="checkbox"/> フィルム ( <u>1</u> 巻)                | <input checked="" type="checkbox"/> ヘパ生シリンジ ( <u>7</u> 本)   |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                                      |   |

9. 使用器具・交換頻度・提供数

|   |                            |
|---|----------------------------|
| ・輸液回路 ( <u>7</u> セット)                   | ・注射器、注射針 ( <u>7</u> セット)   |
| ・ヒューバー針 ( <u>22</u> mm <u>7</u> 本)      | ・連結管 ( <u>7</u> 本)         |
| ・エクステンションチューブ ( <u>7</u> ml <u>7</u> 本) | ・インジェクションプラグ ( <u>7</u> 個) |
| ・フィルター ( <u>7</u> 個)                    | ・その他 ( )                   |

10. 緊急時の対応方法 (滴下不良の場合等)

**【急変時の連絡体制】**

①訪看へ連絡する。

②その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

11. その他

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. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

## 3. 初回導入日

- ・ 中心静脈栄養法を開始した日を記載して下さい。

## 4. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項には管理能力の詳細について記載して下さい。  
例えば、「点滴交換手技ができない」「ロック手技はできない」等

## 5. 使用薬剤・投与量

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

## 6. 投与方法

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

## 7. 挿入部に関して

- ・ ロック方法は生食かヘパリンかを記載して下さい。

## 8. 消毒薬・衛生材料

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

## 9. 使用器具・交換頻度・提供数

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。
- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

## 10. 緊急時の対応方法（滴下不良の場合等）

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。

## 11. 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。
- ・ ヒューバー針の刺し方等、各病院等で異なるので対象患者さんに対する手技等を記載して下さい。
- ・ 使用済みの使用器具等の返却方法が各病院で対応が異なるため記載して下さい。

## 作成者

- ・ 本「応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理」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。



**応用ツール⑧ 糖尿病治療管理** 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 開始日 平成29年9月1日

4. 経口薬 (該当するものに☑)

- 無
- 有 ⇒薬剤名( ジャノビア ) 量( ) 服用法( )
- ・薬剤名( 薬情参照 ) 量( ) 服用法( )
- ・薬剤名( ) 量( ) 服用法( )
- 薬情あり

5. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 家族ができるかどうか不明です )
- \* 家族等の介助状況⇒  可能  不完全  不可能
- \* 特記事項( インシュリンの単位を合せられない。 )

6. インスリン使用の有無

インスリン名・量  
 朝( ランタス ・ 10 単位) 昼( ) 単位)  
 夕( ) 単位) 就寝( ) 単位)  
 投薬時間・タイミング( 1回/日 毎朝7時 )  
 その他の指示( )

7. 使用器具および提供数

注射器⇒  シリンジ  ペン型  
 針⇒(  ペンニードル ) ( 30 G ・ 70 本/月)

8. 自己血糖測定器 ⇒  有  無 (『有』の場合以下記載)

種類( メディセーフフィット (貸出 ⇒  有  無)) 穿刺器具( テルモ )  
 針( 10 本/月) チップ( 10 個/月) その他( )

9. 消毒薬・衛生材料

- ・カッタ綿 ( 1 枚× 10 パック ) ・酒精綿 ( 1 枚× 10 パック )
- ・消毒液 (  エタノール  他 ) ( ml )
- ・その他 ( )

10. 緊急時の対応方法 (明らかな低血糖発作時等)

ブドウ糖を摂取する。

11. その他

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. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

## 3. 開始日

- ・ インスリン療法を開始した日を記載して下さい。

## 4. 経口薬

- ・ 医師の指示に基づいてチェックして下さい。

## 5. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 全面介助欄には、家族ができるかどうかを記載して下さい。

## 6. インスリン使用の有無

- ・ 医師の指示に基づいてチェックして下さい。

## 7. 使用器具および提供数

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。
- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

## 8. 自己血糖測定器

- ・ 使用している血糖測定器について記載して下さい。

## 9. 消毒薬・衛生材料

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

## 10. 緊急時の対応方法（明らかな低血糖発作時等）

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。

## 11. 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。  
例えば、インスリン手技の確立の有無、問題点についてや、内服管理についても本人、家族の管理能力等について記載して下さい。

## 作成者

- ・ 本「応用ツール⑧ 糖尿病治療管理」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。

|                       |              |
|-----------------------|--------------|
| <b>応用ツール⑨ 経管栄養法管理</b> | <b>【記載例】</b> |
|-----------------------|--------------|

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 経口摂取  可  否

4. 開始日 平成29年9月1日

5. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 長女、妻）

\* 家族等の介助状況⇒  可能  不完全  不可能

\* 特記事項（妻は準備と後片付けは可能。長女が仕事の時は妻が引き継ぐ。）

6. 使用栄養剤・注入量（提供機関 函館〇〇病院）（ 処方  自費購入）

栄養剤名（エンシュアH） 1日に必要なカロリー（ kcal ）

栄養量（朝 500 ml）（昼 ml）（夕 ml）

\* 固形化の場合その方法～ 寒天使用にて固形化実施。ドレッシングポット使用。家族可能。

水分量（朝 200 ml）（昼 ml）（夕 ml）

\* 注入の順序～

1回の注入時間（ 60 分/回）（または ml/時間）

その他の注入方法（ 滴下にて実施 ）

● 上記使用薬剤等変更の可否  可  否

7. 使用器具・交換頻度

1) 方法 ⇒  鼻腔  胃瘻  腸瘻  その他（ ）

チューブ ⇒（種類 ボタン型バンパー 太さ 24 Fr）

2) 交換頻度⇒（ 1回/6ヶ月 ） 次回交換予定日（ H30年6月 ）

3) 交換医療機関 ⇒（ 函館〇〇病院 ）

8. 緊急時の対応方法（滴下不良の場合等）

**【急変時の連絡体制】**

① 訪看へ連絡する。

② その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

9. 挿入部の処置等

・洗浄後、Yガーゼを使用しています。

10. その他

・経口摂取と併用しています。経口からも摂取できるようになってはいますが、量的に少ないため、不足カロリーを補う目的で当面継続して下さい。

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. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

## 3. 経口摂取

- ・ 経口摂取の可否のいずれかをチェック

## 4. 開始日

- ・ 経管栄養法を開始した日を記載して下さい。

## 5. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項の欄には、家庭環境とか介護の状況等を記載して下さい。

## 6. 使用栄養剤・注入量

- ・ 医師の指示に基づいてチェックして下さい。

## 7. 使用器具・交換頻度

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

## 8. 緊急時の対応方法（滴下不良の場合等）

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。

## 9. 挿入部の処置等

- ・ 処置が必要な状態の場合、その状態と処置方法を記載して下さい。

## 10. 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。
- ・ 家族の背景等を記載して下さい。
- ・ 主たる介助者は誰で、注入ができるかどうか、挿入部のケアはできるかどうか等を記載して下さい。

## 作成者

- ・ 本「応用ツール⑨ 経管栄養法管理」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。

## 応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 開始日 平成29年9月1日

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

 1) 自己管理可 2) 一部介助 3) 全面介助 (介助者 )\* 家族等の介助状況⇒  可能  不完全  不可能

\* 特記事項 (自力で尿破棄等の管理可能。 )

5. 使用器具

・交換用キット ( 2 セット)

・尿道カテーテル 号数 ( 14Fr 3 セット)

・蓄尿袋 (商品名 コンビーン セキュアレグバッグ ・ 2 個)

・固定液 ( 10 ml)

・注射器 ( 10 ml ・ 2 本)

6. 消毒薬・衛生材料

・滅菌綿棒 ( 2 本) ・絆創膏 ( 1 個)

・消毒液 ( 50 ml) ・潤滑油 (キシロカインゼリー )

・滅菌手袋 ( 1 個) ・滅菌ガーゼ ( 2 枚)

・滅菌セッシ ( 1 個)

7. カテーテル交換

・交換頻度 ( 4 週毎)

・最終交換日 ( 平成29年10月1日 )

・次回交換予定日 ( 平成30年4月1日 )

8. 緊急時の対応方法 (尿道カテーテル閉塞の場合、感染等)

【急変時の連絡体制】

①訪看へ連絡する。

②その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

9. その他

自己管理可能であり、ADLもほぼ自立の為、レグパックの使用となっています。

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. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

### 3. 開始日

- ・ 膀胱留置カテーテル管理を開始した日を記載して下さい。

### 4. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項の欄には、家庭環境とか介護の状況等を記載して下さい。

### 5. 使用器具

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

### 6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。  
※キットごとにセットになっている内容の場合は記載不要です。

### 7. カテーテル交換

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

### 8. 緊急時の対応方法（尿道カテーテル閉塞の場合、感染等）

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。
- ・ 急変時の連絡体制等も記載して下さい。

### 9. 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。
- ・ 自己管理や家族管理の可能範囲について記載して下さい。
- ・ 尿を捨てることができるかどうか、陰部の清潔保持ができるかどうか等も記載して下さい。
- ・ 例えば、「尿を捨てるのは妻ができるがクランプはできない」「陰部洗浄はできない」等を記載して下さい。

### 作成者

- ・ 本「応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理」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。

## 応用ツール⑪ 自己導尿管管理

【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 開始日 平成29年9月1日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

 1) 自己管理可 2) 一部介助 3) 全面介助（介助者\* 家族等の介助状況⇒  可能  不完全  不可能

\* 特記事項（ ）

5. 使用器具

 ディスポカテーテル

（・商品名⇒ ネラトン ・ 14 Fr ・ 本または 1 箱/日）

 リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿管用セット

（・商品名⇒ ・ Fr ・ 本または 箱/日）

 上記を代用するカテーテル類

（・商品名⇒ ・ Fr ・ 本または 箱/日）

6. 消毒薬・衛生材料

\* 潤滑剤⇒  キシロカインゼリー （ 1 本・個/日） 滅菌グリセリン （ 本・個/日）\* 消毒液⇒  リューザブルカテーテル

（・消毒液名⇒ 本 ）

 自己導尿管カテーテルを入れた容器の中を満たすもの

（・消毒液名⇒ ヒビテングルコネート 1 本 ）

7. 自己導尿管回数指示

\* 1日（ 8 ）回 （ 4 ）時間ごと

8. 自己導尿管カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度

\* （1回/ 1 日）

9. 緊急時の対応方法

尿道口に入りにくい場合、主治医へ連絡する。

## 【急変時の連絡体制】

①訪看へ連絡する。

②その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

10. その他

カテーテル洗浄後は乾燥させて蓋付きの容器に保管し3日ごとに交換する。

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. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

## 3. 開始日

- ・ 自己導尿管理を開始した日を記載して下さい。

## 4. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項の欄には、家庭環境とか介護の状況等を記載して下さい。

## 5. 使用器具

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

## 6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

## 7. 自己導尿回数指示

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

## 8. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

## 9. 緊急時の対応方法

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。
- ・ 急変時の連絡体制等も記載して下さい。

## 10. 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。
- ・ ディスポ使用しての管理方法等を記載して下さい。

## 作成者

- ・ 本「応用ツール⑪ 自己導尿管理」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。



## 応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 造設日 平成29年9月1日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者

\* 家族等の介助状況⇒  可能  不完全  不可能

\* 特記事項（

5. 使用器具・交換頻度・数量

・ カテーテル

（商品名）

・ カテーテルチップ

（50ml 5本）

・ 集尿装具[パウチ、バッグ等]（提供機関 函館〇〇病院）

（商品名）

・ 注射器

（10ml 5本）

・ 注射針

（23G 5本）

・ 滅菌コップ

（10個）

6. 消毒薬・衛生材料

・ 生理食塩水（500 ml） ・ ガ ー ゼ（10 枚）

・ ガーゼ付絆創膏（1 個） ・ テ ー プ（1 ）

・ 消 毒 薬（イソジン）

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法

1) 回 数 ⇒（1/w）

2) 量 ⇒（50ml/1回につき）

3) 手技等 ⇒（別紙手技説明書参照）

8. 緊急時の対応方法（カテーテルが抜けた、つまった場合、血尿等）

【急変時の連絡体制】

①訪看へ連絡する。

②その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

9. その他

腎瘻洗浄時、尿の状況と抵抗の有無についての確認が必要です。  
ウロストミーにおける、スキントラブル等はありません。

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. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

## 3. 造設日

- ・ 腎瘻,尿管皮膚瘻等の造設日を記載して下さい。

## 4. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項の欄には、家庭環境とか介護の状況等を記載して下さい。

## 5. 使用器具・交換頻度・数量

- ・ 医師の指示に基づいてチェックして下さい。

## 6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

## 7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。
- ・ 例えば、1) 回数の欄には「ウロストミーの交換頻度」や「腎瘻、ウロストミーのカテーテルの場合の洗浄回数」を記載して下さい。
- ・ 2) 量は「1回の注入量」、3) 手技等は方法について記載して下さい。

## 8. 緊急時の対応方法（カテーテルが抜けた、つまった場合、血尿等）

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。
- ・ 急変時の連絡体制等も記載して下さい。

## 9. 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。
- ・ 例えば、「腎瘻洗浄時の尿の状況」と「抵抗の有無」「ウロストミーにおけるスキントラブルの有無」等を記載して下さい。

## 作成者

- ・ 本「応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理」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。

## 応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 開始日 平成29年9月1日

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 妻)

\* 家族等の介助状況⇒  可能

不完全

不可能

\* 特記事項( )

5. 使用器具・交換頻度・提供数 (業者名 〇〇酸素株式会社)

|             | 機種・種類・サイズ     | 個数       | 交換頻度         |
|-------------|---------------|----------|--------------|
| 人工呼吸器       | <u>フィリップス</u> |          |              |
| 人工呼吸器回路     |               | <u>2</u> | <u>1</u> 回/週 |
| 加湿モジュール     |               | <u>2</u> | <u>1</u> 回/週 |
| バクテリア・フィルター |               | <u>1</u> | <u>1</u> ヶ月毎 |
| 外気取入口フィルター  |               | <u>1</u> | <u>1</u> ヶ月毎 |
| 気管カニューレ     |               |          | 医師による交換      |

6. 消毒薬・衛生材料

|             |           |   |          |               |           |   |
|-------------|-----------|---|----------|---------------|-----------|---|
| 滅菌綿球        | <u>30</u> | 個 | 吸引チューブ   | <u>10Fr</u> 、 | <u>10</u> | 本 |
| 滅菌ガーゼ(Yカット) | <u>30</u> | 枚 | 消毒液(気切用) | <u>イソジン</u> 、 | <u>1</u>  | 本 |
| 絆創膏         | <u>1</u>  | 個 | 生理食塩水    | <u>21</u> ml  | <u>31</u> | 本 |
|             |           |   | 滅菌蒸留水    | <u>20</u> ml  | <u>30</u> | 本 |

7. 人工呼吸器等設定

| 使用時間  | <u>0</u> 時 | 分～   | <u>0</u> 時 | 分まで     |  |       |
|-------|------------|------|------------|---------|--|-------|
| モード   |            | 呼気時間 | 秒          | 気道内圧下限  |  | cmH2O |
| 1回換気量 | ml         | 呼気流量 | L/分        | 気道内圧上限  |  | cmH2O |
| 呼吸回数  | 回/分        | 感度   | cmH2O      | 加湿加湿器設定 |  |       |
| I/E比  | 1:         | 秒    | 気道内圧       | 酸素量     |  | ml/分  |

8. 緊急時の対応方法

**【急変時の連絡体制】**

①訪看へ連絡する。

②その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

9. その他(CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)

- ・BIPAP使用、常時装着しています。
- ・レスピレーター装着のまま入浴可

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. 治療医療機関・担当医**

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

**3. 開始日**

- ・ 人工呼吸療法管理の開始日を記載して下さい。

**4. 自己管理能力**

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項の欄には、家庭環境とか介護の状況等を記載して下さい。

**5. 使用器具・交換頻度・提供数**

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

**6. 消毒薬・衛生材料**

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

**7. 人工呼吸器等設定**

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

**8. 緊急時の対応方法**

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。
- ・ 急変時の連絡体制等も記載して下さい。

**9. その他 (CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)**

- ・ 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⑬ 人工呼吸療法管理」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。

## 応用ツール⑭ 気管カニューレ管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. 造設日 平成29年9月1日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 妻）

\* 家族等の介助状況⇒  可能  不完全  不可能

\* 特記事項（妻が完璧に管理可能）

5. 経口摂取（該当するものに☑）

可

不可

6. 医療器材

・ カニューレの名称（ビーコン）

・ 交換の頻度（2 週に 1 回）

・ カニューレの数（2 本）

・ カフ用注射器（ml 2 個）

7. 衛生材料

・ 滅菌綿棒（2 本）

・ 滅菌Yガーゼ（30 個）

・ 絆創膏（1）

・ 消毒液（薬品名：イソジン50ml、1 本）

8. トラブル時の対処

1) カニューレ抜去時の対応方法

自分で挿入できればそれでOK、挿入が難しければ主治医へ連絡する。

2) 呼吸困難時の対応方法

吸入後、サクション実施。それでだめなら主治医へ連絡する。

3) 緊急時の対応方法

**【急変時の連絡体制】**

①訪看へ連絡する。

②その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

9. その他

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. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

## 3. 造設日

- ・ 気管カニューレ管理の造設日を記載して下さい。

## 4. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項の欄には、家庭環境とか介護の状況等を記載して下さい。

## 5. 経口摂取

- ・ 経口摂取が可能が不可かについて記載して下さい。

## 6. 医療器材

- ・ 医師の指示に基づいて記載して下さい。

## 7. 衛生材料

- ・ 入退院時に持参する数量を記載して下さい。

## 8. トラブル時の対処

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。
- ・ 急変時の連絡体制等も記載して下さい。

## 9. 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⑭ 気管カニューレ管理」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。

## 応用ツール⑮ 人工肛門・人工膀胱管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

3. ストーマの種類 ⇒ コロストミー

4. 造設日 平成29年9月1日

5. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 \_\_\_\_\_）

\* 家族等の介助状況 ⇒  可能  不完全  不可能

\* 特記事項（ \_\_\_\_\_ ）

6. 使用装具、装具交換状況、装具購入方法（提供機関 \_\_\_\_\_）

・ 装具名（ ワンピースタイプ \_\_\_\_\_）

・ 装具の交換状況（ 2 回/週、あるいは 3～4 日毎に交換）

・ その他の使用材料 スティック使用

7. 緊急時の対応方法

**【急変時の連絡体制】**

① 訪看へ連絡する。

② その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

8. その他

・ 縦41mm、横44mm

・ 特にスキントラブル等はありません。

・ 排泄物の処理は自力で可能ですが、パウチの交換は介助が必要です。

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. 治療医療機関・担当医

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

## 3. ストーマの種類

- ・ ストーマの種類について記載して下さい。

## 4. 造設日

- ・ 気管カニューレ管理の造設日を記載して下さい。

## 5. 自己管理能力

- ・ 3)の介助者の欄には誰が介助者なのかを記載して下さい。
- ・ 特記事項の欄には、家庭環境とか介護の状況等を記載して下さい。

## 6. 使用装具、装具交換状況、装具購入方法

- ・ その他の使用材料のところには、WOC等から指示があった内容を記載して下さい。  
例えば「土台に付ける粘土を使用」とか「ストーマ根元に散布するパウダーを使用」とか。

## 7. 緊急時の対応方法

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。
- ・ 急変時の連絡体制等も記載して下さい。

## 8. 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。
- ・ ストーマのサイズ、スキントラブルの有無や状況等を記載して下さい。
- ・ 排泄物の破棄は自力で可能かどうかや介護者の介護の内容等を記載して下さい。

## 作成者

- ・ 本「応用ツール⑮ 人工肛門・人工膀胱管理」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。



## 応用ツール⑯ 感染に関する管理 【記載例】

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

2. 治療医療機関 函館〇〇病院 ・担当医 函館三郎

## 3. 感染症の罹患について

・ 感染症① ( 疥癬 )

～ その対策 皮膚のケア内容～清拭とレスタミン軟膏塗布しています。  
寝具の処置～熱湯につけてから洗濯しています。

・ 感染症② ( 0-157 )

～ その対策 吐物、排泄物の処理～マスクを使用し、吸い込まないようにしています。  
汚物は袋に入れ密閉して処理しています。

・ 感染症③ ( )

～ その対策

## 4. 緊急時の対応方法(明らかな悪化状態が見られた時等)

【急変時の連絡体制】  
①訪看へ連絡する。  
②その後、訪看の判断にしたがって主治医へ報告し指示を受ける。

## 5. 感染症に対しての処方状況

## 6. その他

本人、家族の理解力低く、感染拡大のリスクがあります。

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. 治療医療機関・担当医**

- ・ ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

**3. 感染症の罹患について**

- ・ 医師の診断及び指示に基づいて記載して下さい。

**4. 緊急時の対応方法(明らかな悪化状態が見られた時等)**

- ・ 治療中の医療機関担当医からの約束指示等を記載して下さい。
- ・ 急変時の連絡体制等も記載して下さい。

**5. 感染症に対しての処方状況**

- ・ 医師の診断及び指示に基づいて記載して下さい。

**6. 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。
- ・ 本人・家族の認識度について記載して下さい。  
例えば「感染するリスクに対して理解ができていない」等

**作成者**

- ・ 本「⑩ 感染に関する管理」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。

応用ツール⑰ 緩和ケア情報共有シート (MOPN) 【記載例】

|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
| 1. 患者氏名                                       | 函館 太郎   | 生年月日  | 昭和15年1月1日 |
| 2. 年齢   | 78 歳  |   |           |
| 3. 性別   | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  |   |           |
| 4. P S  | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4   |   |           |
| 5. 予後予測                                       | <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 6か月<br><input checked="" type="checkbox"/> 2～3か月 <input type="checkbox"/> 1か月未満 <input type="checkbox"/> 1週間未満   |   |           |
| 6. 患者の病名・<br>症状・治療方針・<br>予後などについての<br>の説明への希望 | <input checked="" type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい <input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない<br><input type="checkbox"/> 知りたくない <input type="checkbox"/> 今は決められない<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 [ 病状について知りたいが、予後は具体的に知ること<br>でショックを受け精神的に落ち込むのではないかと<br>考えています。 ]                     |   |           |
| 7. 患者への病状<br>説明、受け止め                          | 胃がんでリンパ節転移などが悪化し化学療法は効果なく継続困難です。今後は緩和治療中心と説明し理解しています。病状が悪化しショックを受けているが、現状を仕方がないと受け止め、今後は残された時間を家族と過ごしたいと考えています。   |   |           |
| 8. 患者の希望、<br>大切にしたいこと<br>(気がかり・不安)            | 『子供や孫たちと住み慣れた自宅で過ごしたい。趣味のパッチワークで家族に何かを作ってあげたい。家族に介護してもらうのは悪いし負担をかけたくない。症状がつからく身の回りのことが出来なくなったらホスピスに入院したい。』と話されています。   |   |           |
| 9. 家族の病名・<br>症状・治療方針・<br>予後などについての<br>の説明への希望 | <input checked="" type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい <input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない<br><input type="checkbox"/> 知りたくない <input type="checkbox"/> 今は決められない<br><input type="checkbox"/> その他 [ ]  |   |           |
| 10. 家族への病状<br>説明、受け止め                         | キーパーソン( 夫、長女 )<br>がんが全身に転移し化学療法は効果なく継続困難。今後は緩和治療中心と説明し理解しています。痛みなどのつらい症状が増強しないように出来るだけのことをしてほしいと思っています。   |   |           |
| 11. 家族の希望、<br>大切にしたいこと<br>(気がかり・不安)           | 『本人に意向を出せるだけかなえてあげたい。家族で近場でもいいので旅行したい。介護に不安はあるが医療者のサポートを受け自宅で看取ってあげたい。』と話されています。  |   |           |
| 12. 病状が悪化した<br>時の希望の療養<br>の場所                 | <input type="checkbox"/> 自宅で療養したい<br><input type="checkbox"/> 入院したい<br><input checked="" type="checkbox"/> なるべく自宅で療養して<br>必要があれば入院したい } <input type="checkbox"/> 今までの病院 <input checked="" type="checkbox"/> ホスピス<br>緩和ケア病棟<br><input type="checkbox"/> 今は決められない<br><input type="checkbox"/> その他 [ ] |   |           |
| 13. 情報提供                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ホスピス緩和ケア病棟  | <input checked="" type="checkbox"/> 在宅医療・ケア |           |
| 14. D N A R                                   | <input type="checkbox"/> 確認 <input checked="" type="checkbox"/> 確認未   |   |           |

治療医療機関 函館〇〇病院

・担当医 函館三郎

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. 患者氏名 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. 年齢

- 対象患者様の年齢  
※基本情報からリンクされます。

### 3. 性別

- 性別を記載して下さい。

### 4. PS (パフォーマンスステータス)

- 下記を参考に当てはまるスコアを記載して下さい。

|     |  |
|-----|--|
| スコア | 《全身状態の指標の一つで、患者さんの日常生活の制限の程度を示します》                         |
| 0   | まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。                          |
| 1   | 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。<br>例：軽い家事、事務作業 |
| 2   | 歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。       |
| 3   | 限られた自分の身のまわりのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。                 |
| 4   | まったく動けない。自分の身のまわりのことはまったくできない。完全にベッドか椅子で過ごす。               |

### 5. 予後予測

- 医師の診断に基づいて記載して下さい。

### 6. 患者の病名・症状・治療方針・予後などについての説明への希望

- 対象患者様の希望に合わせて記載して下さい。

### 7. 患者への病状説明、受け止め

- 現在の説明状況、対象患者様の受け止め状況について記載して下さい。

### 8. 患者の希望、大切にしたいこと（気がかり・不安）

- 対象患者様の希望、大切にしたいこと（気がかり・不安）等について記載して下さい。

### 9. 家族の病名・症状・治療方針・予後などについての説明への希望

- 家族の希望に合わせて記載して下さい。

### 10. 家族への病状説明、受け止め

- 現在の説明状況、家族の受け止め状況について記載して下さい。

### 11. 家族の希望、大切にしたいこと（気がかり・不安）

- 家族の希望、大切にしたいこと（気がかり・不安）等について記載して下さい。

### 12. 病状が悪化した時の希望の療養の場所

- 対象患者様の希望に合わせて記載して下さい。

### 13. 情報提供

- 現在までの情報提供の状況について記載して下さい。

### 14. DNAR

- 「対象患者様本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて、心肺蘇生を行わないこと」の確認状況について記載して下さい。  
※参考：日本救急医学会 医学用語解説集（ホームページから）

### 治療医療機関・担当医

- ツール作成時に治療中の医療機関名、担当医を記載して下さい。

### 作成者

- 本「⑰ 緩和ケア情報共有シート (MOPN)」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。

## 応用ツール⑱ 特記事項

【記載例】

基本ツール（及び他の応用ツール）に記載出来なかった必要な内容を情報提供します。

1. 氏名 函館 太郎 生年月日 昭和15年1月1日

H〇〇年脳梗塞の発症。その後遺症にて麻痺と失語症あり。  
会話はゆっくりと聞かないと本人の思いを聞き出せない状況です。

H 2 9 年 8 月肺炎にて当院入院。  
脳梗塞の後遺症と廃用性症候群により、寝たきりの状態となっております。  
奥さまの強い希望にて自宅退院となりましたが、息子さんはいずれは施設入所と考えられています。  
息子さん为主介護者ですが、奥様も身体的面全般において介護可能な状態です。

排便は3日出なければ、下剤服用。それでも出なければ浣腸施行。  
○最終排便は○月○日です。  
○最終入浴は○月○日です。

○月○日：家族面談。  
金銭的に厳しいが施設入所を希望しています。年金2カ月で35万円位。介護保険負担割合2割で  
月々の支払い10万円位で入所できる施設を希望しています。  
リハビリ状況：車椅子移乗可(中～全介助)。車椅子座位可。起立可(掴まるものが必要)。意思  
疎通が難しいことがあります。

服薬管理：開封、投薬、飲み込み確認まで看護師等の介助が必要な状況です。  
飲み込み後の確認は口腔内を目視で行っています。

介護上特に注意すべき点：皮膚が弱く皮膚剥離や皮下出血を起こしやすいため保清時や更衣  
時、体位交換時に注意が必要です。

本人：『今後は買い物に行くのが大変だと思う。手伝ってほしい。家で風呂に入るのもできる  
か不安。これ(バルンパック)が取れば良いが、取れないときは誰かに見てほしい。』  
※買い物や食事の支援で訪問ヘルパーサービス説明しています。本人お願いしたいと話してい  
ます。通いで入浴できるデイサービスを説明しています。本人利用希望しています。

作成者 所属 函館〇〇病院 相談室 記入者 函館四郎  
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。

- ・ 基本ツール，応用ツールに記載できなかった内容や書ききれなかった内容等を記載して下さい。

## 作成者

- ・ 本「応用ツール⑱ 特記事項」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。

# ツール作成時に利用出来る「参考リンク」

## 応用ツール② 褥瘡管理

●日本褥瘡学会

●DESIGN® (日本褥瘡学会)

●NPO法人 創傷治癒センター

## 応用ツール③ 認知症管理

●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

●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

●函館市 認知症疾患医療センター

《函館市内のセンター》

【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】

●日本認知症学会

●健康長寿ネット (高齢者の病気➡認知症)

## 応用ツール④ 食事摂取困難管理

●函館歯科医師会

●道南圏域 在宅歯科医療連携室

●北海道栄養士会

●健康長寿ネット (高齢者と食事)

●健康長寿ネット (高齢者の病気➡老年症候群➡低栄養)

●健康長寿ネット (高齢者の病気➡老年症候群➡嚥下困難)

## 応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理

●全国腎臓病協議会

●全国腎臓病協議会 (腹膜透析)

●健康長寿ネット（高齢者の病気⇒慢性腎不全・CKD⇒腹膜透析）

●NPO法人腎臓サポート協会 腎臓病なんでもサイト

●バクスター株式会社

## **応用ツール⑥ 酸素療法管理**

●健康長寿ネット（高齢者の病気⇒慢性閉塞性肺疾患（COPD）⇒在宅酸素療法）

●独立行政法人環境再生保全機構（在宅酸素療法と在宅人工呼吸療法）

●日本呼吸器学会

## **応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理**

●健康長寿ネット（高齢者の病気⇒高齢者の終末期医療⇒静脈栄養の適応と管理）

## **応用ツール⑧ 糖尿病治療管理**

●日本糖尿病協会

●糖尿病情報センター

●健康長寿ネット（高齢者の病気⇒糖尿病と合併症）

## **応用ツール⑨ 経管栄養法管理**

●健康長寿ネット（高齢者の病気⇒高齢者の看護⇒経管栄養法の手順）

●健康長寿ネット（高齢者の病気⇒高齢者の終末期医療⇒胃ろうの適応と管理）

●NPO法人 PDN

## **応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理**

## **応用ツール⑪ 自己導尿管理**

## **応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理**

●日本オストミー協会（ストーマについて）

●日本創傷・オストミー・失禁管理学会

## **応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理**

●独立行政法人環境再生保全機構（在宅酸素療法と在宅人工呼吸療法）

●日本呼吸器学会

## **応用ツール⑭ 気管カニューレ管理**



## **応用ツール⑮ 人工肛門・人工膀胱管理**

●がん対策情報センター 大腸がん手術後のストーマケア

●日本オストミー協会 ストーマについて

●日本創傷・オストミー・失禁管理学会

## **応用ツール⑯ 感染に関する管理**

●日本感染症学会

●健康長寿ネット（高齢者の病気⇒高齢者の看護⇒感染症）

## **応用ツール⑰ 緩和ケア情報共有シート（MOPN）**

●健康長寿ネット（高齢者の病気⇒高齢者の終末期医療）