

# 在宅患者連携指導シート

(情報共有 年 月)

患者名 \_\_\_\_\_ 歳 主病名 \_\_\_\_\_

※連携担当者名	_____ 医院名	_____ 医師名	_____ 歯科医院名
	_____ 訪問看護ステーション名	_____ 管理者	_____ 調剤薬局名
			_____ 歯科医師名
			_____ 管理薬剤師

※当月情報共有を行った担当者名を記載する

大項目	中項目	医師	歯科医師	看護師	薬剤師	チェック	小項目 (事例)	訪問での課題・評価等の要点
医療関連項目	健康状態 (原因疾患、発症・受傷日等)	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		
	合併疾患・コントロール状態	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		
	血圧	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	安静時 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ( / mmHg) 脈拍 ( 回/分)
							<input type="checkbox"/>	動作時 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ( / mmHg) 脈拍 ( 回/分)
	健康・服薬管理	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	投薬や健康管理に対する注意がよく守られている
							<input type="checkbox"/>	投薬や健康管理に対する注意があまり守られていない (飲み忘れや間違いがある)
							<input type="checkbox"/>	投薬や健康管理に対し自己管理ができない
							<input type="checkbox"/>	投薬や健康管理に対し自己管理及び家族管理ができない
	主病 (疾患) に対する配慮	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	自己の疾患についてある程度、理解できており配慮は必要ない
							<input type="checkbox"/>	疾患に対する配慮が必要
							<input type="checkbox"/>	その他
	褥瘡・麻痺・拘縮・疼痛の有無	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	褥瘡・麻痺・拘縮・疼痛がある
							<input type="checkbox"/>	褥瘡・麻痺・拘縮・疼痛がない
							<input type="checkbox"/>	その他
	医療的な処置に対する配慮	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	在宅酸素、インスリン注射、経管栄養、バルーンカテーテルなどの処置が行われていない
							<input type="checkbox"/>	上記の処置がされており、自己管理もできている
							<input type="checkbox"/>	上記の処置が必要にもかかわらず行われていない
							<input type="checkbox"/>	上記の処置がされているが自己管理できず、手助けを要する
							<input type="checkbox"/>	上記の処置が行われているが、まったく自己管理ができない
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ここ1月 <input type="checkbox"/> ここ2週間 <input type="checkbox"/> 発熱なし <input type="checkbox"/> 発熱あり
<input type="checkbox"/>								
口腔衛生	食物残渣	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	1. なし 2. 中程度 3. 多量	
	舌の汚れ	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	1. なし 2. 中程度 3. 多量	
	歯・義歯の汚れ	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	1. なし 2. 中程度 3. 多量	
	口腔ケアの習慣性	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	1. あり 2. 不規則 3. なし	
	口腔ケアの自発性	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	1. あり 2. 不規則 3. なし	
	口腔ケアの自立状況	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	1. あり 2. 不規則 3. なし	
食事関連	食事動作、嚥下	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	魚や肉をほぐしたり特別食にするなどの配慮を要する	
						<input type="checkbox"/>	嚥下状態が悪く誤嚥の恐れがある	
						<input type="checkbox"/>	経口摂取なし	
	食事の摂取量	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	食事制限の指示がある
<input type="checkbox"/>							拒食、過食がある (認知症)	
排泄関連	トイレ誘導	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	尿、便意あり、一人でトイレまで行ける	
	排泄後の後始末 (排水、清潔)	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	自立	
	用具、器具の使用	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	器具、用具は使用しない	
	排泄に関するコントロール	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	随意的にコントロールが可能	

大項目	中項目	医師	歯科医師	看護師	薬剤師	チェック	小項目（事例）	訪問での課題・評価等の要点
入浴関連	入浴関連動作	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	介助の必要はないが、見守りが必要	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	浴槽に入る時や洗身時、一部介助が必要	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	健康上の都合により入浴せず	
移動関連動作	屋内移動	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	一人で安全を確認しながら可能	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	一人で安全を確認しながらできるが歩行介助具を要する	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	一人で可能だが安全のため見守りが必要（歩行介助具使用可）	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	手つなぎなどによる誘導や車イスなどによる移動介助を要する	
	転倒への配慮	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	平地では危険が少なく段差や障害物などの配慮を要するが、本人が安全を考慮し行動ができる	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	転倒への危険が高く、本人の安全性の注意力が乏しいため介助を要する	
コミュニケーション	コミュニケーション	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	問題なく成立	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	何らかの配慮があれば成立	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	応答するが不成立なことが多い	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	成立しない（反応なし、不明）	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	認知症、失語症、構部障害、うつ状態	
不安・悩み	在宅医療の不安感、抵抗感、生活上の悩みなど	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	在宅医療に対する、不安や抵抗感が見られる	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	家族関係がストレスの原因になっている	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	家庭における役割、有用感の喪失を訴えている、感じられる	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	家族に疾病に関する不満やストレスが見られる、感じられる	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	生活全般にわたり依存的で意欲低下が顕著である	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	うつ傾向が強く感じられ、意欲低下や希望願望などの言動や行動がみられる	
介護者の介護	介護者の介護理解	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	本人の心身状況などについて理解している（良好な関係）	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	本人の心身状況などについて、あまり理解していない	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	介護方法があまり分からない	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	本人とのトラブルが何かとあり、そのことが介護意欲の低下につながっている	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	介護放棄、無関心、虐待がある	
負担など	介護負担感	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	特に感じていない	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	主介護者の健康状態に問題がある	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	介護者の生活に何らかの影響をきたす程度の負担感がある	
		/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	負担感が強く介護者の心身状況、生活面にわたり影響が出ている	

〈特記すべき情報のまとめ〉

<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師
--

〈在宅医療にあたっての支援目標〉

<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師
--

※主治医である医師が原則1日と15日前後に、情報提供すべき項目に情報提供日を記載し、チェック欄にチェックまたは該当する項目に○印をつけ、必要に応じて訪問での課題・評価等の要点を記載する。

※訪問担当者は、該当する担当者欄に情報提供した日を記載するなど上記に準じて記載して回覧する。主治医は最後に取りまとめたシートを各担当者に配布する。各担当者は本シートを基に訪問サービスに活用し、患者の指導等に反映するとともに、カルテ等に保管する。