|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **記入日：** | **平成** |  | **年** |  | **月** |  | **日** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | | | | | | 選択 | | **住所** | | | | | |
| **氏 名** |  | | | | | |  | | | | | |
| **生年月日** | 選択 |  | **年** |  | **月** |  | | **日** | **電話** |  | **－** |  | **－** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **主治医**  **氏 名** |  | **医療機関名** |  |
| **連絡先** |  |
| **その他の**  **受診** |  | **認知症専門医** |  |
|  | **訪問看護** |  |
|  | **薬局** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **既往歴** | | | | | **認知症以外で治療中の疾患と主なデータや状況** | |
|  | | | | |  | |
| **認知症に関する病歴・主な症状** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **身体所見** | **（身長** |  | **cm** | **体重** |  | **kg）** |
| 片麻痺 パーキンソニズム 失語 視空間認知障害 難聴 視力障害 | | | | | | |
| **その他の所見** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **検査所見** | | | | | | |
| **認知機能検査（HDS-R、MMSE等）** | | | | | **頭部画像検査（CT、MRI等）** | |
|  | | | | |  | |
| **BPSDの状況** | | | | | | |
| 特になし 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 不眠 興奮 暴言 暴力 介護への抵抗  火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 抑うつ 不安 その他 | | | | | | |
| **経過・特記事項** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **障害高齢者の日常生活自立度** | | | | | **認知症高齢者の日常生活自立度** | |
| 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | | | | | 自立 Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M | |
| **使用中の薬剤** | | | | | **薬剤に関する留意事項** | |
|  | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **記入日：** | **平成** |  | **年** |  | **月** |  | **日** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **【同居】家族情報（キーパーソンには◎）** | | | **関係図** |
| **氏名** | **続柄** | **特記事項** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **【非同居】家族情報** | | | **経済状況** |
| **氏名** | **続柄** | **特記事項** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **家族に関する特記事項** | | | **家族に対して必要な支援** |
|  | | |  |
| **地域住民・インフォーマル資源** | | | **家屋・住居周辺に関する状況** |
|  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護関連情報** | | | | | | | | | | | | | |
| **要介護度** | | 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 | | | | | | | | | | | |
| **認定日** | | **平成** | | |  | | **年** |  | **月** | **特記事項** | |  | |
| **担当者名**  **（ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ等）** | | | |  | | | | | | **事業所名** | |  | |
| **連絡先** | |  | |
| **利用している介護サービス** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **特記事項・変更** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **ADL・IADL等の状況** | | | | | | | | | | | | | |
|  | **年** | |  | | | **月** | | | | | | | |
| **食事** | 自立 一部介助・支援 全介助・不可 | | | | | | | | | | **調理** | | 自立 一部介助・支援 全介助・不可 |
| **歩行** | 自立 一部介助・支援 全介助・不可 | | | | | | | | | | **買い物** | | 自立 一部介助・支援 全介助・不可 |
| **着替え** | 自立 一部介助・支援 全介助・不可 | | | | | | | | | | **銀行** | | 自立 一部介助・支援 全介助・不可 |
| **整容** | 自立 一部介助・支援 全介助・不可 | | | | | | | | | | **公共交通** | | 自立 一部介助・支援 全介助・不可 |
| **トイレ** | 自立 一部介助・支援 全介助・不可 | | | | | | | | | | **テレビ** | | 自立 一部介助・支援 全介助・不可 |
| **入浴** | 自立 一部介助・支援 全介助・不可 | | | | | | | | | | **新聞** | | 自立 一部介助・支援 全介助・不可 |
| **洗濯** | 自立 一部介助・支援 全介助・不可 | | | | | | | | | | **電話** | | 自立 一部介助・支援 全介助・不可 |
| **コメント** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **記入日：** | **平成** |  | **年** |  | **月** |  | **日** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **生活歴** | | **１日の主な過し方** | |
|  | |  | |
| **個性、性格、趣味、好み、大切にしてきたもの** | **家庭・社会での役割、主な交友関係・他者との交流** | | |
|  |  | | |
| **現在の望み** | | | あなた自身の写真か、あなたの望みを表すような写真をここに貼ってください。 |
|  | | |

|  |
| --- |
| **意思確認（以下の確認はあくまでも記載時の希望を示します。記載を元に関係者と話し合い、何度も変更可能です）** |
| **将来、どのような介護を受けたいか、どのようなところに住みたいか（複数☑可能です）** |
| 他者の支援を受けることはあっても住み慣れた家で暮らしたい 必要に応じ、介護施設などを考えたい  子どもや親族と同居あるいは近くに引越し過したい  その他 |
| **・その他、特記事項など** |
|  |
| **将来、どのような医療を受けたいか（今は☑しなくてもかまいません。詳しく決めたい場合は事前指示について相談を）** |
| １）もし、認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、自分での理解や意思表示が難しくなった場合  短期間で治癒や回復が望める場合は入院治療や手術を希望する  積極的な医療は控えてほしい |
| ２）命に限りがあると思われる状況では  家庭・介護施設で最後を迎えたい  医療機関への入院を希望する |
| ３）重度認知症になり、自分で食べることが難しくなった場合  胃ろうを希望する 胃ろうは希望しない |
| **・その他、特記事項など** |
|  |
| **介護や住まい、医療に関する家族の気持ち** |
|  |
| **後見制度利用** |
|  |
| **その他の特記事項** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **記入日：** | **平成** |  | **年** |  | **月** |  | **日** |

|  |
| --- |
| **課題の抽出と今後の方針** |
| **♯ 情報共有シートでまだ埋まっていない点は何があるでしょうか？** |
|  |
| **♯ 情報共有シートで埋まってはいるが、不足している情報はあるでしょうか？** |
|  |
| **♯ 情報共有シートを見直し、地域での生活からの排除につながる以下のような要因はあるでしょうか？もし、ある場合は、**  **そこに着目した支援は必須となります。もし、以下の要因が多い場合は、支援強化が必要となる可能性があります。** |
| 独居  老々世帯  地域からの孤立  認知症に関する家族などの理解不足  経済的問題・貧困  家族・同居者の精神疾患・うつ  激しいBPSD  疾患や障害のために支援を要する家族・同居者が不在  介護サービスへの拒否  適切な支援・介護サービスの不在  若年性認知症  医師・介護職など周囲の専門職の無理解  キーパーソンの不在 医療依存度の高い身体合併症（註：身体合併症は急に現れる場合があります）  その他、排除につながる要因やこのケースで脆弱な点は何でしょうか？ あれば以下に記載ください。 |
| **＜記載事項・特記事項＞** |
|  |
| **♯ 逆に、このケースで強みと思われる部分はあるでしょうか？** |
|  |
| **♯ ケアパス概念図を見て、フォーマル、インフォーマルを問わず使えそうな資源はあるでしょうか？** |
|  |
| **♯ 総合的に考えて、情報共有シートから、どのようなことが考えられるでしょうか？ どのような支援が必要でしょうか？** |
|  |