

認知症ケアパス連携シート

記入日： 平成 年 月 日

ふりがな		性別	住所
氏名	() 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	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
	薬局
	訪問看護等

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（病名を告げられている場合は、病名も記入して下さい）

身体所見（身長 cm 体重 kg）

歩行障害（ 片麻痺 パーキンソン症状 その他 ） 失語 難聴 視力障害

その他の主な身体所見

検査所見	
認知機能検査(HDS-R、MMSE 等)	頭部画像検査(CT、MRI 等)

行動・心理症候(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 無為 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
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

使用中の薬剤	薬剤に関する留意事項
--------	------------

認知症ケアパス連携シート

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(同居は丸で囲む。死亡は黒塗りで示す)
氏名	続柄	特記事項	
【非同居】家族情報			家族に関する特記事項
氏名	続柄	特記事項・居住地	
経済状況			家族に対して必要な支援
家屋・住居周辺に関する状況			地域住民・インフォーマル資源

介護関連情報			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
認定日	平成 年 月	特記事項	
担当者名 (ケアマネジャー等)		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			
日常生活動作(ADL・IADL等)の状況			
	年 月		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	銀行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	公共交通	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
トイレ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	テレビ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	新聞	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	電話	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
コメント			

認知症ケアパス連携シート

記入日： 平成 年 月 日

ケアパス連携シートからの課題の抽出と今後の方針

ケアパス連携シートでまだ記入されていない点や不足している点は何があるでしょうか？

本人らしさや本人の望むことが叶えられていますか？ 本人と周囲の人との関係性が本来あるべき姿となっていますか？

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・同居者が存在
- 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見えそうな資源はあるでしょうか？

総合的に考えて、ケアパス連携シートから、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？

認知症ケアパス連携シート

追記欄 <記載事項・特記事項>