

# 居宅療養管理書

居宅介護支援事業所名

ケアマネージャー名

フリガナ

患者氏名

性別

キーパーソン名

続柄

電話

生年月日

年齢

住所

電話番号

主病名：認知症 末期がん その他（ ）

介護認定 要（支援1 支援2 介護1 介護2 介護3 介護4 介護5 : 認定期間 月）

日常生活自立度

障害高齢者 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症高齢者 I II IIIa IIIb IVa IVb M

認知症の症状について

中核症状：

短期記憶（問題なし 問題あり）

日常の意思決定（自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない）

自分の意思伝達能力（伝えられる いくらか困難 具体的要求に限る 伝えられない）

認知症の中核症状によって引き起こされる周辺症状（行動・心理）がある：不安・抑うつ・徘徊・弄便・妄想・せん妄・幻覚・暴力・暴言・介護拒否・失禁・不眠、昼夜逆転・帰宅願望・異食

## ◎病状変化

- 病状は落ち着いています
  - 病状は時々悪化傾向にあります。  
変化するときは注意してください。
  - 徐々に悪化傾向にあります。変化に注意してください。
  - 急速に悪化しています。悪化時は連絡してください。
  - 重症なので連絡を密にお願いします。
- その他注意事項：

## ◎精神状態

- 病状は落ち着いています
  - 見守り、連絡等の配慮が必要です。
  - コミュニケーションの工夫が必要です。
  - 夜間急に変わることがあり注意が必要です。
  - 常に介護が必要です。
- その他注意事項：

## ◎移動能力

- 介助なしで歩行可能。
  - 屋内歩行には介助なし。
  - 介助があればポータブルトイレに移乗可能。
  - 日中可能な限り座位保持を取らせてください
  - 定期的な体位変換が必要です。
- その他注意事項：

## ◎排泄能力

- 自力でトイレ可能です。
  - 介助があればトイレ可能です。
  - 介助があればポータブルトイレ使用可能です。
  - 夜間おむつで管理下さい。
  - 尿道カテーテルの使用をお願いします。
- その他連絡事項：

## ◎摂食能力

- 自力で摂食可能です。
  - 介助が必要ですが自力摂取を促してください。
  - 誤嚥を起こす事があり注意が必要です。
  - ペースト食やとろみ食などの配慮が必要です。
  - 経管栄養が必要です。
- その他連絡事項：

## ◎入浴

- 自力入浴可能です。
  - 介助にて定期的に入浴可能です。
  - 通所入浴が出来ています。
  - 訪問入浴なら可能です。
  - 清拭での清潔保持です。
- その他連絡事項：

ご紹介いただく医療機関の方（関連する医療関係者）

現状の在宅上の問題点について

療養による改善目標について

医療方針について

訪問計画

その他現状の問題点

関連の福祉・保険・介護サービスについて

備 考