【参考資料】事例検討用紙

|  |  |
| --- | --- |
| テーマ |  |
| ・課題（対応困難な健康問題/ケア体制等、検討したい点） |  |
| 病　名 |  | 病歴 | 　　　　　年　　　　ヶ月 | 性別 | 男性・女性 |
| 合併症 |  | 初発症状 | 　　　　　　　　　　　(　　　　年頃) | 年齢 |  　歳代 |
| 現在の状況 | 1. 発病初期（症状が明確に発生していないが、異常に気付いている状態）2. 症状・生活障害が軽度にある状態3. 症状・生活障害が顕著にある（顕著になりつつある）状態 医療処置の有無 ：□なし ・ □あり　（下記身体状況参照）4. 終末期（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　） | 身障手帳 | 経済状況 |
|  |  |
| 介護保険 |
|  |
| 身体状況 | 1) ADL　： □歩行　□つかまり立ち　□座位　 □寝返り　　□寝たきり2) 特定症状 ： □呼吸障害　□嚥下障害　□排尿障害　□構音障害　□コミュニケーション障害　□その他（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　）3) 医療処置 ： □吸引　　□吸入　　□経管栄養（胃瘻・経鼻）　　□膀胱留置カテーテル　　　　　　 □気管切開　　□酸素吸入　　□カフアシスト□人工呼吸器 ： □TIPPV（気管切開下人工換気）・□NPPV（非侵襲的陽圧人工換気）　　　装着時間　　□24時間　　　□夜間のみ　　□その他：　　　　　　　　　　4) 意思伝達支援器具：機器　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）5) 特記事項　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）【健康問題（関連するバイタルサイン等も併記）】 |
| 病気の経過 |  | 生活の背景 | 生活歴（かつての職業など） |
| 家族関係図 |
| 心理的状況（病気の受けとめ、本人・家族の思いなど） |
| 支援体制 | 医　　療 | 専門医 □あり(外来・往診)　：　　 回/□なし | 地域主治医 □あり（外来・往診）：　 　回/□なし　 |
| ケアマネ | □あり　　　□なし | 障害者相談支援専門員　　□あり　　　□なし　　 |
| 訪問看護ステーション | □１ヶ所目　：　　 回/週緊急対応：　あり・なし | □２ヶ所目：　 　回/週 | □３ヶ所目： 　　回/週 |
| 訪問介護 | □あり　（頻度：　　　　　　　　）、制度：□介護保険　□障害者総合支援法□なし |
| レスパイト | □あり（入院・入所）　頻度：　　　回/　　　□なし |
| その他 | □在宅人工呼吸器使用患者支援事業（訪問看護）の利用 |
| 週間予定 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前 |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |
| 不定期 |  |  |  |  |  |  |  |