

変化に気づき介護と医療をつなぐ確認シート

●この確認シートを活用することで、普段から変化を見つけましょう。

_____年 月 日

●初めに、ご本人やご家族とケアマネジャーやヘルパーとの間で、医療につなぐ連絡経路を話し合っておきましょう。

大項目	回欄	番号	日頃の変化を見る項目（普段と違う場合は連絡）	つなく相手（目安）
0：すぐに連絡！ <small>（かかりつけ医・訪問看護師など） （場合によっては救急車を要請）</small>	0-1		声をかけるが反応がない、意識がない	大至急かかりつけ医、 訪問看護師など医療 関係者に連絡
	0-2		苦しそうな表情や激しい痛みの訴えがある	
	0-3		呼吸をしていない、いつもと違う呼吸の仕方である	

日常における確認項目	1：呼吸や体温、循環（バイタル）	<input type="checkbox"/>	1-1 痰の量が増えていて、呼吸が苦しそうである	医・看		
	<input type="checkbox"/>	1-2 普段よりも高熱で、ぐったりしている	医・看			
	<input type="checkbox"/>	1-3 普段よりむくんでいる、いつもより脈が速い	医・看		薬	
	<input type="checkbox"/>	1-4 動くことで息切れが強くなった	医・看			
	2：痛みの訴え	<input type="checkbox"/>	2-1 痛みの訴えが続いている（頭・歯・胸・腹・腰など）	医・看	歯	
	3：お薬に関すること	<input type="checkbox"/>	3-1 インスリンなどの自己注射が指示通りできていない	医・看		薬
		<input type="checkbox"/>	3-2 薬がたくさん余っている、処方された通りに服薬できていない	医・看		薬
		<input type="checkbox"/>	3-3 処方された薬を自己判断で中止している	医・看		薬
	4：気持ちや意欲の変化（精神症状や認知症など）	<input type="checkbox"/>	4-1 ぼうつとした状態で会話がかみ合わないときがある	医・看		薬
		<input type="checkbox"/>	4-2 意欲の低下が強く、閉じこもりがちになった	医・看		薬
		<input type="checkbox"/>	4-3 怒りっぽくなった、道に迷いやすくなった	医・看		
		<input type="checkbox"/>	4-4 物忘れがひどくなった、つじつまが合わないことを言う	医・看		
		<input type="checkbox"/>	4-5 掃除・片づけができなくなった	医・看		薬
	5：食事・栄養	<input type="checkbox"/>	5-1 普段より水分摂取量が減った・増えた	医・看	歯	
		<input type="checkbox"/>	5-2 食事の量や回数、内容（味、食べ物の硬さなど）に変化がある	医・看	歯	薬
		<input type="checkbox"/>	5-3 飲み込むことに時間がかかるようになった、むせる回数が増えた	医・看	歯	
		<input type="checkbox"/>	5-4 短期間（例えば2～3か月程度の間）で体重に変化がある	医・看	歯	薬
		<input type="checkbox"/>	5-5 おう吐（少量もどすことを含める）することがある	医・看	歯	
		<input type="checkbox"/>	5-6 噛めない、義歯が合わなくなった	医・看	歯	
		<input type="checkbox"/>	5-7 口臭がある、口の中から出血がある	医・看	歯	
<input type="checkbox"/>		5-8 飲み込んだ後も口の中に食べ物が残ることが多くなった	医・看	歯		
6：排泄	<input type="checkbox"/>	6-1 尿・便の量が減った	医・看		薬	
	<input type="checkbox"/>	6-2 便の色（下血・黒色便・白色便）がいつもと違う	医・看			
	<input type="checkbox"/>	6-3 下痢や便秘が続いている	医・看		薬	
	<input type="checkbox"/>	6-4 尿の色が濃くなってきた	医・看			
	<input type="checkbox"/>	6-5 急に、尿失禁や尿の排泄回数が増えた	医・看		薬	
7：清潔・皮膚	<input type="checkbox"/>	7-1 皮膚、口が乾燥している（皮膚に白い粉がふいているなど）	医・看		薬	
	<input type="checkbox"/>	7-2 湿疹がある（陰部、脇の下、乳房の下など）	医・看			
	<input type="checkbox"/>	7-3 体がかゆく、かきむしっている	医・看		薬	
	<input type="checkbox"/>	7-4 発赤（皮膚の赤み）が続いている（お尻・腰・大腿部など）	医・看			
	<input type="checkbox"/>	7-5 皮膚に傷・あざがある（見えにくい足先・背中まで要注意）	医・看			
	<input type="checkbox"/>	7-6 爪の色や形に変化がある（巻き爪、分厚い爪など）	医・看			
	<input type="checkbox"/>	7-7 入浴しないなど清潔保持ができていない	医・看			
8：活動性の低下	<input type="checkbox"/>	8-1 先週までできていたことが、できなくなった	医・看			
	<input type="checkbox"/>	8-2 つまずくこと、転倒することが増えた	医・看			
	<input type="checkbox"/>	8-3 起き上がりや、動作に時間がかかるようになった	医・看			
	<input type="checkbox"/>	8-4 歩く距離・時間が短くなった	医・看			
	<input type="checkbox"/>	8-5 自宅にいる時間が増え、外出しなくなった	医・看			
9：睡眠・生活リズム	<input type="checkbox"/>	9-1 睡眠が不規則になった（昼夜逆転、夜間不眠、日中寝ている、朝起きられない）	医・看		薬	
	<input type="checkbox"/>	9-2 受診回数が減っている	医・看		薬	



*使い方については「変化に気づき介護と医療をつなぐ確認シートの手引き」をご覧ください。

連絡／相談先

施設名・担当	連絡先
ケアマネジャー	
かかりつけ医	
かかりつけ歯科医	
かかりつけ薬局	
訪問看護ステーション	
その他 (医療専門職、 看護小規模多機能型居宅介護・ 小規模多機能型居宅介護 など)	