

## 重度認知症デイケア クリニカルパス

患者氏名	様 (男・女)	(M・T・S) 年 月 日生 ( 歳)	診断名	主治医	家族署名	(続柄: )
		利用開始日	年 月 日			

目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>■中核症状の進行・周辺症状の軽減による、日常生活の自立・生活の質の向上を図る</li> <li>■家族支援により精神的・肉体的負担を軽減し、在宅での継続的な介護を目指す</li> </ul>	利用中止基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>■身体合併症の悪化及び周辺症状の悪化の場合は、医師により入院治療のご相談をいたします</li> <li>■ご家族(保護者)の申し出により、随時対応いたします(在宅復帰・施設入所等)</li> </ul>
----	--	--------	--

日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
経過	利用前	利用開始日	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年	利用中止(入院・入所)
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>■家族・本人の希望確認</li> <li>■情報収集と治療方針共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■全身状態を把握し、プログラムを立案する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■治療計画評価・立案</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■治療計画評価・立案</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■治療計画評価・立案</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■治療計画評価・立案</li> </ul>	(理由):
医師	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査指示(血液・尿・レントゲン) <input type="checkbox"/> デイケア指示箋(Mランク評価) <input type="checkbox"/> 治療方針説明(家族・本人)	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 定期検査指示	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 家族より状態聴取 <input type="checkbox"/> 薬物療法評価と説明	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 家族より状態聴取 <input type="checkbox"/> 薬物療法評価と説明	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 家族より状態聴取 <input type="checkbox"/> 薬物療法評価と説明 <input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 家族より状態聴取 <input type="checkbox"/> 薬物療法評価と説明 <input type="checkbox"/> 定期検査指示(血液・尿・レントゲン) <input type="checkbox"/> 検査結果説明 <input type="checkbox"/> デイケア指示箋  <input type="checkbox"/> 状態変化時は家族説明(随時)	<input type="checkbox"/> 家族との面談 <input type="checkbox"/> 今後の治療方針について説明 <input type="checkbox"/> 情報提供用紙作成 (利用中止後入院・施設入所の場合) <input type="checkbox"/> 通所中止指示箋
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 情報収集(経過・生活状況・環境等) <input type="checkbox"/> デイケアについて説明・見学 <input type="checkbox"/> 介護保険状況確認 <input type="checkbox"/> 自立支援医療確認 <input type="checkbox"/> 関係機関・ケアネットの連携 <input type="checkbox"/> 福祉サービス利用状況	<input type="checkbox"/> デイケア利用申込書確認 <input type="checkbox"/> 家族サポート	家族サポート <input type="checkbox"/> 日常生活での相談(随時) <input type="checkbox"/> 利用回数等の相談(随時)	家族サポート <input type="checkbox"/> 日常生活での相談(随時) <input type="checkbox"/> 利用回数等の相談(随時)	家族サポート <input type="checkbox"/> 日常生活での相談(随時) <input type="checkbox"/> 利用回数等の相談(随時) <input type="checkbox"/> 今後の方向や他のサービス利用について	家族サポート <input type="checkbox"/> 日常生活での相談(随時) <input type="checkbox"/> 利用回数等の相談(随時) <input type="checkbox"/> 今後の方向や他のサービス利用について	<input type="checkbox"/> デイ登録解除 <input type="checkbox"/> 利用中止後の相談・説明 <input type="checkbox"/> 関係部署・機関への連絡
看護・介護	外来 <input type="checkbox"/> 検査実施 <input type="checkbox"/> 情報収集 症状・生活状況等 <input type="checkbox"/> 外来診察について説明 <input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> 他科通院状況確認 <input type="checkbox"/> 既往歴確認	全身状態の観察 <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧・摂食状態等 <input type="checkbox"/> 体重測定 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患の有無 <input type="checkbox"/> 栄養状態評価 <input type="checkbox"/> 精神状態把握 <input type="checkbox"/> 周辺症状把握 <input type="checkbox"/> 個人計画立案	症状経過観察・ADL支援 <input type="checkbox"/> 個人計画評価 <input type="checkbox"/> 栄養状態評価及び指導 <input type="checkbox"/> 服薬管理及び指導 <input type="checkbox"/> 精神状態・周辺症状把握	症状経過観察・ADL支援 <input type="checkbox"/> 個人計画再評価 <input type="checkbox"/> 服薬管理及び指導 <input type="checkbox"/> 精神状態・周辺症状把握	症状経過観察・ADL支援 <input type="checkbox"/> 個人計画再評価 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 栄養状態評価及び指導 <input type="checkbox"/> 服薬管理及び指導 <input type="checkbox"/> 精神状態・周辺症状把握	症状経過観察・ADL支援 <input type="checkbox"/> 個人計画再評価 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 栄養状態評価及び指導 <input type="checkbox"/> 服薬管理及び指導 <input type="checkbox"/> 精神状態・周辺症状把握	<input type="checkbox"/> 個人計画最終評価 <input type="checkbox"/> 看護サマリー記載
作業療法士	<input type="checkbox"/> 情報収集 <input type="checkbox"/> ADL評価	<input type="checkbox"/> 作業療法目標設定・個人計画立案	<input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標設定・個人計画立案 <input type="checkbox"/> ADL評価	<input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標設定・個人計画立案 <input type="checkbox"/> ADL評価	<input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標設定・個人計画立案 <input type="checkbox"/> ADL評価	<input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標設定・個人計画立案 <input type="checkbox"/> ADL評価	<input type="checkbox"/> 個人計画最終評価 <input type="checkbox"/> 利用中止後のリハビリ指導
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査				<input type="checkbox"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 心理検査	
検討項目	<input type="checkbox"/> 情報共有 状態・治療方針説明	<input type="checkbox"/> 個人計画書	<input type="checkbox"/> 個人計画書	<input type="checkbox"/> 個人計画書	<input type="checkbox"/> 個人計画書	<input type="checkbox"/> 個人計画書	<input type="checkbox"/> 関連部署へ情報提供
バリエーション			<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)
医師署名							
家族署名		(続柄: )		(続柄: )	(続柄: )	(続柄: )	(続柄: )