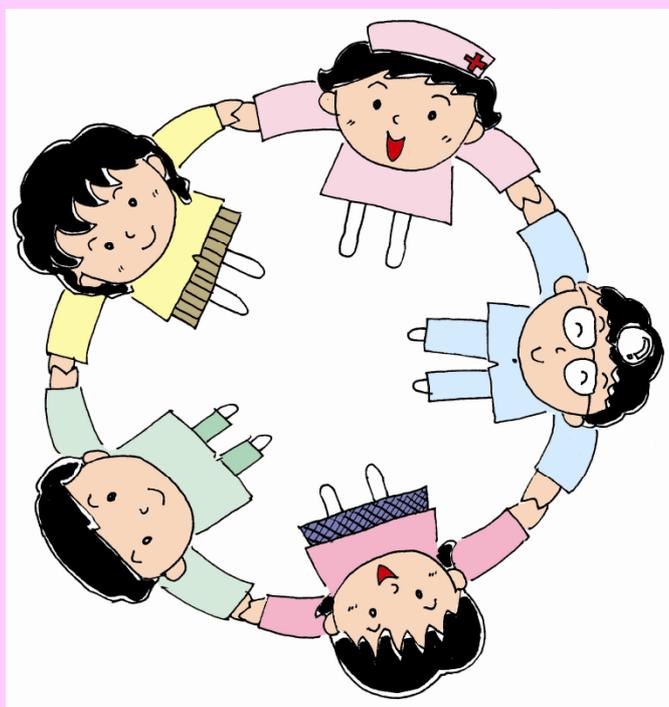


大分県北部圏域 脳卒中地域連携パス 手引書

H22. 4～



大分県北部圏域脳卒中地域連携協議会

大分県北部圏域脳卒中地域連携パス手引書

平成22年3月吉日

大分県北部圏域脳卒中地域連携協議会

はじめに

大分県北部圏域では、平成20年7月、「北部圏域脳卒中地域連携協議会」を設立し、作業部会で6回の検討を重ね、「大分県北部圏域脳卒中地域連携パス」の試案を作成しました。

平成21年4月から、このパスを試行し、平成21年12月末現在で、157件のパスが試行されております。

この試行事例を基に、平成21年度に事例検討会を2回開催し、パス様式の改善や連携のあり方等について検討を行い、今回の「手引書」の修正版の発行となったものであります。

このパスは、急性期から維持期までの円滑な連携により、脳卒中の患者さまが安心して日常生活に復帰できることを目的としており、この連携パスを通じ、患者さまと各医療機関そして介護施設等が協力することで、当地域の脳卒中疾患診療の質の向上につながるものと信じております。

当協議会では、平成22年4月から、この「北部圏域脳卒中地域連携パス」の本格運用を開始することとなりました。

患者さま中心の医療、地域医療連携推進のため、できるだけ多くの脳卒中の患者さまのご紹介に、この地域連携パスを使用していただきたいと考えております。

関係者の皆様方のご協力をよろしくお願い申し上げます。

このパスは、①大分県北部圏域脳卒中地域連携パス説明書（患者さま同意書）、②診療計画書（患者さま用シート）、③北部圏域脳卒中地域連携用紙A1・A2（急性期→中間期・維持期連携先）、④北部圏域脳卒中地域連携用紙B1・B2（中間期→連携先）⑤維持期情報シートC1（維持期→急性期・中間期）、維持期で再発した場合の「診療情報提供書（C2）」で構成されております。

急性期・中間期施設から、維持期に連携する際には、依頼の文書を添付して、施設または、かかりつけ医及びケアマネジャーへ情報の提供と、維持期情報シートの記載等のお願いをすることにしておりますので、ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

また、この「手引書」及び「パスの様式」等については、事務局である「大分県北部保健所」のホームページ（<http://www.pref.oita.jp/site/12089-hokubuhc-sub/>）からダウンロードできるようになっておりますので、ご利用ください。

目 次

	ページ
1 大分県北部圏域 脳卒中地域連携パスの基本となる考え方（フローシート）・・・	1
2 大分県北部圏域 脳卒中地域連携パスの流れ（フローシート）・・・・・・	2
3 脳卒中地域連携パスの基本となる考え方及び脳卒中地域連携パスの流れ・・・	3
4 大分県北部圏域 脳卒中地域連携パスの運用（フローシート）・・・・・・	4
5 大分県北部圏域 脳卒中地域連携パスの運用手順・・・・・・・・・・	5
6 大分県北部圏域 脳卒中地域連携パスの記載について	
(1) 急性期・中間期情報シートの記載について・・・・・・・・・・	6
(2) 維持期情報シートの記載について・・・・・・・・・・	7
7 判定基準の参考資料	
(1) JCS・看護必要度・日常生活機能評価・・・・・・・・・・	8, 9
(2) 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・・・	10
(3) ADLの判定基準 No. 1・No. 2・・・・・・・・・・	11, 12
(4) BI（バーサル・インデックス）機能評価・・・・・・・・・・	13
(5) FIM（ファンクショナル・インディペンデンス・メジャー）機能的自立度評価・・・	14
8 バリアンس分析・・・・・・・・・・	15
9 評価・・・・・・・・・・	15
10 大分県北部圏域 脳卒中地域連携パス様式・・・・・・・・・・	16～

大分県北部圏域 脳卒中地域連携パスの基本となる考え方

地域連携パス

患者・家族の「QOL」を地域でサポートする体制作りのツール

【目的】

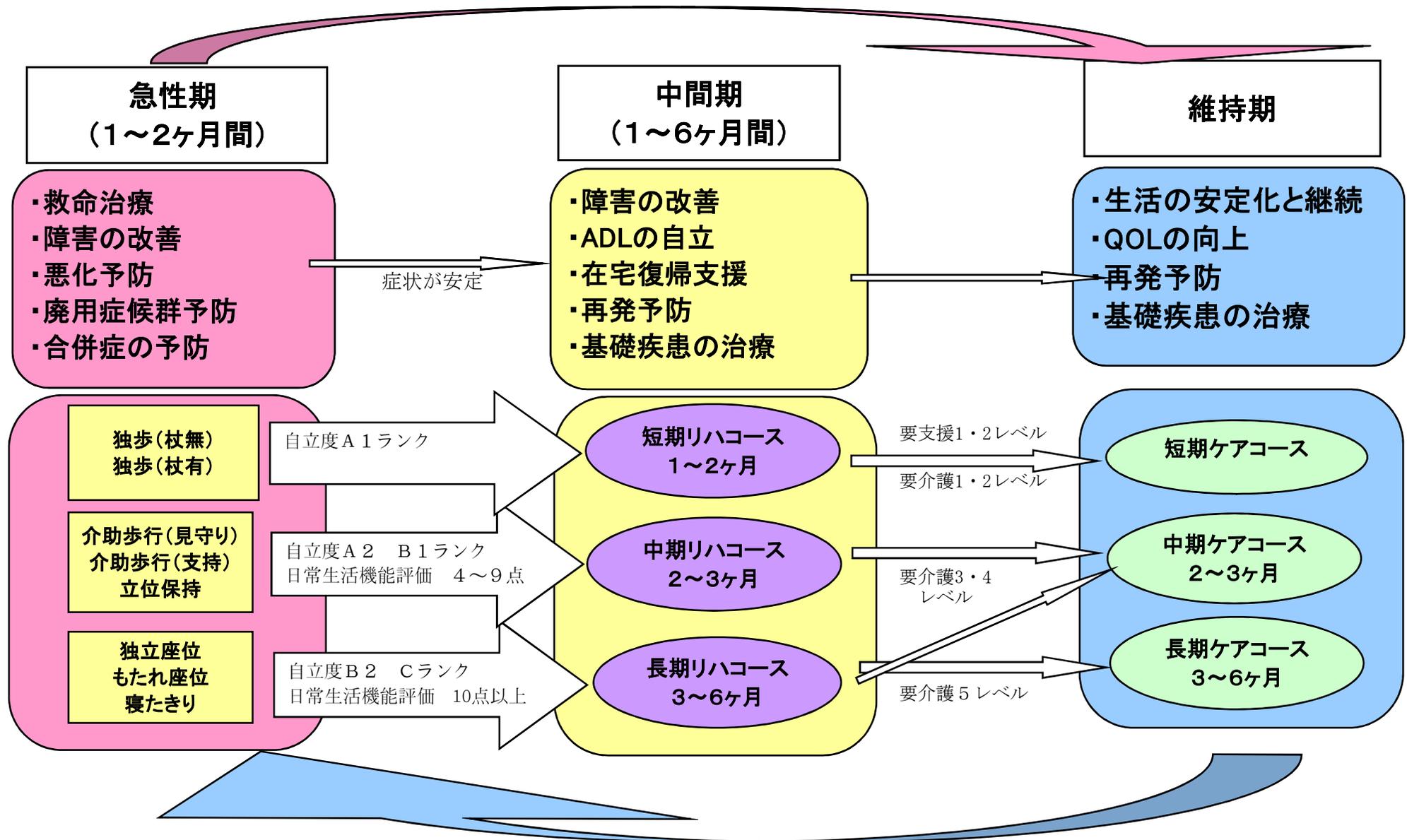
関係者の円滑な連携によって、利用者が安心して日常生活に復帰できる

- ・利用者の意識啓発
- ・関係者の認識共有

機能に応じたサービス提供、質の向上

- ◆サービス提供者が地域の資源を有効活用し、適時・適切な保健医療・福祉（介護）サービスを提供できる
- ◆利用者自身が自分の状況を理解し、提供されるサービスの必要性や適切性を確認できる

大分県北部圏域 脳卒中地域連携パスの流れ

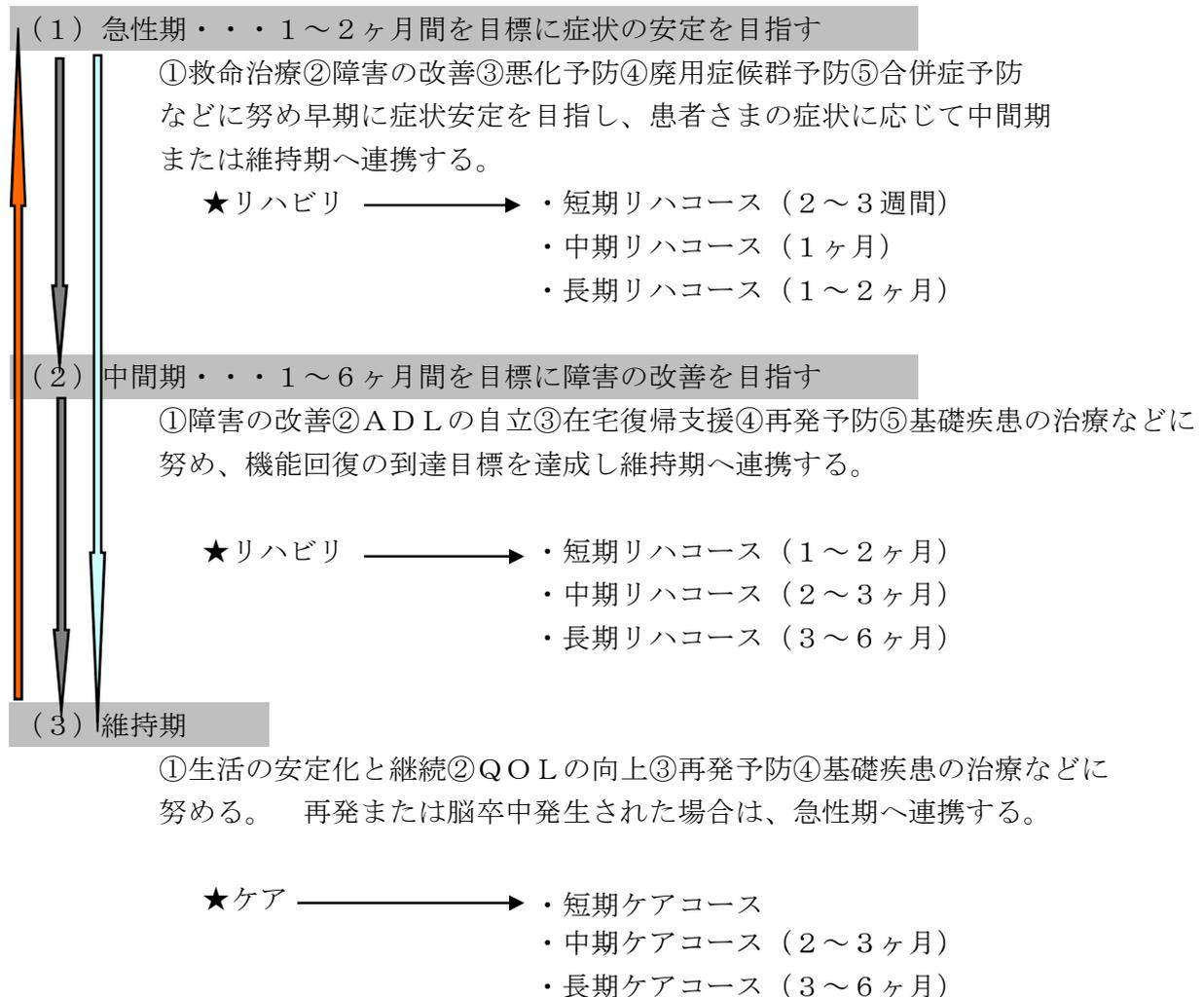


※表示している期間については、あくまで一般的な目安です。

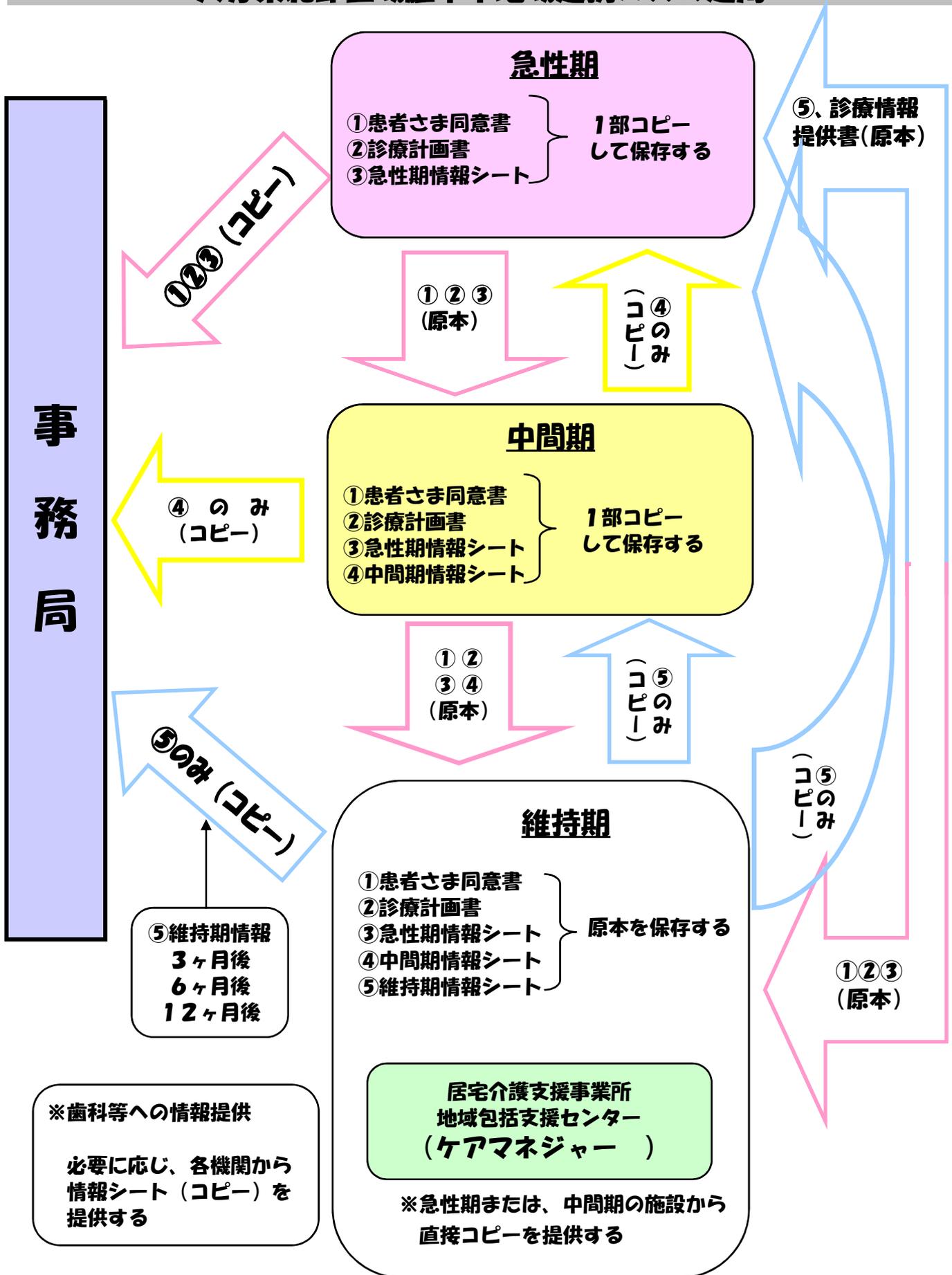
脳卒中地域連携パスの基本となる考え方

- (1) 大分県北部圏域 脳卒中地域連携パス（以下、「連携パス」という）は、患者さまの疾病の回復過程に応じて急性期・中間期・維持期に於ける治療・療養が切れ目なく進んでいくために、医療関係者の情報共有のツールとして活用し、地域で患者・家族のQOLをサポートできることを目的とする。
- (2) 連携パスの目的を達成するために、急性期・中間期・維持期の連携機関が、互いの特性を理解し、信頼関係の構築に努める。
- (3) 患者満足につながるように、ケアカンファレンス・研修会など情報交換の場と方法の工夫でサポート体制を構築する。
- (4) 情報シートは、記入する各関係者の負担を出来るだけ少なくし、受け入れる側に必要で知りたい情報の内容となることを目指す。
- (5) 患者さま用シートは、連携パスを使用される患者さまの各時期の達成目標・治療・療養の内容が、ご家族や患者さまにもわかり易いオーバービュー（急性期から維持期までが一覧で見えるシート）にて作成する。

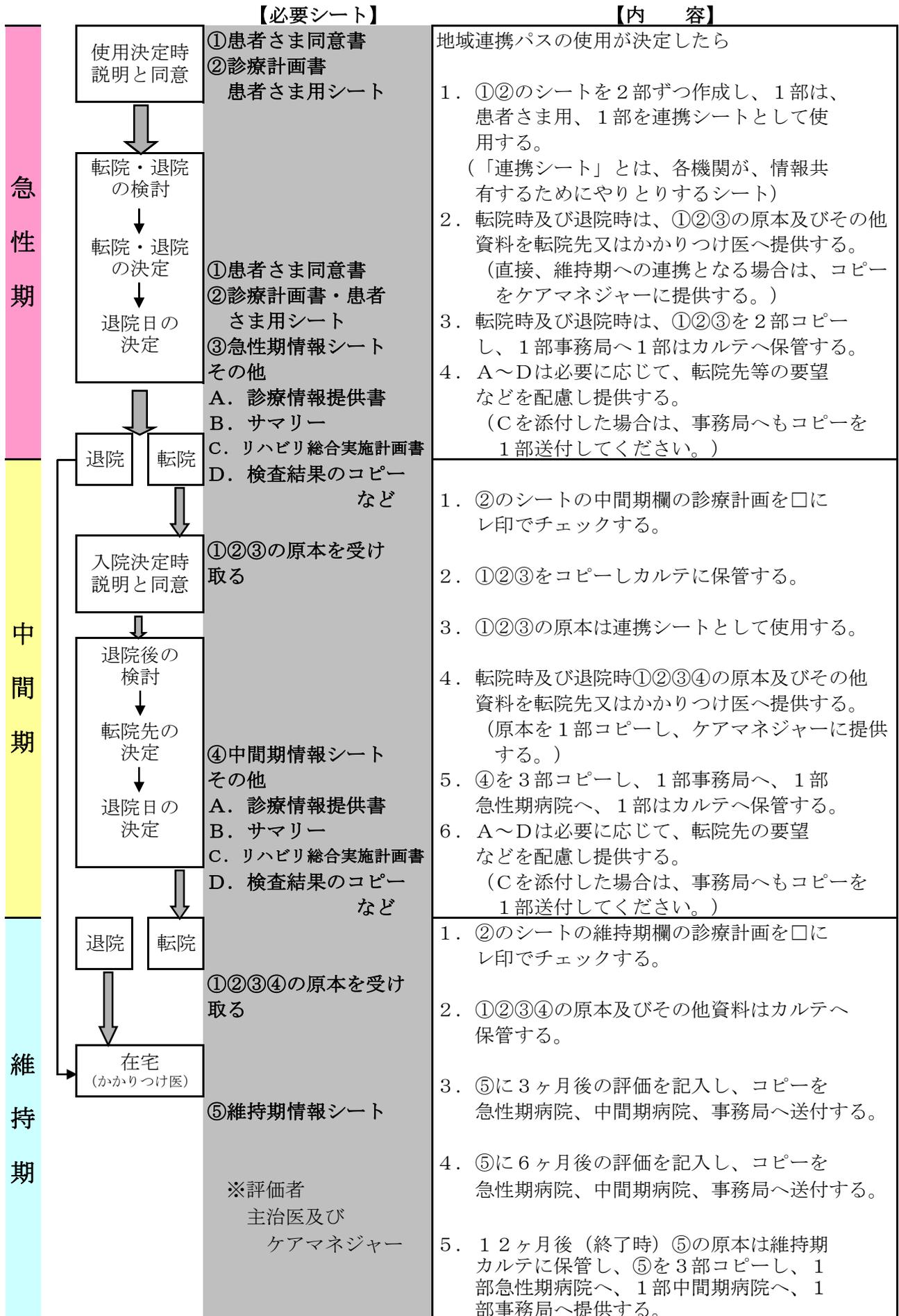
脳卒中地域連携パスの流れ



大分県北部圏域脳卒中地域連携パスの運用



大分県北部圏域 脳卒中地域連携パスの運用手順



(1) 脳卒中連携パス（急性期・中間期）の記載について

- ★当初は、脳卒中地域連携パスの適用基準・除外基準は定めず、医師の判断でお願い致します。
- 出来るだけ多くのパスの使用をお願い致します。
- 使用する経過の中で適宜、評価・改善の提案をお願い致します。

パス説明書（患者さま同意書） 診療計画及び患者さま用シート	①パスの適用が決定したらまず説明と同意を得てください。（医師） ②患者さま用シートで、急性期から維持期の流れと各時期の目標（退院基準）を説明ご理解いただく（医師・看護師・リハビリなど） ★詳細な説明が必要な場合は、各病院・各施設内のパス等を使用してください。 ③患者さま用・診療計画書シートに必要な治療・看護/介護・リハビリなど項目の□にレ印でチェックしてください。 ④シートに記入できない情報があれば、自院の診療情報提供書等を追加してください。
急性期情報シート 中間期情報シート	①急性期・中間期の医師、歯科医師、看護師、セラピスト、薬剤師ソーシャルワーカーが記入することを想定しています。 ②医療情報・看護情報・リハビリ情報は急性期、中間期の最終情報の評価を記入してください。 ③薬剤情報は、退院時処方の内容を記入してください。 ④検査情報で詳細な情報が必要な場合は、検査結果のコピーなど各病院でご検討お願い致します。 ⑤【意識（JCS）】は、参考資料（P8）で確認し、該当する□にレ印を記入してください。 ⑥【特別な医療】の項目は、引き続き医療的処置が必要なものにチェックをし、使用しているチューブや最終交換日を記入してください。 □経胃瘻栄養の項目は、交換日を記入してください。 □酸素吸入は種類（経鼻カニューラ・マスクなど）と流量を記入してください。 □間歇導尿は導尿の間隔や最終の時間を記入してください。 ⑦Ns 記入欄の【食事内容】の□嚥下食の形態は、「ソフト食・きざみ・ミキサーゼリー・とろみ」等で記入してください。 ⑧Ns 記入欄の【看護必要度】【日常生活機能評価】【日常生活自立度→寝たきり度・認知症】は、参考資料（P8～P10）で確認し、得点の記入及び該当する□にレ印を記入してください。 ⑨・リハビリ欄は、「リハビリテーション総合実施計画書」の添付がない場合、該当する□にレ印を記入してください。 ・【嚥下障害】は、参考資料（P11）で確認し、該当する□にレ印を記入してください。 ・【入院中のリハの経過】は、計画書の添付がある場合でも、記入してください。 ⑩中間期情報の【BI・FIM】の項目は、参考資料（P13～14）でそれぞれの総点数を記入してください。（わかる範囲で結構です。） ⑪ソーシャルワーカー記入欄の【本人の希望】【家族の希望】は、退院時の内容をそのまま記入してください。医療者側からみて不可能な希望でも、できるだけそのままの言葉で記入してください。 ⑫起こりうる症状（低血糖発作、てんかん発作等）や合併症、障害者手帳などが有る場合は、特記事項欄に記入してください。

※薬剤についての歯科医師からのお願い

- ・ビスホスホネート製剤は、重大な副作用に顎骨骨壊死・顎骨骨髄炎があらわれる事があります。十分な観察と、服用の有無を必ずチェックしてください。

(2) 脳卒中連携パス（維持期）の記載について

説明と同意 ・ 診療計画 ・ 介護計画 ・ その他	①患者さま用シートで維持期の流れと目標などの説明し、患者さま、ご家族のご理解を得る。 ★詳細な説明が必要な場合は、各病院・各施設内のパス等を使用してください。 ②患者さま用・診療計画書シートに必要な治療・看護/介護・リハビリなど項目の□にレ印でチェックしてください。 ③維持期シートで不足する情報は、急性期・中間期シートで確認してください。
維持期情報シート	①【概ね3ヶ月後】・【概ね6ヶ月後】・【概ね12ヶ月後】毎に評価をお願いします。 各項目では、該当するものにチェックしてください。判定不能であれば、空欄で結構です。 ②【評価時点の状況】・・・有の場合は□にレ印を記入してください。 ★麻痺→有りの場合は、（ ）内に部位を記入してください。 ★その他→有りの場合は、（ ）内に内容を記入してください。 ③【治療を要する疾患】・・・該当する疾患の□にレ印を記入してください。 ★その他→表記されている疾患以外は（ ）内に内容を記入してください。 ④【口腔の状態】欄 ★くいしばり→単に、出来るか出来ないかで判断してください。 ★口腔ケア→有りの場合は、回数を記入してください。 ⑤【歯牙の状況】 【食事機能】 【食物形態】 【内服薬】 【居宅系サービス】 } 欄は、評価項目の□にレ印を記入してください。 ⑥【摂食】 【移動動作】 【排泄動作】 【言語障害】 } 欄は、判定基準の参考資料の「ADLの判定基準」（P11～12）を参考にして、評価項目の□にレ印を記入してください。 ⑦【寝たきり度】 【認知症】 } 欄は、判定基準の参考資料の「寝たきり度」及び「認知症高齢者の日常生活自立度」（P10）を参考にして、評価項目の□にレ印を記入してください。 ⑧【要介護度】・・・介護保険の要介護度を記入してください。 ⑨【備考】・・・本人・家族の希望や再発予防に取り組んでいる内容、その他重要と思われることを記入してください。
診療情報提供書 （維持期→急性期）	・ 診療情報提供書（維持期→急性期）は再発時などにご利用ください

【判定基準の参考資料】(1)

JCS (Japan Coma Scale)

※意識レベルの評価として覚醒の程度を9段階で表し、数値が大きいほど意識障害が重いことを示す

I 覚醒している (1桁の点数で表現)	
0	意識鮮明
1 (I-1)	見当識は保たれているが意識清明ではない
2 (I-2)	見当識障害がある
3 (I-3)	自分の名前・生年月日が言えない
II 刺激に応じて一時的に覚醒する (2桁の点数で表現)	
10 (II-1)	普通の呼びかけで開眼する
20 (II-2)	大声で呼びかけたり、強く揺するなど開眼する
30 (II-3)	痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けるとかろうじて開眼する
III 刺激しても開眼しない (3桁の点数で表現)	
100 (III-1)	痛みに対して払いのけるなどの動作をする
200 (III-2)	痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
300 (III-3)	痛み刺激に対して全く反応しない
★R (不穏)・I (糞便失禁)・A (自発性喪失) などの付加情報をつけて 【JCS200-R】などと表現する	

一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

		(配点)		
A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置	なし	あり	
2	血圧測定	0~4回	5回以上	
3	時間尿測定	なし	あり	
4	呼吸ケア	なし	あり	
5	点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6	心電図モニター	なし	あり	
7	シリンジポンプの使用	なし	あり	
8	輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用、②麻薬注射薬の使用、 ③放射線治療、④免疫抑制剤の使用、 ⑤昇圧剤の使用、⑥抗不整脈剤の使用、 ⑦ドレナージの管理)	なし		あり
				A得点

一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

B 患者の状況等	0点	1点	2点
10 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
11 起き上がり	できる	できない	/
12 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
13 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
14 口腔清潔	できる	できない	/
15 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
16 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B得点

日常生活機能評価

※得点は0～19点

※得点が高いほど、生活自立度が低い

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	/
どちらか手を胸まで持ち上げられる	できる	できない	/
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起きあがり	できる	できない	/
座位	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	自力歩行 つかまり歩き	補助を要する移動 (搬送を含む)	/
口腔清潔	できる	できない	/
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
危険行動への対応	ない	ある	/

【判定基準の参考資料】(2)

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つことができる。 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
IIa	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等
IIb	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

ADLの判定基準 No. 1

移動能力	a	ギャッジ座位	ベット上でギャッジアップにて座位がとれるようになった状態
	b	起き上がり	つかまってでも自分で起き上がりができるようになった状態
	c	端座位	ベットの端で座位がとれる状態。手すりにつかまっても良い
	d	車椅子移乗	手すりを使用してでも、車椅子への移乗が可能な状態
	e	車椅子駆動	自力で駆動できる状態。空間無視や認知症などで危険を伴うために見守りが必要な場合は不可とし、【見守り】とする
	f	起立～立位	自力で立ち上がり、立位保持ができる状態
	g	歩行器歩行	補助具（短下肢装具など）をしていても良い
	h	杖歩行	補助具（短下肢装具など）をしていても良い
	i	独歩	杖無しで歩行が可能。補助具（短下肢装具など）をしていても良い
	j	階段昇降	手すりを使用しての階段昇降ができれば可
	k	屋外歩行	杖無しでの屋外歩行が可能。補助具（短下肢装具など）をしていても良い
l	車の運転	自力で車の運転席に座れ、自力で運転が可能な状態	
移動動作	a	寝たきり	ギャッジ座位、起き上がり、端座位が出来るが、車椅子移乗は自力では出来ない状態で、ベットでの寝たきりが多い
	b	車椅子	車椅子移乗が出来、車椅子を自力で駆動出来る状態
	c	杖・歩行器歩行	杖あるいは歩行器を使って歩くことが出来る状態で補助具（短下肢装具など）をしていても良い
	d	独歩	杖無しで歩行が可能。補助具（短下肢装具など）をしていても良い
排泄	a	全介助	尿意なく、留置カテーテルやおむつを使用している
	b	要介助	パンツやズボンを下げて、便器に座る等に介助が必要
	c	見守り	転倒や失禁の危険性があり、排泄動作に見守りが必要
	d	自立	手すりを使用している、すべて自立している
摂食	a	経管栄養	経口摂取が困難で経管での栄養摂取をしている状態
	b	要介助	経口摂取は可能であるが、介助を必要とする状態
	c	見守り	経口摂取は可能であるが、声かけや見守りが必要な状態
	d	自立	自力で摂食が可能
嚥下障害	a	重	<ul style="list-style-type: none"> ・嚥下困難または不能、嚥下訓練適応なし ・基礎的嚥下訓練だけの適応あり ・条件を整えば誤嚥は減り、摂食訓練が可能
	b	中	<ul style="list-style-type: none"> ・楽しみとしての摂食は可能 ・一部（1～2食）経口摂取 ・3食経口摂取＋補助栄養
	c	軽	<ul style="list-style-type: none"> ・嚥下食で3食とも経口摂取 ・特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取 ・常食の経口摂取可能、臨床的観察と指導を要する ・正常の摂食嚥下能力

ADLの判定基準 No. 2

言語理解	a	限られた言葉のみ	全く困難か、挨拶などの限られた言葉のみ理解可能
	b	簡単な内容 (要配慮)	簡単な内容の理解が介助や配慮があれば可能
	c	簡単な内容	基本的要求など簡単な内容の理解が可能
	d	複雑な内容	日常生活に必要な言語の理解が可能
言語表出	a	限られた言葉のみ	全く困難か、挨拶などの限られた言葉のみ表出可能
	b	簡単な内容 (要配慮)	簡単な内容の表出が介助や配慮があれば可能
	c	簡単な内容	基本的要求など簡単な内容の表出が可能
	d	複雑な内容	日常生活に必要な言語の表出が可能
社会的交流	a	家族との交流	会話などの交流が家族のみに限られている
	b	医療者との交流	看護師・リハビリスタッフなどとの交流可能な状態
	c	他患者との交流	他の患者との交流が見られる状態
	d	交流を企画	患者本人から患者同士の交流の機会を作ったり、病棟内のゲームなどに積極的に参加する状態
患者心理	a	精神の安定	不穏や夜間せん妄がない状態
	b	周囲への関心	障害への悲観的な態度から立ち直りつつある状態で、家族や周囲の人のことも考えられる状態
	c	問題解決が可	退院後の問題解決に積極的に取り組むことができる
	d	生活への自信	在宅での生活・就労などに自信を持てる状態。障害の受け入れが出来ている

【判定基準の参考資料】(4)

BI (バーサル・インテックス) 機能評価

※代表的な評価法である。100点満点だからといって独居可能なわけではない

1. 食事	10 : 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える
	5 : 部分介助 (たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)
	0 : 全介助
2. 車椅子からベットへの移乗	15 : 自立、ブレーキ、フットサポートの操作も含む (歩行自立も含む)
	10 : 軽度の部分介助または、監視を要する
	5 : 座ることは可能であるが、ほぼ全介助
3. 整容	0 : 全介助または、不可能
	5 : 自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)
	0 : 部分介助または、不可能
4. トイレ動作	10 : 自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合は、その洗浄も含む
	5 : 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
	0 : 全介助または、不可能
5. 入浴	5 : 自立
	0 : 部分介助または、不可能
6. 歩行	15 : 45 m以上の歩行、補助具 (車椅子、歩行器は除く) の使用の有無は問わない
	10 : 45 m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
	5 : 歩行不能の場合、車椅子にて45 m以上の操作可能
	0 : 上記以外
7. 階段昇降	10 : 自立、手すりなどの使用の有無は問わない
	5 : 介助または、監視を要する
	0 : 不能
8. 着替え	10 : 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
	5 : 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える
	0 : 上記以外
9. 排便コントロール	10 : 失禁なし、座薬、浣腸の使用は自分で可能
	5 : 時に失禁あり、浣腸、座薬使用に介助を要する者も含む
	0 : 上記以外
10. 排尿コントロール	10 : 失禁なし、尿器の取り扱いも自分で可能
	5 : 時に失禁あり、尿器の取り扱いに介助を要する者も含む
	0 : 上記以外

【判定基準の参考資料】(5)

F I M(ファンクショナル・インディペンデンス・メジャー)機能的自立度評価

自立	7 : 自立 6 : 修正自立
部分介助	5 : 監視
介助あり	4 : 最小介助 3 : 中等度介助
完全介助	2 : 最大介助 1 : 全介助

F I M 1点=介護時間1.6分

F I M 110点=介護時間0分

■運動項目 13~91点

認知項目 5~35点

総合項目 18~126点

セルフケア (42)	A	食事 (箸・スプーン)	1~7
	B	整容	1~7
	C	清拭	1~7
	D	更衣 (上半身)	1~7
	E	更衣 (下半身)	1~7
	F	トイレ	1~7
排泄 (14)	G	排尿コントロール	1~7
	H	排便コントロール	1~7
移乗 (21)	I	ベット・椅子・車椅子	1~7
	J	トイレ	1~7
	K	浴槽・シャワー	1~7
移動 (14)	L	歩行・車椅子	1~7
	M	階段	1~7
コミュニケーション (14)	N	理解 (聴覚・視覚)	1~7
	O	表出 (音声・非音声)	1~7
社会認識 (21)	P	社会的交流	1~7
	Q	問題解決	1~7
	R	記憶	1~7

バリエーション分析

※バリエーション（逸脱）症例は下記のような症例です

1. 患者・家族から同意が得られなかった症例
2. 経過中、再発・合併症などの治療が優先され、脳卒中の診療計画を中断した症例
3. 死亡症例
4. 極めて軽く、支援を全く必要としない症例
5. 急性期は2ヶ月を・回復期リハビリは疾患名に応じた治療期間を越えた場合の症例
など

★今後、上記1.～5.等の報告から「大分県北部圏域脳卒中地域連携協議会」でバリエーション（逸脱）のチェック表などの検討をしていきます。
バリエーション（逸脱）の報告は事務局へお願いします。

評価

患者・家族側の評価	医療者側の評価
1. 地域連携パスの適応患者数	1. 平均在院日数・総治療期間
2. 地域連携パス参加機関の数	2. 在宅復帰率
3. 患者さまのADLの評価	3. 「連携パス」使用の阻害要因
4. 目標達成までの期間	など
5. QOLや満足度	
など	

★「大分県北部圏域脳卒中地域連携協議会」において、パスの見直し・改訂と共に評価の内容なども検討していきます。

皆様のご意見をお聞かせ下さい。

★バリエーション調査及び評価については、事務局で整理し、「大分県北部圏域脳卒中地域連携協議会」にて、分析・改善に繋がります。

大分県北部圏域脳卒中地域連携パス説明書 (患者さま同意書)

①

このたびの発症・入院に際しまして、ご心配のこととお察し申し上げます。

大分県北部圏域脳卒中地域連携協議会では、脳卒中治療における患者さまのリハビリテーションを含めた今後の治療がスムーズに進むことを目的として「大分県北部圏域脳卒中地域連携パス」を作成いたしました。



地域連携パスとは

脳卒中の治療は、急性期病院での治療から、病院や施設・在宅での回復期・維持期のリハビリテーションを中心とした介護まで、一貫した計画のもとに行われます。地域連携パスとは、切れ目なく患者さまの状態を連携機関に伝達するため、地域で統一された様式の情報提供（診療計画書、患者さま紹介状、経過報告書）です。

目的・特徴

- ① より良い機能・能力回復が得られるよう各病院・施設間の連携を深めます。
- ② 情報が見やすく、目標が段階的に示されています。
- ③ 転院直後に各患者さまに応じた今後の治療及び療養の方針を立てることができます。
- ④ 急性期病院と連携する病院・施設が定期的に話し合いを行い、より迅速に対応できるシステムを作ります。

内容

急性期病院や連携する病院・施設など各々の機関の退院時や維持期から急性期病院への入院時に、担当者が患者さまの状態を書き込み、次の紹介先機関に送ります。紹介先の担当者は、患者さまの入院中の目標や経過を確認し治療やリハビリテーションの継続を行います。

以上の趣旨をご理解のうえ、「地域連携パス」の運用にご協力いただきますようお願い申し上げます。

その際は、個人情報漏洩することがないように十分に留意いたします。

ご不明な点、ご質問がございましたら、遠慮なく担当医や職員にお尋ねください。

私は、地域連携診療計画に関する説明を受けました。記載された診療情報が各連携機関で共有されることに同意します。

平成 年 月 日

主治医

患者又は
代理人 氏名

代理人の場合
続柄 ()

17 診療計画書(患者さま用シート) ②

<北部圏域脳卒中地域連携パス>

患者様用

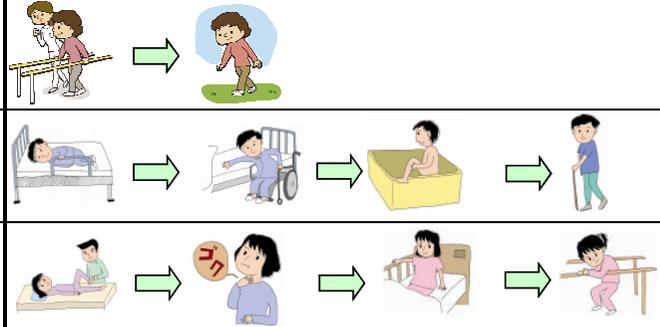
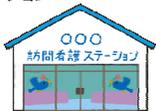
診療計画書

患者様氏名 _____

(脳梗塞

脳出血

<も膜下出血)

	急性期	中間期	維持期						
目標	症状を安定化させます	日常生活動作の向上を目指します	再発防止を行います						
担当医療機関	〔施設名: _____〕  複数の医療施設が連携して治療や機能回復・維持を実施していきます	〔施設名: _____〕 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリ病院 <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他(_____) 	〔施設名: _____〕 〔かかりつけ医: _____〕 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 介護療養病院 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 在宅						
説明と承諾	 病状や予後について説明します 入院治療方針など、本人またはご家族の方に承諾頂きます	機能回復の見通しなどを説明します 入院治療方針など、本人またはご家族の方に承諾頂きます	再発兆候の有無や日常生活動作の維持方法の説明と 再発予防・合併症の予防について説明します 入院治療方針など、本人またはご家族の方に承諾頂きます						
治療・リハビリ	今後の治療などについて <input type="checkbox"/> 脳の状態を調べます <input type="checkbox"/> 危険要因の評価をします (タバコ・血圧・糖・脂質・心臓) <input type="checkbox"/> 手術を行います <input type="checkbox"/> 点滴治療を行います <input type="checkbox"/> 再発予防の食事・薬を開始します (薬剤師より薬の説明・指導を行います) <input type="checkbox"/> 必要に応じて歯科医への診察の依頼を行います <input type="checkbox"/> 理学・作業・言語聴覚療法士が評価をし状態に合わせてリハビリ訓練を行います ★短期リハコース(2~3週間) ★中期リハコース(1ヶ月) ★長期リハコース(1~2ヶ月) ※必要に応じて装具の作成をします 	<input type="checkbox"/> 脳卒中の評価と基礎疾患・合併症の評価を行い、内服などの治療を継続します <input type="checkbox"/> 日常生活動作・摂食機能・コミュニケーション機能などを評価し、必要な訓練の計画をたて、実施、医師・看護師・リハビリスタッフなど総合カンファレンスで評価を行います <input type="checkbox"/> 必要に応じて歯科医への診察の依頼を行います 3つのリハコースを説明します <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">1ヶ月</td> <td style="width: 33%;">2ヶ月</td> <td style="width: 33%;">3ヶ月</td> </tr> <tr> <td>短期リハコース (1~2ヶ月)</td> <td>中期リハコース (2~3ヶ月)</td> <td>長期リハコース (3~6ヶ月)</td> </tr> </table> 	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	短期リハコース (1~2ヶ月)	中期リハコース (2~3ヶ月)	長期リハコース (3~6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 脳卒中の評価と基礎疾患・合併症の評価を行い、内服などの治療を継続します <input type="checkbox"/> 再発予防管理を行います <input type="checkbox"/> 合併症の予防管理を行います (定期的に血液検査・心電図・CTなどの検査を行います) <input type="checkbox"/> 必要に応じて歯科医への診察の依頼を行います <input type="checkbox"/> 歯科治療を始めましょう 短期ケアコース 中期ケアコース 長期ケアコース 
1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月							
短期リハコース (1~2ヶ月)	中期リハコース (2~3ヶ月)	長期リハコース (3~6ヶ月)							
看護・介護	＜状態に合わせて＞ ・保清 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 口腔ケア ・排泄 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ベット上 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> トイレ ・移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー ・食事 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取(治療食・形態・介助)	＜状態に合わせて＞ ・保清……状態に合わせた入浴方法の検討をしていきます ・更衣……日中は普段着に、夜はパジャマに着替えましょう ・排泄……可能な限りトイレでの排泄を行っていきましょう ・移動……患者様に合わせた移動手段を検討していきます ・食事……食堂で食べましょう。食事形態や摂取方法を検討していきます ・整容……患者様に合わせた方法で装具(用具)を工夫していきます 	＜訪問系サービス＞ <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> その他  						
その他	<input type="checkbox"/> 治療の経過や、検査の結果など、随時させていただきます <input type="checkbox"/> 症状が安定しましたら、今後の方向性などご家族・スタッフと相談し、決定します	<input type="checkbox"/> 各評価の結果やカンファレンスの結果の説明があります <input type="checkbox"/> 必要時介護保険の申請をしケアマネージャーを決めましょう <input type="checkbox"/> 退院後の方向性を相談します 各職種から退院後の指導、困りごとの相談など行います 	<input type="checkbox"/> 介護プランを決定します <input type="checkbox"/> 介護プランの見直しをします						
	自宅復帰時には日常生活が行い易いように、アドバイスを行います。又必要に応じて介護認定・障害認定などの申請手続きについてお手伝いします ※維持期リハ(在宅、入所、転院)のためにはいろいろな準備が必要です。主治医や医療相談員に相談しましょう								

北部圏域脳卒中地域連携用紙 A1 ③ (急性期病院名 → 連携先)

患者氏名		生年月日	年 月 日	年齢		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所					電話	
病院名			診療科名			主治医名
かかりつけ医	医療機関名			電話		
かかりつけ歯科医	医療機関名			電話		
発症日	年 月 日	救急車による搬入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		記載日	年 月 日
入院・退院日	入院日	年 月 日		退院日	年 月 日	
診断名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> アテローム血栓性 <input type="checkbox"/> 心原性 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 脳出血 (<input type="checkbox"/> 高血圧性 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> くも膜下出血 (<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤破裂 <input type="checkbox"/> 脳動静脈奇形破裂 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> その他 ()					
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 整形外科的疾患 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> その他 ()					
意識(JCS)退院時	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> A					
入院中の合併疾患	<input type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 消化管出血 <input type="checkbox"/> MRSA感染 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
手術	<input type="checkbox"/> あり (手術日 : 年 月 日 術式:) <input type="checkbox"/> 保存的療法 ()					
CT・MRI	<input type="checkbox"/> 発症時 () <input type="checkbox"/> 直近 ()					
胸部X-p	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり ()					
心電図	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり ()					
心エコー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり () <input type="checkbox"/> 未実施					
その他	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 血液検査(別紙) <input type="checkbox"/> 所見 ()					
リスク因子	<input type="checkbox"/> 高血圧 (コントロール状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良) <input type="checkbox"/> 高脂血症 (コントロール状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (コントロール状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良) <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> その他不整脈 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 (Fr・交換日 /) <input type="checkbox"/> 経胃瘻栄養 (交換日 /) <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 (Fr・交換日 /) <input type="checkbox"/> 酸素吸入 () <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル (Fr・交換日 /) <input type="checkbox"/> 間歇導尿 () <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 部位と方法 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
口腔の状態	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合) ・くいしばり (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) ・口腔ケア (<input type="checkbox"/> 有 回/日 <input type="checkbox"/> 無)					
歯科的問題	・歯牙欠損部位の処置状況 <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 <input type="checkbox"/> 処置なし ・歯牙の状況 <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> その他 () ・歯肉の状況 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 問題なし					
記載者氏名	・口腔粘膜の状況 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 創 ・口唇と舌の状況 () ・口臭 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) ・開口と閉口の異常 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ・摂食障害 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) ・咀嚼障害 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) ・嚥下障害 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)					
MSW (記載者)	家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者あり <input type="checkbox"/> 配偶者なし <input type="checkbox"/> 同居者 ()				
	主たる介護者					
	本人の希望					
	家族の希望					
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護度 () <input type="checkbox"/> 認定期間 (. . . ~ . . .)				
ケアマネージャー	事業所名			電話	担当者名	
退院支援内容						

北部圏域脳卒中地域連携用紙 A2 ③ (急性期病院名 → 連携先)

身長・体重	身長	cm	体重	kg	患者氏名	
食事内容	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> アレルギー・嗜好等() <input type="checkbox"/> 制限食 (<input type="checkbox"/> kcal <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> 蛋白 g <input type="checkbox"/> 脂質 g) <input type="checkbox"/> 嚥下食の形態 () <input type="checkbox"/> 経管栄養の内容 ()					
	尿失禁 (<input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし)			頻尿 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ					
	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 最終排便 (年 月 日)					
保清	<input type="checkbox"/> ベッド上清拭 <input type="checkbox"/> 洗面所使用 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 通常の浴槽に入浴 最終入浴 (年 月 日)					
	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 身体拘束 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)					
NS (記載者)	問題行動					
	看護必要度					
	日常生活自立度					
	現病歴及び入院中の経過					
	薬剤師(記載者)					
	禁忌薬剤					
	調剤上の注意事項					
リハビリ (記載者)	リハ計画書		※ リハビリテーション総合実施計画書 <input type="checkbox"/> あり(計画書添付) <input type="checkbox"/> なし(以下の項目を記入)			
	身体機能		<input type="checkbox"/> 利き腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 四肢欠損 部位() <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 筋力低下 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 関節の痛み (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 失調・不随意運動 (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 体幹) <input type="checkbox"/> 嚥下障害 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) ・水分嚥下時のむせ (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし)			
	高次脳機能障害		<input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語			
	入院中のリハの経過					
	特記事項					

北部圏域脳卒中地域連携用紙 B1 ④ (中間期施設名 → 連携先)

患者名				生年月日	年 月 日	年齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所							電話
施設名				診療科名	主治医名		
かかりつけ医	医療機関名			電話	主治医名		
かかりつけ歯科医	医療機関名			電話	主治医名		
記載日	年 月 日	入院日	年 月 日	退院日	年 月 日		
診断名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> アテローム血栓性 <input type="checkbox"/> 心原性 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 脳出血 (<input type="checkbox"/> 高血圧性 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> くも膜下出血 (<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤破裂 <input type="checkbox"/> 脳動静脈奇形破裂 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> その他 ()						
意識(JCS)入院時	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> A						
意識(JCS)退院時	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> A						
中間期入院中の合併疾患	<input type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 消化管出血 <input type="checkbox"/> MRSA感染 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 胸部X-p <input type="checkbox"/> 血液検査(別紙) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり ()						
リスク因子	<input type="checkbox"/> 高血圧 (コントロール状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良) <input type="checkbox"/> 高脂血症 (コントロール状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (コントロール状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良) <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> その他不整脈 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養(Fr・交換日 /) <input type="checkbox"/> 経胃瘻栄養 (交換日 /) <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開(Fr・交換日 /) <input type="checkbox"/> 酸素吸入() <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル (Fr・交換日 /) <input type="checkbox"/> 間歇導尿() <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 部位と方法() <input type="checkbox"/> その他()						
口腔の状態	<input type="checkbox"/> 義歯(<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合) ・くいしばり(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) ・口腔ケア(<input type="checkbox"/> 有 回/日 <input type="checkbox"/> 無)						
歯科的問題	<input type="checkbox"/> 歯牙欠損部位の処置状況 <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 <input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> 歯牙の状況 <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 歯肉の状況 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 口腔粘膜の状況 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 創 <input type="checkbox"/> 口唇と舌の状況 ()						
記載者氏名	<input type="checkbox"/> 口臭 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) ・開口と閉口の異常(<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> 摂食障害(<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) ・咀嚼障害(<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) ・嚥下障害(<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)						
薬剤師(記載者)	投薬	1 降圧剤 2 抗うつ薬 3 抗血小板薬 4 抗凝固剤 5 高脂血症薬 6 糖尿病薬 7 抗痙攣剤 8 ビスホスホネート製剤 9 その他 処方内容【左側の番号を最初に記入のうえ、薬剤名等の記入をしてください。】					
	禁忌薬剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
調剤上の注意事項	<input type="checkbox"/> 一包化にしていた <input type="checkbox"/> 自分で管理すると間違いが多い <input type="checkbox"/> 錠剤は飲み込めない <input type="checkbox"/> 安定剤は頓服で飲んでいる <input type="checkbox"/> その他()						
S W (記載者)	家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者あり <input type="checkbox"/> 配偶者なし <input type="checkbox"/> 同居者 ()					
	主たる介護者						
	本人の希望						
	家族の希望						
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護度() <input type="checkbox"/> 認定期間 (. . . ~ . . .)					
ケアマネージャー	事業所名			電話			担当者名
退院支援内容							

身長・体重	身長	cm	体重	kg	患者氏名																																																																			
食事内容	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> アレルギー・嗜好等()																																																																							
	<input type="checkbox"/> 制限食 (<input type="checkbox"/> kcal <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> 蛋白 g <input type="checkbox"/> 脂質 g)																																																																							
	<input type="checkbox"/> 嚥下食の形態 ()																																																																							
	<input type="checkbox"/> 経管栄養の内容 ()																																																																							
排尿	尿失禁 (<input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし)				頻尿 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)																																																																			
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ																																																																							
排便	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 最終排便 (年 月 日)																																																																							
保清	<input type="checkbox"/> ベッド上清拭 <input type="checkbox"/> 洗面所使用 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 通常の浴槽に入浴 最終入浴 (年 月 日)																																																																							
Ns (記載者)	問題行動 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 () ・身体拘束 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)																																																																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">患者の状態</th> <th colspan="2">得点</th> <th rowspan="2">患者の状態</th> <th colspan="2">得点</th> </tr> <tr> <th>入院時</th> <th>退院時</th> <th>入院時</th> <th>退院時</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>床上安静の指示</td> <td></td> <td></td> <td>8</td> <td>口腔清潔</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>どちらかの手を胸元まで持ち上げられる</td> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td>診療・療養上の指示が通じる</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>寝返り</td> <td></td> <td></td> <td>10</td> <td>衣服の着脱</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>起き上がり</td> <td></td> <td></td> <td>11</td> <td>他者への意思の伝達</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>座位保持</td> <td></td> <td></td> <td>12</td> <td>食事摂取</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>移乗</td> <td></td> <td></td> <td>13</td> <td>危険行動</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>移動方法</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計得点</td> <td colspan="2">中間期リハ病棟入院時</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">中間期リハ病棟退院時</td> </tr> </tbody> </table>							患者の状態	得点		患者の状態	得点		入院時	退院時	入院時	退院時	1	床上安静の指示			8	口腔清潔		2	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる			9	診療・療養上の指示が通じる		3	寝返り			10	衣服の着脱		4	起き上がり			11	他者への意思の伝達		5	座位保持			12	食事摂取		6	移乗			13	危険行動		7	移動方法						合計得点	中間期リハ病棟入院時				中間期リハ病棟退院時
	患者の状態	得点		患者の状態	得点																																																																			
		入院時	退院時		入院時	退院時																																																																		
1	床上安静の指示			8	口腔清潔																																																																			
2	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる			9	診療・療養上の指示が通じる																																																																			
3	寝返り			10	衣服の着脱																																																																			
4	起き上がり			11	他者への意思の伝達																																																																			
5	座位保持			12	食事摂取																																																																			
6	移乗			13	危険行動																																																																			
7	移動方法																																																																							
合計得点	中間期リハ病棟入院時				中間期リハ病棟退院時																																																																			
日常生活自立度	寝たきり度	<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																																																																						
	認知症	<input type="checkbox"/> 正常 <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"/> V <input type="checkbox"/> M																																																																						
現病歴及び入院中の経過																																																																								
リハビリ (記載者)	リハ計画書	※ リハビリテーション総合実施計画書 <input type="checkbox"/> あり(計画書添付) <input type="checkbox"/> なし(以下の項目を記入)																																																																						
	身体機能	・利き腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		<input type="checkbox"/> 四肢欠損 部位()																																																																				
		・麻痺 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側																																																																				
		<input type="checkbox"/> 筋力低下 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)																																																																						
		<input type="checkbox"/> 関節の痛み (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)																																																																						
		<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動 (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 体幹)																																																																						
<input type="checkbox"/> 嚥下障害 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		・水分嚥下時のむせ (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし)																																																																						
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語																																																																							
入院中のリハの経過																																																																								
特記事項																																																																								

北部圏域脳卒中地域連携パス C1 (維持期情報シート)

⑤

※基本情報

維持期開始年月日		年 月 日		施設名			
患者氏名		性別		生年月日	年 月 日	転院・自宅復帰日	年 月 日
介護保険	要介護度			障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 () 級 種類 () <input type="checkbox"/> 無		
	ケアマネジャー			障害者自立支援法 (障害程度区分)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 非該当		
維持期担当医	医療機関名			電話			主治医名
歯科医	医療機関名			電話			主治医名

※経過

目標:〔状態が安定し、支援の体制が整っていること/再発予防と健康生活の維持〕

評価年月日	維持期3ヶ月後 (年 月 日)	6か月後 (年 月 日)	12か月後 (年 月 日)
評価時点の状況	<input type="checkbox"/> 麻痺 () <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 排泄障害 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 麻痺 () <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 排泄障害 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 麻痺 () <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 排泄障害 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
治療を要する疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 問題行動 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 神経因性膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 問題行動 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 神経因性膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 問題行動 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 神経因性膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()
口腔の状態	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合) ・ くいしばり (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) ・ 口腔ケア (<input type="checkbox"/> 有 回/日 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合) ・ くいしばり (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) ・ 口腔ケア (<input type="checkbox"/> 有 回/日 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合) ・ くいしばり (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) ・ 口腔ケア (<input type="checkbox"/> 有 回/日 <input type="checkbox"/> 無)
歯牙の状況	<input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> その他 ()
食事機能	<input type="checkbox"/> 摂食障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 摂食障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 摂食障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害
摂食	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取要介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取要介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取要介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立
食物形態	<input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 常食
寝たきり度	<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"/> 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"/> 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
認知症	<input type="checkbox"/> 正常 <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"/> V <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> 正常 <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"/> V <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> 正常 <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"/> V <input type="checkbox"/> M
移動動作	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 独歩
排泄動作	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立
言語障害	<input type="checkbox"/> 限られた言語のみ <input type="checkbox"/> 簡単な内容(要配慮) <input type="checkbox"/> 簡単な内容 <input type="checkbox"/> 複雑な内容	<input type="checkbox"/> 限られた言語のみ <input type="checkbox"/> 簡単な内容(要配慮) <input type="checkbox"/> 簡単な内容 <input type="checkbox"/> 複雑な内容	<input type="checkbox"/> 限られた言語のみ <input type="checkbox"/> 簡単な内容(要配慮) <input type="checkbox"/> 簡単な内容 <input type="checkbox"/> 複雑な内容
内服薬	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 施設管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 施設管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 施設管理
居宅系サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ
要介護度	()	()	()
備考			
記入者	Dr: ケアマネ Ns.	Dr: ケアマネ Ns.	Dr: ケアマネ Ns.

診療情報提供書 C2 (維持期 → 急性期)

紹介先医療機関名 _____

担当医 _____ 科 _____ 先生御侍史 _____

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

患者氏名 _____ 性別 男・女
 患者住所 _____
 電話番号 _____
 生年月日 明・大・昭・平 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳) 職業 _____

傷病名 _____

紹介目的 _____

既往歴及び家族歴 _____

症状経過 _____

検査結果 _____

処方 _____

備考 _____

紹介元医療機関名 _____

担当医 _____

大分県北部圏域脳卒中地域連携パス手引書

平成22年3月

編集・発行 大分県北部圏域脳卒中地域連携協議会

事務局 大分県北部保健所健康安全企画課内
〒871-0024 中津市中央町1-10-42
TEL 0979-22-2210 (代表)
FAX 0979-22-2211

※パスの記入方法については、下記にお問い合わせ
ください。

パス運用管理病院 佐藤第一病院 地域医療連携室
TEL 0978-34-9322
FAX 0978-34-9323