

脳卒中連携パス検討ワーキンググループ

(平成 28 年度)

脳 卒 中 連 携 パ ス W G 報 告 書

広島県地域保健対策協議会 脳卒中連携パス検討ワーキンググループ

委員長 栗栖 薫

I. 年間活動概要

広島県地域保健対策協議会が主体となって「広島県共通脳卒中地域連携パス」が作成されて5年経過して、実際に有効に活用されているかどうか、また、その後の医療・社会情勢に対応可能となっているか、その結果が「患者を中心にした総合的医療・介護・リハ・生活情報」として運用されているか、また、新たに広島県・広島県医師会が進めているHM ネットなど、情報共有利用システムとの関係はどうなるのか、など多くの解決すべき問題点が出てきた。そこで、再度、関連の地対協を立ち上げ具体的検討に入ることになった。前回は急性期、亜急性期が中心であって、生活期の必要な情報が十分に反映されていないことを鑑み、亜急性期以降の委員も参画して頂き、「出口が見えて、最初から最後まで通用するパス」の作成を目指すことになった。新たに作成するのではなく、広島県共通脳卒中地域連携パスを改変することを主体にしてすすめることとし、年内完成を目指した。年度末に開催される関連のケアマネージャー会議などで周知を行い、最終的には、平成29年4月からの運用を目指すこととした。一方で、共通運用されるパスを「ひろしま脳卒中地域連携パス」と命名し、「地対協作成」とした。

II. 脳卒中連携パスのみなおし

各委員より、地域の実情などについて意見を求めたところ、「それぞれのパスが地域性を持って発展をしてきており、いい形で運用されている地域もある。また実際に運用する施設の数や施設で働いているスタッフの人数を踏まえ、あまり多くの管理項目があると負担になることもあるので、考慮すべきである」「システムありきで連携パスの仕様を検討するのではなく、どのように運用するか検討しながら進めることが重要である」という意見があった。

また、安佐医師会を中心に稼働している脳卒中連携パスは2年前から広島県共通脳卒中地域連携パス(参考資料1)に移行して運用を行っており、備後脳卒中連携パスも県共通パスに移行する予定である。そのため、各地区のパスをマージして検討するのではなく、現行の広島県共通脳卒中地域連携パスをブラッシュアップして改版することとした。

回復期、維持期(生活期)については、担当である職種が何を必要としているか考慮して、項目の精査を行う必要があるため、広島県地域包括ケア推進センターより関連職種のメンバーを紹介してもらい、地対協より正式に委員就任依頼を行うこととした。

急性期については、医師中心に項目を精査することとし、項目の精査について検討を行うこととなった。

III. 具体的到達目標の設定とタイムスケジュール

多くの関連脳卒中パスが運用されているが、亜急性期、慢性期まで実際伝わっていないことが多いことが指摘され、最終的な生活期での必要事項に帰結するような基本情報を最初から入れて、生活期まで利用可能することで一致した。その結果、基本情報の項目の見直しと、専門過ぎない表現の導入、逆に慢性期になってもほしい急性期の情報を入れるなど、具体的な検討が進んだ。どの職種がどの段階からパスに入っても最終の生活期での状態把握に繋がることを主旨とした表現と内容にすることを最終到達目標に挙げた。

また、年内完成を目指して、進行状況にもよるが、月1回の開催を目処に日程調整を行った。

IV. WGの立ち上げと討論・開催の経緯

第1回：平成28年5月30日(月)

脳卒中連携パスWG

第2回：平成28年7月19日（火）
脳卒中連携パス回復期以降検討WG

第3回：平成28年7月27日（水）
脳卒中連携パスWG

第4回：平成28年8月24日（水）
脳卒中連携パス合同WG

第5回：平成28年9月26日（月）
脳卒中連携パス合同WG

第6回：平成28年10月26日（水）
脳卒中連携パス合同WG

第7回：平成29年1月5日（木）
脳卒中連携パス合同WG

このほか適宜、メール審議にて、議事録確認、意見収集と変更・修正を行った。

上記のように、1回目のWGで、地域包括ケア推進センターからの委員参加を決定したので、その趣旨を該当者にまず説明し（2回目）、3回目以降は合同開催とした。年内に改訂パスの骨子は決定されたが、細かい部分修正は適宜メール審議などで行った。また、個人情報取扱に関して、同意・撤回に関する文書など新たに用意して対応できるようにした。

V. 最終バージョン

資料に上記経過にて得られた最終バージョンを掲載する。思い切って項目を減らしスリムになった反面、慢性期から必要とされている項目の追加など

行った結果、掲げる内容となった。具体的な検討については、各委員がそれぞれの領域・立場から系統的また詳細な検討を行った成果である（参考資料2）。

VI. 周知徹底と開始

年度末まで、各地域、あるいは二次医療圏などで開催される地域の会、ケアマネージャーの会、などで、適宜説明をして頂いた。必要に応じて、当委員会の委員が参画して説明会を支援した。平成29年4月からの運用可能として、上記最終バージョンを広島県医師会の関連サイト <http://citaikyo.jp/pass/nousotchuu.html> に公表し、ダウンロードして使用出来るようにした。

VII. 今後の問題点

ひろしま脳卒中地域連携パスを全県下に展開した場合に、誰のために、何のためにパスを運用するのか引き続き検討することとした。印刷物、エクセルでの利用も可能だが、HM ネットなど情報共有利用システムとの連携、将来的なデータ管理・運用についての検討も継続となった。

参 考 資 料

- 1) 広島県共通脳卒中地域連携パス（旧バージョン）
- 2) ひろしま脳卒中地域連携パス

広島県共通脳卒中地域連携パス

あなたの病名は 急性期 回復期 維持期

病期	急性期			回復期			維持期		
	急性期病院	入院	退院日 (14~60日)	リハビリテーション・回復期病院	転院日	90日	退院日	自宅または施設での家庭医	以降
日数	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)		
達成目標	1. 神経症状が安定している。 2. 離床・リハビリが開始できる。 3. 食事・栄養が開始できる。			1. 自宅退院あるいは施設入所の準備ができる。 2. リハビリの効果が期待できる。 3. 再発しないよう受診継続する			1. 在宅で生活できる。 2. 神経機能を維持できる 3. 再発しないよう受診継続する		
検査	脳卒中の原因を診断するため、採血や心電図、レントゲン、超音波CT、MRIなどの検査があります。			必要に応じて、採血などの検査があります。			定期的に危険因子の評価(血圧測定・血液検査など)をします。		
治療・薬剤	点滴や薬による治療を行います。緊急手術が必要となることがあります。			脳卒中再発予防の薬による治療を継続します。(高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動・心臓病)			薬は継続して服用しましょう		
リハビリ	リハビリを開始します あなたには <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 が担当します。			リハビリを継続します。 ☆自宅での生活方法を指導します。 <input type="checkbox"/> リハビリを想定したリハビリを ☆(必要時)家屋評価があります。			社会生活・家庭生活へ復帰		
食事	状態に応じて食事がとれます。 <input type="checkbox"/> 状態によって鼻から管を入れて栄養をとることもあります。			自分でまたは介助で食事がとれます。 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練			☆栄養指導があります。 <input type="checkbox"/> 食事運動療法の指導もあります。		
清潔	<input type="checkbox"/> 状態に応じて身体を清潔に保ちます。 <input type="checkbox"/> 入浴できない場合は看護師が身体を拭きます。 <input type="checkbox"/> 介助でシャワーが入れます。			<input type="checkbox"/> 自分でまたは自分でお風呂やシャワーが入れるようになります。					
排泄	<input type="checkbox"/> ベッド上で過ごす間は、トイレで排泄できます。			<input type="checkbox"/> 状態に応じてベッド脇やトイレで排泄できるようにします。					
説明・指導	☆医師から病状と入院中の治療計画について説明があります。説明があります。 ☆看護師から入院生活について説明があります。			☆医師から入院中の治療計画について説明があります。 ☆ケアマネジャーと必要なサービスを相談します。 ☆介護保険の説明があります。			☆今後の治療についてかかりつけ医から説明があります。 ☆ケアマネジャーと必要なサービスを相談します。		

* この計画はめやすであり、病状によって変更になることもあります。

広島県共用 脳卒中地域連携オーバービューパス

患者名: ()	性別: ()	身長 () cm
生年月日: () 歳	体重 () kg	mRs ()
診断名: <input type="checkbox"/> 脳梗塞	患者住所: 〒 ()	食事 () 移動能力 ()
<input type="checkbox"/> 脳出血	電話番号: ()	緊急連絡先: ()
<input type="checkbox"/> くも膜下出血	職業: ()	整容 () 意思疎通 ()
発症日: ()	キーパーソン: ()	排泄 () 認知症 ()
手術歴: ()	主たる介護者: ()	周辺症状 ()
	感染症 ()	介護度 ()

	急性期 (施設名: ())	回復期 (施設名: ())	維持期 (施設名: ())
入院日 / 退院日	(/ /)	(/ /)	(/ /)
主治医 / 看護師	(/ /)	(/ /)	(/ /)
PT / OT / ST	(/ /)	(/ /)	(/ /)
MSW / ケアマネージャー	(/ /)	(/ /)	(/ /)
合併症	<input type="checkbox"/> 脳卒中再発 神経症状悪化 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 転倒転落 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> 尿路感染 ()	<input type="checkbox"/> 脳卒中再発 神経症状悪化 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 転倒転落 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> 尿路感染 ()	<input type="checkbox"/> 脳卒中再発 神経症状悪化 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 転倒転落 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> 尿路感染 ()
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心疾患 ()	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心疾患 ()	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心疾患 ()
治療の継続	<input type="checkbox"/> 頭部CTまたはMRI <input type="checkbox"/> 胸部Xp <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 () <input type="checkbox"/> 脂質低下薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗けいれん薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 INR目標値 () <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> シェント <input type="checkbox"/> 気管切開管理 <input type="checkbox"/> 胃管管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう管理 <input type="checkbox"/> 褥創管理 <input type="checkbox"/> 入院中の関連科受診 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> その他 () 担当医 () <input type="checkbox"/> 継続治療の必要性	<input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 () <input type="checkbox"/> 脂質低下薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗けいれん薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 INR目標値 () <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> シェント <input type="checkbox"/> 気管切開管理 <input type="checkbox"/> 胃管管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう管理 <input type="checkbox"/> 褥創管理 <input type="checkbox"/> 入院中の関連科受診 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> その他 () 担当医 () <input type="checkbox"/> 継続治療の必要性	<input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 () <input type="checkbox"/> 脂質低下薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗けいれん薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 INR目標値 () <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> シェント <input type="checkbox"/> 気管切開管理 <input type="checkbox"/> 胃管管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう管理 <input type="checkbox"/> 褥創管理 <input type="checkbox"/> 入院中の関連科受診 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> その他 () 担当医 () <input type="checkbox"/> 継続治療の必要性
治療の目標と結果 (地域連携パスコース説明)	[目標] 一般状態の安定化、早期離床 ADL獲得 [結果と対応] ()	[目標] 日常生活能力の拡大、社会復帰 [結果と対応] ()	[目標] ADL拡大と維持、再発防止 [結果と対応] ()
障害評価	(1ヶ月目または急性期退院時に評価) 意識: JCS 0 NIHSS () FIM () /126 mRs () Barthel Index () /100 運動麻痺 () MMT(右上肢 右下肢: ()) MMT(左上肢 左下肢: ()) Br.Stage(右上肢: 右手指 右下肢 ()) Br.Stage(左上肢: 左手指 左下肢 ()) <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> 知覚障害 () → () <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 () <input type="checkbox"/> 失語 → () <input type="checkbox"/> 構音障害 () <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 神経因性膀胱 → <input type="checkbox"/> 尿カテーテル	(発症6ヶ月目または回復期退院時に評価) 障害老人の日常生活自立度 FIM () /126 mRs () Barthel Index () /100 認知症老人の日常生活自立度 () 運動麻痺 () MMT(右上肢 0 右下肢: ()) MMT(左上肢 左下肢: ()) Br.Stage(右上肢: 右手指 右下肢 ()) Br.Stage(左上肢: 左手指 左下肢 ()) <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> 知覚障害 () → () <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 () <input type="checkbox"/> 失語 → () <input type="checkbox"/> 構音障害 () <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 神経因性膀胱 → <input type="checkbox"/> 尿カテーテル	(発症1年目に評価) 障害老人の日常生活自立度 () mRs () 嚥下障害 () 認知症老人の日常生活自立度 () <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 () 主治医評価 リハスタッフ
日常生活評価	退院時 (/ 19) 点	退院時 (/ 19) 点	退院時 (/ 19) 点
・床上安静の指示 ・手を胸元まで持ち上げられる ・寝返り ・起き上がり ・坐位保持 ・移乗 ・移動方法 ・口腔ケア ・食事摂取 ・衣服着脱 ・伝達 ・診療・療養上の指示が通じる ・危険行動			
ADL	退院時 食事 カロリー量 () kcal 塩分 () g <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 主食 () 副食 () <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 流動食 () () () () 移動 () () 排泄 () ()	退院時 食事 カロリー量 () kcal 塩分 () g <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 主食 () 副食 () <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 流動食 () () () () 移動 () () 排泄 () ()	退院時 食事 カロリー量 () kcal 塩分 () g <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 主食 () 副食 () <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 流動食 () () () () 移動 () () 排泄 () ()
福祉介護支援	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 在宅希望 <input type="checkbox"/> MSWケースワーカー介入 <input type="checkbox"/> 介護保険申請 申請日 () <input type="checkbox"/> ケアマネージャー () <input type="checkbox"/> 家屋調査 ()	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成 () <input type="checkbox"/> 家屋調査 () <input type="checkbox"/> 家屋改修 () <input type="checkbox"/> 介護指導 () <input type="checkbox"/> 担当者会議 ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () <input type="checkbox"/> ケアマネージャー () <input type="checkbox"/> 訪問看護 ()

広島県共用 脳卒中地域連携パス（急性期）

患者ID: _____ 生年月日: _____年____月____日 発症日: H____年____月____日
 患者氏名: _____様 性別: _____ 年齢: _____歳 入院日: H____年____月____日
 医療機関名: _____ 退院日: H____年____月____日
 主治医: _____ 理学療法士: _____ 作業療法士: _____ 言語聴覚士: _____
 看護師: _____ MSW: _____

発症前状態	mRS: () 介護度: () 感染症 ()		
経過	発症 ~ 2ヶ月 (急性期)		
項目			
診断・合併症 (主治医)	脳梗塞 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) (<input type="checkbox"/> ラナ <input type="checkbox"/> アテローム血栓 <input type="checkbox"/> 心原性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 原因不明) 脳出血 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) (<input type="checkbox"/> 被殻 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 小脳 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 皮質下) くも膜下出血 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 手術 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 手術日: H____年____月____日 脳卒中再発, 神経症状悪化 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 肺炎 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 転倒・転落 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 心不全 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 褥創 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 尿路感染 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) その他 ()		
基礎疾患 (主治医)	高血圧 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 糖尿病 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 高脂血症 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 心房細動 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 心疾患 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) その他 ()		
治療の継続 (主治医)	頭部CTまたはMRI (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 胸部Xp (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 血液検査 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 降圧薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 糖尿病薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 内服 <input type="radio"/> インスリン) 脂質低下薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 抗血小板薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 抗凝固薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) (INR目標値:) 抗けいれん薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 水頭症 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) → シャット (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 気管切開管理 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 胃管管理 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 胃ろう管理 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 褥瘡管理 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 入院中の関連科受診 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> その他 () → 担当医 () 継続治療の必要性 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり)		
治療の目標と結果 (主治医)	[目標] ・一般状態の安定化、早期離床、ADL獲得 [結果と対応] <input type="radio"/> A 自宅生活可能なまでの改善 → かかりつけ医へ情報提供、ケアプラン作成 <input type="radio"/> B 継続して積極的なリハビリが必要 → 回復期リハビリへの連携 <input type="radio"/> C リハビリ継続の適応がない → 長期療養の場の検討		
障害評価 (主治医)	(1ヶ月目または急性期退院時に評価) 意識: JCS () 重症度: NIHSS ()		
障害評価 (リハスタッフ)	mRS: () Barthel Index (/100) /126) 運動麻痺: (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 右 <input type="radio"/> 左 <input type="radio"/> 両側) MMT (右上肢: 右下肢: 左上肢: 左下肢:) Br. stage (右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢:) 運動失調: (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 知覚障害: (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 右側 <input type="radio"/> 左側) → (<input type="radio"/> 脱失 <input type="radio"/> 鈍麻 <input type="radio"/> 異常感覚) 高次脳機能障害 (記憶障害、失行失認など) (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 失語: (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) → (<input type="radio"/> 運動性 <input type="radio"/> 感覚性 <input type="radio"/> 全失語) 構音障害: (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 重度) 嚥下障害: (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 神経因性膀胱 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) → 尿カテーテル (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり)		
日常生活評価 (看護師)	発症前の状態 身長 () cm 体重 () kg ・食事 () ・移動能力 () ・整容 () ・排泄 () ・意思疎通 () ・認知症 () ・周辺症状 ()	急性期退院時 ・食事 カロリー量 () Kcal 塩分 () g <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 主食 () 副食 () <input type="checkbox"/> 治療食 () <input type="checkbox"/> 流動食 () (<input type="radio"/> 経管 <input type="radio"/> 胃ろう) ・移動 () ・排泄 ()	急性期退院時 ・床上安静の指示 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) ・手を胸元まで持ち上げられる (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない) ・寝返り (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> 何かにつかまればできる <input type="radio"/> できない) ・起き上がり (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない) ・坐位保持 (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> 支えがあればできる <input type="radio"/> できない) ・移乗 (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> 見守りや一部介助が必要 <input type="radio"/> できない) ・移動方法 (<input type="radio"/> 介助を要しない移動 <input type="radio"/> 介助を要する移動) ・口腔ケア (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> できない) ・食事摂取 (<input type="radio"/> 介助なし <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助) ・衣服着脱 (<input type="radio"/> 介助なし <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助) ・伝達 (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> できる時とできない時がある <input type="radio"/> できない) ・診療・療養上の指示が通じる (<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ) ・危険行動 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 合計点 = 0 / 19
福祉介護支援 (MSW, 看護師)	介護保険 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 在宅希望 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) MSW/ケア介入 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) <input type="checkbox"/> 介護保険申請 申請年月日: H____年____月____日 ケーパーソン () 続柄 () 主たる介護者 () 緊急連絡先 () <input type="checkbox"/> ケアマネジャー () <input type="checkbox"/> 家屋調査 ()		

広島県共用 脳卒中地域連携パス (回復期)

患者ID: _____ 生年月日: _____年____月____日 発症日: H____年____月____日
 患者氏名: _____様 性別: _____ 年齢: _____歳 入院日: H____年____月____日
 医療機関名: _____ 退院日: H____年____月____日
 主治医: _____ 理学療法士: _____ 作業療法士: _____ 言語聴覚士: _____
 看護師: _____ MSW: _____

発症前状態	mRS: (____) 介護度: (____) 感染症 (____)	
経過	2週 ~ 6ヶ月 (回復期)	
項目		
合併症 (主治医)	脳卒中再発, 神経症状悪化 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 肺炎 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 転倒・転落 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 心不全 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 褥創 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 尿路感染 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) その他 (_____)	
基礎疾患 (主治医)	高血圧 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 糖尿病 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 高脂血症 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 心房細動 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 心疾患 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) その他 (_____)	
治療の継続 (主治医)	降圧薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 糖尿病薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 内服 <input type="radio"/> インスリン) 脂質低下薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 抗血小板薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 抗凝固薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) (INR目標値: _____) 抗けいれん薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 水頭症 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) → シント (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 気管切開管理 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 胃管管理 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 胃ろう管理 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 褥瘡管理 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 入院中の関連科受診 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> その他 (_____) → 担当医 (_____) 継続治療の必要性 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり)	
治療の 目標と結果 (主治医)	[目標]・日常生活能力の拡大、社会復帰 [結果と対応] <input type="radio"/> A 自宅生活可能なまでの改善 → ケアプラン作成、かかりつけ医へ情報提供 <input type="radio"/> B 介護サービス下でも自宅生活困難 → 介護保健施設等への連携 <input type="radio"/> C 機能改善乏しく、継続した医療行為が必要 → 療養型病床への連携	
障害評価 (リハスタッフ)	(発症6ヶ月目または回復期退院時に評価) 障害老人の日常生活自立度 (____) FIM (____/126) Barthel Index (____/100) 認知症老人の日常生活自立度 (____) mRS (____) 運動麻痺: (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 右 <input type="radio"/> 左 <input type="radio"/> 両側) MMT (右上肢: _____ 右下肢: _____ 左上肢: _____ 左下肢: _____) Br. stage (右上肢: _____ 右手指: _____ 右下肢: _____ 左上肢: _____ 左手指: _____ 左下肢: _____) 運動失調: (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 知覚障害: (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 右側 <input type="radio"/> 左側) → (<input type="radio"/> 脱失 <input type="radio"/> 鈍麻 <input type="radio"/> 異常感覚) 高次脳機能障害 (記憶障害、失行失認など) (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 失語: (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) → (<input type="radio"/> 運動性 <input type="radio"/> 感覚性 <input type="radio"/> 全失語) 構音障害: (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 重度) 嚥下障害: (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 神経因性膀胱 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) → 尿カテーテル (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり)	
日常生活評価 (看護師)	回復期退院時 ・床上安静の指示 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) ・手を胸元まで持ち上げられる (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない) ・寝返り (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> 何かにつかまればできる <input type="radio"/> できない) ・起き上がり (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない) ・坐位保持 (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> 支えがあればできる <input type="radio"/> できない) ・移乗 (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> 見守りや一部介助が必要 <input type="radio"/> できない) ・移動方法 (<input type="radio"/> 介助を要しない移動 <input type="radio"/> 介助を要する移動) ・口腔ケア (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> できない) ・食事摂取 (<input type="radio"/> 介助なし <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助) ・衣服着脱 (<input type="radio"/> 介助なし <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助) ・伝達 (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> できる時とできない時がある <input type="radio"/> できない) ・診療・療養上の指示が通じる (<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ) ・危険行動 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 合計点 = 0 / 19	・移動 (<input type="radio"/> 自立歩行 <input type="radio"/> 杖歩行 <input type="radio"/> 伝い歩き <input type="radio"/> 車椅子) ・食事 加熱量 (____) Kcal 塩分 (____) g <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 主食 (____) 副食 (____) <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="radio"/> 高血圧 <input type="radio"/> 糖尿病 <input type="radio"/> 肝臓 <input type="radio"/> 腎臓 <input type="radio"/> その他) (____) <input type="checkbox"/> 流動食 (____) (<input type="radio"/> 経管 <input type="radio"/> 胃ろう) ・排泄 (____) (____)
福祉介護支援 (MSW, 看護師)	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成 (____) <input type="checkbox"/> 家屋調査 (____) <input type="checkbox"/> 家屋改修 (____) <input type="checkbox"/> 介護指導 (____) <input type="checkbox"/> 担当者会議 (____) <input type="checkbox"/> 介護保険 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 在宅希望 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) MSWケースワーカー介入 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) <input type="checkbox"/> 介護保険申請 申請年月日: H____年____月____日 キーボード (____) 続柄 (____) 主たる介護者 (____) 緊急連絡先 (____) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー (____)	

広島県共用 脳卒中地域連携パス (維持期)

患者ID: 生年月日: 年月日 発症日: H 年月日
 患者氏名: 様 性別: 年齢: 歳 初診日: H 年月日
 施設名: 完了日: H 年月日
 主治医: 理学療法士: 作業療法士: 言語聴覚士:
 看護師: MSW:

発症前状態	mRS: (<input type="text"/>) 介護度: (<input type="text"/>) 感染症 (<input type="text"/>)
経過	6ヶ月以降 (回復期→維持期) 発症1年後評価
項目	
合併症 (主治医)	脳卒中再発, 神経症状悪化 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 肺炎 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 転倒・転落 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 心不全 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 褥創 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 尿路感染 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) その他 (<input type="text"/>)
基礎疾患 (主治医)	高血圧 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 糖尿病 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 高脂血症 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 心房細動 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 心疾患 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) その他 (<input type="text"/>)
治療の継続 (主治医)	降圧薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 糖尿病薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 内服 <input type="radio"/> インスリン) 脂質低下薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 抗血小板薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 抗凝固薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) (INR目標値: <input type="text"/>) 抗けいれん薬 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 水頭症 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) → シェット (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 気管切開管理 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 胃管管理 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 胃ろう管理 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 褥瘡管理 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 入院中の関連科受診 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>) → 担当医 (<input type="text"/>) 継続治療の必要性 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり)
治療の目標と結果 (主治医)	[目 標]・ADL拡大と維持、再発防止 [結果と対応] <input type="radio"/> A 自宅生活可能なまでの改善 → ケアプラン作成、かかりつけ医へ情報提供 <input type="radio"/> B ADLの低下 → ケアプラン変更、リハビリ施設等への連携 コメント <input type="text"/>
障害評価 (主治医) (リハスタッフ)	(発症1年目 に評価) 障害老人の日常生活自立度 (<input type="text"/>) 高次脳機能障害 (記憶障害、失行失認など) (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 認知症老人の日常生活自立度 (<input type="text"/>) mRS (<input type="text"/>) 嚥下障害 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 主治医評価: <input type="text"/> リハスタッフ: <input type="text"/>
日常生活評価 (看護師)	発症一年目 ・床上安静の指示 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) ・手を胸元まで持ち上げられる (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない) ・寝 返 り (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> 何かにつかまればできる <input type="radio"/> できない) ・起き上がり (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない) ・坐位保持 (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> 支えがあればできる <input type="radio"/> できない) ・移 乗 (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> 見守りや一部介助が必要 <input type="radio"/> できない) ・移動方法 (<input type="radio"/> 介助を要しない移動 <input type="radio"/> 介助を要する移動) ・口腔ケア (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> できない) ・食事摂取 (<input type="radio"/> 介助なし <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助) ・衣服着脱 (<input type="radio"/> 介助なし <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助) ・伝 達 (<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> できる時とできない時がある <input type="radio"/> できない) ・診療・療養上の指示が通じる (<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ) ・危険行動 (<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり) 合計点 = 0 / 19
福祉介護支援 (MSW, 看護師)	・移動 (<input type="radio"/> 自立歩行 <input type="radio"/> 杖歩行 <input type="radio"/> 伝い歩き <input type="radio"/> 車椅子) ・食 事 カロリ量 (<input type="text"/>) Kcal 塩分 (<input type="text"/>) g <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 主食 (<input type="text"/>) 副食 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="radio"/> 高血圧 <input type="radio"/> 糖尿病 <input type="radio"/> 肝臓 <input type="radio"/> 腎臓 <input type="radio"/> その他) (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 流動食 (<input type="text"/>) (<input type="radio"/> 経管 <input type="radio"/> 胃ろう) ・排 泄 (<input type="text"/>) (<input type="text"/>)
	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳申請 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー (<input type="text"/>) キーパーソン (<input type="text"/>) 続柄 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (<input type="text"/>) 緊急連絡先 (<input type="text"/>) 介護度 (<input type="text"/>) 療養先 (<input type="text"/>)

広島県地域保健対策協議会 脳卒中連携バス検討ワーキンググループ

委員長 栗栖 薫 広島大学大学院脳神経外科学
委員 青木 志郎 広島大学大学院脳神経内科学
磯部 尚幸 JA 尾道総合病院
牛尾 剛士 広島県医師会
大田 泰正 脳神経センター大田記念病院
岡本 隆嗣 西広島リハビリテーション病院
木矢 克造 県立広島病院
黒木 一彦 JA 広島総合病院
郡山 達男 広島市立リハビリテーション病院
豊田 章宏 中国労災病院
中西 敏夫 広島県医師会
西野 繁樹 広島市立広島市民病院
浜崎 理 市立三次中央病院
細見 直永 広島大学病院
山下 拓史 広島市立安佐市民病院
勇木 清 東広島医療センター
渡辺 高志 寺岡記念病院

広島県地域保健対策協議会 脳卒中連携バス回復期以降検討ワーキンググループ

委員長 栗栖 薫 広島大学大学院脳神経外科学
委員 牛尾 剛士 広島県医師会
岡本 隆嗣 西広島リハビリテーション病院
中西 敏夫 広島県医師会
名越 静香 広島県介護支援専門員協会
濱本 千春 YMCA 訪問看護ステーションピース
廣山 初江 広島県介護福祉士会
村上 重紀 公立みつぎ総合病院
元廣 緑 広島市口田地域包括支援センター