

富山脳卒中
地域連携パスVer.2
手引書

2010年度版

富山市脳卒中地域連携パス研究会

目 次

1	基本的な考え方	1
2	使用にあたっての注意点	1
3	連携パスの記載にあたっての注意点など	3
4	運用方法	5
5	様 式	
	(1) 富山脳卒中地域連携パス F A X 送信票	7
	(2) 富山脳卒中地域連携パス F A X 返信票	8
	(3) 富山脳卒中地域連携パス (患者用)	9
	(4) 富山脳卒中地域連携パス (医療者用)	11・12

1 基本的な考え方

- (1) 富山脳卒中地域連携パスVer.2（以下、「連携パス」という）は、患者さんの疾病の回復過程に応じて急性期・回復期・生活期における医療サービスと情報が切れ目無く進んでいくためのツールとして活用されることを目的に作成しました。
- (2) 各期のスタッフが統一した尺度を用いて治療・ケアを行うことで、富山圏域における医療の質の向上と効率化を図り、脳卒中患者を支えることを目的としています。
- (3) 急性期から回復期病棟（病院）または生活期施設・病院に転院する症例を対象とします。急性期から直接自宅に戻る軽症例は除外することとします。重度な意識障害症例も除外しますが、重度患者であってもしリハビリを必要とする症例は対象とします。
- (4) modified Rankin Scale（mRS）を基に作成した「生活レベル分類」で、患者さんの各時期での達成目標を設定することにしました。合併症やその他で機能の変化があれば目標を変更することができます。
- (5) 国際生活機能分類（ICF）に沿った事項を「ステップ」として呈示し、達成日を記録することとしました。これにより、患者さんの生活復帰にむけた各機能の変化が担当者に理解できます。
- (6) 紹介状、経過報告書、退院時サマリー等は今までどおり連携先へ送ることを前提に、この連携パスは作られています。従って、それらに書かれる内容と出来るだけ重複しないように、本パスの内容を検討しました。また、パスに記載できない重要な情報は紹介状等に記載していただくことにしました。

2 使用にあたっての注意点

富山脳卒中地域連携パスVer.2は①「富山脳卒中地域連携パスFAX送信票」、②「富山脳卒中地域連携パスFAX返信票」、③「富山脳卒中地域連携パス（患者用）」、④「富山脳卒中地域連携パス（医療者用）」の4部から構成されています。

どこをどの職種が記載するかは、各医療機関・施設であらかじめ取り決めておいてください。

(1) 富山脳卒中地域連携パスFAX送信票・返信票

FAX送信票は「紹介患者基本情報」の提供書でもありますので、パスの一部として保存してください。また、急性期から回復期、回復期から次の連携先施設へは、「紹介患者基本情報」欄も他の書類等と一緒に送ってください。

(2) 富山脳卒中地域連携パス（患者用）

- (ア) 連携パス（患者用）は診療報酬上の「地域連携診療計画書」となります。従って、これを使って急性期病院入院1週間以内に患者さん・家族に今後の診療計画を示してください。その時、患者さんまたは家族のサインをもらってください。
- (イ) 病名、手術の有無、入院時症状などの欄にチェックを入れてください。また連携先病院が既に決定しているのであれば記入をしてください。予定入院期間を記入してください。
- (ウ) 病状やパスに書かれた内容などを説明した後、コピーを患者さん・家族に手渡して、原本はカルテと一緒に保存してください。退院（転院）時にもう一度記載があります。
- (エ) 転院時に「月日」、「退院時患者状態」、「日常生活機能評価」を記入して、もう一度コピーを患者さん・家族にお渡しください。カルテにもコピーを残し、原本を連携先病院に連携パス（医療者用）、紹介状等と一緒に送ってください。
- (オ) 回復期では連携パス（患者用）の原本を受け取り、入院予定期間や今後のリハビリなどの予定を説明してください。署名は要りません。患者さんが退院される時、「退院時患者状態」および「日常生活機能評価」の合計点を記入してください。そして、そのコピーを患者さん・家族に渡し、カルテにもコピーを残し原本を次の紹介先の生活期病院・診療所に連携パス（医療者用）、紹介状、サマリーとともに送りください。
- (カ) 生活期病院・診療所では介護保険等で受けるサービス内容を連携パス（患者用）の所定の部位にわかる範囲でチェックを入れていただき、受診後1カ月に患者状態の欄にもチェック等を入れてください。
- (キ) それを連携パス（医療者用）とともに受診後1カ月に紹介元病院（回復期病院など）にFAXでお送りください。

(3) 富山脳卒中地域連携パス（医療者用）

- (ア) 連携パス（医療者用）はオーバービュー式としました。
- (イ) 「発症前生活レベル」は、mRSを基にした評価法で判断してください。また、最終的な目標（アウトカム）を入院1週間前後に目標生活レベルで予想してください。
そして、患者さんの転院時、達成できた生活レベルも同様に評価して、記載ください。
- (ウ) 自宅と老人保健施設などを「生活期」にまとめました。パスの終了する時期（エンドポイント）は急性期・回復期病院から退院して医療機関に受診後1カ月としてください。最終評価をしていただいた時点でこのパスは終了となります。

- (エ) 各病期の担当欄の項目にチェックまたは記入をお願いします。そして、次の紹介先に連携パス（患者用）、紹介状、サマリーとともに送ってください。
生活期では受診後1カ月に評価していただき、連携パス（医療者用）を連携パス（患者用）と一緒に紹介元病院に送ってください。

3 連携パスの記載にあたっての注意点など

(1) 生活レベル分類

modified Rankin Scale (mRS) を元に分類しました。

O	全く症状なし
I	何らかの症状はあるが障害はない：通常の仕事や活動は全て行える
II	軽微な障害：これまでの活動の全てではできないが、身の回りのことは援助なしでできる
III	中等度の障害：何らかの援助を要するが、援助なしで歩行ができる
IV	中等度から重度の障害：援助なしでは歩行はできず、身の回りのこともできない
V	重度の障害：寝たきり、失禁、全面的な介護

(2) ステップ

- (ア) ステップの欄では達成日を記入してください。リハビリ場面などで出来るようになった日を「達成日」としてしてください。この日を明確に判定することが困難な場合がありますが、数日の誤差があってもかまいません。訓練の開始日ではありません。経管栄養は開始日を記載してください。但し、「社会的交流」「患者心理」では、日付の記載はいりません。経過中に達成されていれば、チェックをつけてください。
- (イ) どの職種がどこを記載するかは、各医療機関、施設で話し合って決めてください。

(3) 項目の説明

健康維持・再発予防	治療法の理解と同意	治療法などの説明を行い、患者さん本人が理解されているか否か、そして同意が得られたかを判断します。家族の同意が得られていても、本人が意識不明で理解が困難な場合には記載はできません。
	治療への自主的な取り組み	治療者側の主観的な判断で記入してください。達成日を記入することが困難であれば、チェックのみで良いです。
	内服薬等自己管理	本人が自分で薬を管理できるようになった日を記載してください
	生活習慣の改善	喫煙、飲酒、運動習慣などでの改善があった日付を記載してください。

移動能力 (注*)	起き上がり	つかまっても自分で起き上がりができるようになった状態。
	端座位	ベッドの端で座位が取れる状態。手すりにつかまっても良い。
	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、見守りにチェックをつけてください。
	起立～立位	自力で立ち上がり、立位保持ができる状態。手すりを使用しても良い。
	移乗	手すりを使用しても、車椅子への移乗が可能な状態。
	杖歩行	杖や歩行器を使って歩く。 補装具（短下肢装具など）を使用しても良い。
	独歩	屋内歩行可能。但し下肢装具をしていても良い。
	階段昇降	手すりを使用しての階段昇降ができれば可。
	屋外歩行	屋外歩行が可能な状態。補装具（杖、下肢装具など）をしていても良い。
排泄動作	留置カテーテルやおむつ使用	尿意がなく、留置カテーテルやおむつ使用。
	要介助	パンツやズボンの上げ下げや、便器に座る等に介助が必要。
	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。
	自立	手すりを使用しても、すべて自立。
摂食・嚥下	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。開始日がわかれば記載してください。
	経口介助	経口での摂取は可能であるが、介助が必要とする状態。
	見守り	経口摂取が可能であるが、声かけや見守りが必要な状態。
	自立	自力での摂食が可能。
言語理解	限られた言葉のみ	全く困難か、あいさつなどの限られた言葉のみ理解可能。
	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。
	簡単な内容	基本的な要求など簡単な内容の理解が可能。
	理解可能	日常生活で必要な言語の理解可能。
言語表出	限られた言葉のみ	全く困難か、あいさつなどの限られた言葉のみ表出可能。
	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。
	簡単な内容	基本的な要求など簡単な内容の表出が可能。
	表出可能	日常生活で必要な言語の表出可能。
社会的交流	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状態。
	職員との交流	看護師・リハスタッフなどとの交流が可能な状態。
	他患者との交流	他の患者との交流が見られる状態。スタッフの励ましや助言があっても良い。交流にあつて自分をコントロールすることができる。
	社会／地域との交流	患者本人から他の患者に声掛けなどをして交流の機会を作ったり、病棟内でのゲームなどに積極的に参加する状態。自宅にあつてはデイサービスや地域の行事などに参加する状態。
患者心理	意識の安定	不穏や夜間せん妄が無い状態。障害について正確には認識されていない。
	混乱期	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。
	再適応の努力	機能回復やADLに関しての機能訓練など積極的になっている。障害を受け入れる準備ができています。
	日常生活への自信	生活自立に向けて、退院後の問題解決に積極的である。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。

注*：一段目の（ ）内にはリハビリ現場で達成した日を記入してください。最終とは退院時の必要な介助量です。あてはまる介助量を「全介助・要介助・見守り」の中からチェックしてください。

(4) 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 1 介助なしで車椅子に移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	一日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうてない

※判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない

4 運用方法

- (1) 用紙は手書き用のみ用意しました。他の施設へ紹介される時は必ず原本をお送りください。患者さん・家族には連携パス（患者用）のコピーを手渡してください。
- (2) 急性期病院→連携先（回復期）病院
FAXで転院依頼を行う時はFAX送信票にある「紹介患者基本情報」および主治医紹介状を、転院時には連携パス（患者用）、連携パス（医療者用）の原本と入院科以外の受診科の紹介状、看護・リハサマリーなどをお送りください。もし、FAX送信以後に患者さんの症状等に変化があった場合には、その内容を記載した主治医からの紹介状を添えてください。
- (3) 連携先（回復期）病院→生活期（医療機関・施設）
FAX送信票にある「紹介患者基本情報」と連携パス（患者用）、連携パス（医療者用）の原本と主治医および他科の紹介状、看護・リハサマリーなどをお送りください。

(4) 生活期（医療機関・施設）

受診後1カ月に連携パス（患者用）、連携パス（医療者用）の所定の欄に記入していただき、連携先病院（回復期病院）にFAXで送り返してください。

(5) その他（回復期から急性期への逆紹介の場合など）

再発や他の合併症の悪化などで紹介元病院などへ逆紹介した場合には、その時点でパスは終了します。その旨を急性期病院へ伝えてください。

富山脳卒中地域連携パスVer.2 FAX送信票

送信日 平成 年 月 日

宛先	紹介病院名
病院 様	病院 地域連携室
(FAX :)	電話 : FAX : 担当者

平素は格別のご配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。脳卒中地域連携クリニカルパス対応の患者様が入院されており貴院への転院を希望されておられます。ご配慮のほどよろしくお願い申し上げます。

紹介患者基本情報

フリガナ 患者氏名	性 別 男・女	生年月日	M・T・S・H 年 月 日(歳)
様	主治医名	科	
住所	電話	職業	
入院日	平成 年 月 日	初発・再発	<input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> 再発 (初回 年 月 日)
病型	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血	今回発症日	平成 年 月 日
部位	<input type="checkbox"/> 右麻痺 <input type="checkbox"/> 左麻痺 <input type="checkbox"/> 両麻痺	手術日	平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 無	術式	
認知症	<input type="checkbox"/> 有 (軽度・中等度・重度) <input type="checkbox"/> 無	発症前 身障手帳	<input type="checkbox"/> 有 (種類 級) <input type="checkbox"/> 無
発症前 介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)		
既往歴及び 受傷前に 治療中の 疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> 糖尿病(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> 脂質異常症(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> 心房細動(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> 心筋梗塞/狭心症/心不全(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> 腎不全(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> 肝不全(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> 胃潰瘍(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> 神経因性膀胱(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> アレルギー(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> 整形外科的疾患() <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 白内障(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> 緑内障(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> 抑うつ状態(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> その他()		
感染症既往	<input type="checkbox"/> 肺炎(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> 尿路感染(<input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> その他()	身長	cm 体重 kg
感染症	<input type="checkbox"/> 検査無 <input type="checkbox"/> 検査有 HBS(),HCV(),MRSA(),多剤耐性菌(),緑膿菌()		
発症前ADL	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他	現在のADL	0点 1点 2点
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	どちらかの手を胸元	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り・介助必要 <input type="checkbox"/> できない
意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難(失語その他)	移動方法	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 介助必要
現在の 摂食状態	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養(fr)	口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	<input type="checkbox"/> 胃ろう(造設日 年 月 日 fr)	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> その他()	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
現在の 食種	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー	他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない時がある <input type="checkbox"/> できない
	<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> その他()	指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	危険行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
使用 排泄用品	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器	日常生活機能評価	合計点 評価日 平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> おむつ	／19点	
キーパーソン	続柄() 連絡先()	リハ終了後の 退院希望先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> 他病院() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 未定

富山脳卒中地域連携パスVer.2 (患者用)

患者氏名 _____ 様 病名 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血

説明日 _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者名 _____

病院名	急性期病院()病院	連携先病院()病院	自宅・施設()
予定期間	合併症などがなければ、1～()ヶ月間で退院できます		
退院基準	状態が安定し、支援の体制が整っていること		
月日	発症～1週目	1～2週目	2～()週目
経過	入院日	発症～1週目	1～()か月
治療内容	診断と治療の決定手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病状に応じた適切な治療を行います	退院後の支援体制が整っていることを確認し、自宅での生活に慣れさせよう
検査	CT、MRIなど	患者さんの状態などにより、CT、MRIなどの検査を行います	かかりつけ医などで定期的診察・検査を受けましょう
薬剤	常用薬・中止薬を確認します	点滴・内服などが行われます	内服薬や自己注射がご自分で管理できるようにしましょう 再発予防の薬の内服を忘れないようにしましょう
安静度・リハビリ	今後のリハビリの仕方などを説明します	状態により異なりますが、一般には以下の順でリハビリが行われます 座る練習 → 立つ練習 → 平行棒内歩行練習 → 杖・歩行器歩行練習 → 屋外歩行、階段昇降練習 トイレ動作や着替えなどの日常生活動作の訓練もします 患者さんの状態により、訓練内容が決まります。また、自宅での訓練方法を学びましょう。	家事や外出をして、生活を豊かにしましょう 施設では生活に密着した日常生活動作を中心に訓練します 余暇活動にも積極的に参加しましょう 時々、装具のチェックもしてもらいましょう 新たに病気になるったり、再発しないように適度な運動をしましょう
食事	原則、飲食はでさせません	食事が開始されます 経管栄養の場合あります	自宅では状態により各種介護サービスを利用しましょう
清潔整容	身体拭き(清拭)をします	シャワーまたは入浴ができます (手術患者さんでは抜糸後)	通所系サービス <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(短期間型) <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問系サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護
排泄	ベッド上での排泄になります	状態により尿の管が入っていることがあります	自宅では状態により各種介護サービスを利用しましょう
患者・家族への説明	検査結果と治療方針の説明があります	今後の方向性などスタッフと相談し決定します	訪問系サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護
入院時症状	【入院時症状】 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	【退院時患者状態】平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 移動能力 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり 病院名 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 主治医 _____	【受診1カ月患者状態】平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 移動能力 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり 病院名 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 主治医 _____
入院時状態/退院時状態	日常生活機能評価※ 合計点 /19点	日常生活機能評価※ 合計点 /19点	日常生活機能評価※ 合計点 /19点
メモ			

※上記の内容は、あくまでも計画であり、患者さんの状態などにより変更がありますので、ご了承ください。 ※日常生活機能評価では合計点が低い程、できることが多いこととなります。

治療計画の説明を受けましたので、地域連携診療計画書(患者用及び医療者用)を使っての連携を行うことに同意します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 署名 _____

(続柄) _____

富山脳卒中地域連携パスVer.2 (医療者用)

患者氏名

男・女

時期	急性期	回復期	生活期(自宅・施設・病院)
入院日・帰宅日	() 平成 年 月 日 () 平成 年 月 日	() 平成 年 月 日 () 平成 年 月 日	支援施設・病院名 () 平成 年 月 日 在宅・入所・入院日 主治医 PT OT ST SW ケアマネジャー 看護師
担当	主治医 PT OT ST SW 変更の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 変更の理由 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	主治医 PT OT ST SW 変更の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 変更の理由 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	主治医 PT OT ST SW 変更の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 変更の理由 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
達成目標	発症前生活レベル <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 目標生活レベル <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	発症前生活レベル <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 目標生活レベル <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	発症前生活レベル <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 目標生活レベル <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
入院中の経過 (治療・処置・検査・薬剤)	手術日 () 平成 年 月 日 手術式 () 平成 年 月 日 術式 () 平成 年 月 日 注意事項 <input type="checkbox"/> シャント (圧) <input type="checkbox"/> ワーファリン服用 () その他 () <input type="checkbox"/> 手術等に関する患者・家族への説明 <input type="checkbox"/> 転院先へ連絡・調整 <input type="checkbox"/> 退院についての患者・家族への説明	手術日 () 平成 年 月 日 手術式 () 平成 年 月 日 術式 () 平成 年 月 日 注意事項 <input type="checkbox"/> シャント (圧) <input type="checkbox"/> ワーファリン服用 () その他 () <input type="checkbox"/> 手術等に関する患者・家族への説明 <input type="checkbox"/> 転院先へ連絡・調整 <input type="checkbox"/> 退院についての患者・家族への説明	手術日 () 平成 年 月 日 手術式 () 平成 年 月 日 術式 () 平成 年 月 日 注意事項 <input type="checkbox"/> シャント (圧) <input type="checkbox"/> ワーファリン服用 () その他 () <input type="checkbox"/> 手術等に関する患者・家族への説明 <input type="checkbox"/> 転院先へ連絡・調整 <input type="checkbox"/> 退院についての患者・家族への説明
到達生活レベル	急性期退院時状態 退院日 () 平成 年 月 日	回復期退院時状態 退院日 () 平成 年 月 日	受診後1カ月状態 退院日 () 平成 年 月 日
転倒歴	退院時到達生活レベル <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	退院時到達生活レベル <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	受診1カ月に到達生活レベル <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
高次脳機能障害など 退院時確認事項など	転倒歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 回 認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 回 <input type="checkbox"/> 高熱(38度)なし <input type="checkbox"/> 重大な合併症がない <input type="checkbox"/> 全身状態が良い	転倒歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 回 認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 回 <input type="checkbox"/> 重大な合併症がない <input type="checkbox"/> 家族の理解がある <input type="checkbox"/> 支援体制が整っている	転倒歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 回 認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 回 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 生活場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 他 ()
日常生活機能評価	0点 1点 2点	0点 1点 2点	0点 1点 2点
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
手を胸まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り・介助必要 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り・介助必要 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り・介助必要 <input type="checkbox"/> できない
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 介助を要する	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 介助を要する	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 介助を要する
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> できない
診療上指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
危険行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
日常生活機能評価合計	合計点 点	合計点 点	合計点 点
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
使用排泄用品	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> おむつ
現在の摂食状態	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 () 日、 () 月、 () 年 <input type="checkbox"/> 胃ろう (造設日 () 日、 () 月、 () 年) <input type="checkbox"/> TPN () 日、 () 月、 () 年 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 () 日、 () 月、 () 年 <input type="checkbox"/> 胃ろう (造設日 () 日、 () 月、 () 年) <input type="checkbox"/> TPN () 日、 () 月、 () 年 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 () 日、 () 月、 () 年 <input type="checkbox"/> 胃ろう (造設日 () 日、 () 月、 () 年) <input type="checkbox"/> TPN () 日、 () 月、 () 年 <input type="checkbox"/> その他 ()
本人の希望			
家族の希望			
コメント	<input type="checkbox"/> 連携先病院退院後、当院受診をお願いします <input type="checkbox"/> 連携先病院退院後はかかりつけ医での治療をお願いします		

裏面もあります

富山脳卒中地域連携パスVer.2 (医療者用) 到達ステツプ表

患者氏名 _____

時期	急性期				生活期(医療機関・施設名)
	ステツプI	ステツプII	ステツプIII	ステツプIV	
健康維持・再発予防	<input type="checkbox"/> 治療法の理解と同意	<input type="checkbox"/> 治療への自主的な取り組み	<input type="checkbox"/> 内服薬等自己管理	<input type="checkbox"/> 生活習慣の改善	<input type="checkbox"/> 治療法の理解と同意 <input type="checkbox"/> 治療への自主的な取り組み <input type="checkbox"/> 内服薬等自己管理 <input type="checkbox"/> 生活習慣の改善
移動能力	<input type="checkbox"/> 起き上がり 最終: / /) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 車椅子駆動 最終: / /) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 杖歩行 / /) 最終: / /) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 階段昇降 / /) 最終: / /) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 起き上がり <input type="checkbox"/> 端座位 <input type="checkbox"/> 車椅子駆動 <input type="checkbox"/> 自立~立位
(/)内にはリハビリ場面での自立した日を記入	<input type="checkbox"/> 端座位 / /) 最終: / /) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立~立位 / /) 最終: / /) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 独歩 / /) 最終: / /) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 屋外歩行 / /) 最終: / /) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 端座位 / /) 最終: / /) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り
最終:には退院時の介助量をエツクください。	最終: / /) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り	最終: / /) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り	最終: / /) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り	最終: / /) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り	最終: / /) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り
排泄動作	<input type="checkbox"/> 留置カテーテルやおむつ使用	<input type="checkbox"/> 要介助 / /)	<input type="checkbox"/> 見守り / /)	<input type="checkbox"/> 自立 / /)	<input type="checkbox"/> 留置カテーテルやおむつ使用 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立
摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 経管栄養開始 / /)	<input type="checkbox"/> 経口介助 / /)	<input type="checkbox"/> 見守り / /)	<input type="checkbox"/> 自立 / /)	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経口介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立
言語理解	<input type="checkbox"/> 限られた言葉のみ / /)	<input type="checkbox"/> 簡単な内容(要配慮) / /)	<input type="checkbox"/> 簡単な内容 / /)	<input type="checkbox"/> 理解可能 / /)	<input type="checkbox"/> 限られた言葉のみ <input type="checkbox"/> 簡単な内容(要配慮) <input type="checkbox"/> 簡単な内容 <input type="checkbox"/> 理解可能
言語表出	<input type="checkbox"/> 限られた言葉のみ / /)	<input type="checkbox"/> 簡単な内容(要配慮) / /)	<input type="checkbox"/> 簡単な内容 / /)	<input type="checkbox"/> 表出可能 / /)	<input type="checkbox"/> 限られた言葉のみ <input type="checkbox"/> 簡単な内容(要配慮) <input type="checkbox"/> 簡単な内容 <input type="checkbox"/> 理解可能
社会的交流	<input type="checkbox"/> 家族との交流	<input type="checkbox"/> 職員との交流	<input type="checkbox"/> 他患者との交流	<input type="checkbox"/> 社会/地域との交流	<input type="checkbox"/> 家族との交流 <input type="checkbox"/> 職員との交流 <input type="checkbox"/> 他患者との交流 <input type="checkbox"/> 社会/地域との交流
患者心理	<input type="checkbox"/> 意識の安定	<input type="checkbox"/> 混乱期	<input type="checkbox"/> 再適応の努力	<input type="checkbox"/> 日常生活への自信	<input type="checkbox"/> 意識の安定 <input type="checkbox"/> 混乱期 <input type="checkbox"/> 再適応の努力 <input type="checkbox"/> 日常生活への自信

【生活レベル分類】

生活レベル分類 (mRSより)
0 全く症状なし
I 何らかの症状はあるが障害はない: 通常の仕事や活動は全て行える
II 軽微な障害: これまでの活動の全てはできないが、身の回りのことは援助なしでできる
III 中等度の障害: 何らかの援助を要するが、援助なしで歩行ができる
IV 中等度から重度の障害: 援助なしでは歩行はできず、身の回りのこともできない
V 重度の障害: 寝たきり、失禁、全体的な介護

富山脳卒中地域連携パスVer.2
手引書（2010年度）

平成22年 3 月

編集・発行 富山市脳卒中地域連携パス研究会
事務局 富山市保健所健康課内
〒939-8588 富山市蜷川459-1
TEL 076-428-1153

