

北河内圏域脳卒中地域連携診療計画書

(地域連携クリティカルパス)

運 用 の 手 引

北河内圏域脳卒中医療機関ネットワーク

令和5年3月改訂

## 目次

### はじめに

1	地域連携診療計画書(地域連携パス)の流れ	1
2	地域連携診療計画書運用	2
3	北河内圏域地域連携診療計画書共通様式(医療者用)	7
4	北河内圏域地域連携診療計画書共通様式(患者用)	8
5	診療情報提供書(急性期→回復期)	9

## はじめに

脳卒中は、急性期から回復期・維持期まで、患者の状態に応じて様々な医療・療養が必要になります。限られた医療資源の中で、より良い医療提供体制を構築するには、各施設の医療機能に応じた連携を進めることが必要です。

「北河内脳卒中地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）」は、地域の医療機関が連携して、急性期から回復期・維持期まで、リハビリテーションや再発・合併症予防を含めた一貫した医療を提供する際に、必要な患者情報の共有・疾病管理を行うためのツールです。このたび、地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）の運用の現状とネットワーク会議及び運営委員会での議論を踏まえ、本計画書は診療情報提供書と看護サマリー等とは一緒にせず、診療情報計画書と併用することを前提として改定しました。

切れ目のない質の高い医療サービスを提供するために、医療機関同士、地域の診療所や介護関係機関がしっかりと連携して、この地域で安心して医療・福祉等のサービスを受けていただける体制を作っていけるよう、「北河内脳卒中地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）」を用いた医療連携にご協力をお願いいたします。

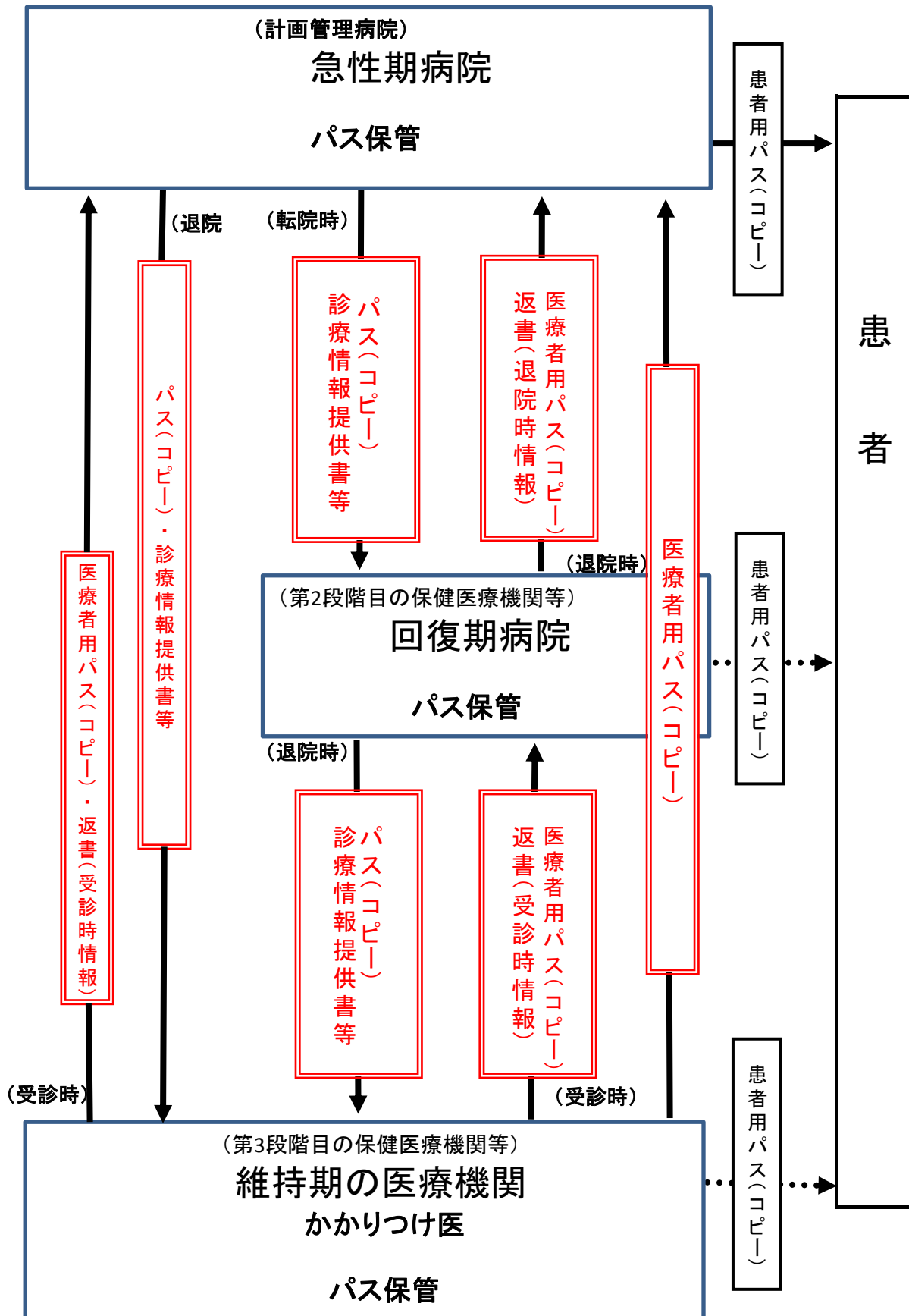
令和2年3月

北河内圏域脳卒中医療機関ネットワーク

# 1「地域連携診療計画書(地域連携パス)」の流れ

連携パスの流れ →

※パスとは「医療者用パス」「患者用パス」の両方です。



\*あくまで連携強化のための流れ図であり、診療報酬がつくものもつかないものもあります。

## 2 地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）運用

平成 20 年 3 月 26 日制定

平成 22 年 7 月 24 日改定

平成 24 年 6 月 14 日改定

令和 2 年 3 月 27 日改定

### 北河内圏域脳卒中医療機関ネットワーク

#### 1. 目的

地域の医療機関が連携して、急性期から回復期、維持期まで、リハビリテーションや再発・合併症予防を含めた一貫した医療を提供する際に、必要な患者情報の共有・疾病管理を行うこと。

#### 2. 適用疾患

- ・脳卒中：脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の患者

#### 3. アウトカム指標と評価

指標	評価
目標	<ul style="list-style-type: none"><li>・治療及びリハビリテーション医療の流れが適切に実施できているか評価</li><li>・急性期は入院～1週目と退院又は転院時実施</li><li>・回復期は転院後2週目、1ヶ月目、2ヶ月目、退院時実施</li><li>・維持期は退院後1ヶ月以内</li></ul>
入院期間	<ul style="list-style-type: none"><li>・急性期：2週間～（2ヶ月以内）</li><li>・回復期病院：2ヶ月～</li></ul>

#### 4. 転院・退院基準（参考）

##### （1）急性期病院から回復期リハ病院へ転院

- ・急性期治療が終了し全身状態が安定している
- ・意識レベルが清明又はJCS 1桁である
- ・意識レベルがJCS 2桁であるが、意識の回復が予想される場合

##### （2）回復期リハ病院から退院

- ・入院によるリハビリテーションが終了している
- ・受入環境が整う

#### 5. ADL評価指標

- （1）必須：日常生活機能評価：別紙 1

#### 6. 流れ：別紙 2

7. 使用上の留意事項：別紙3

8. 書式

(1) 地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）（医療者用）

(2) 地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）（患者様用）

(3) 退院時に情報提供する際の添付書類

①急性期から回復期へ：地域連携診療計画書（コピー）

診療情報提供書

看護サマリー

リハビリサマリー

②急性期から維持期へ：地域連携診療計画書（コピー）

診療情報提供書

看護サマリー

リハビリサマリー

③回復期から維持期へ：地域連携診療計画書（コピー）

急性期診療情報提供書（コピー）

急性期看護サマリー（コピー）

急性期リハビリサマリー（コピー）

回復期診療情報提供書

回復期看護サマリー

回復期リハビリサマリー

④回復期から急性期へ：地域連携診療計画書医療者用（コピー）

返書（退院時情報）

⑤維持期から急性期へ：地域連携診療計画書医療者用（コピー）

⑥維持期から回復期へ：地域連携診療計画書医療者用（コピー）

返書（受診情報）

■別紙 1

日常生活機能評価表

患者の状況等	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元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
起き上がり	できる	できない	
座位保持	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（主要なもの1つ）	介助を要しない移動	介助を要する移動 （搬送を含む）	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
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
診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※得点は0～19点 ※得点が低いほど、生活自立度が高い			得点

## ■別紙2：使用の流れ

### 1. 急性期病院

①入院から7日以内に、地域連携診療計画書(地域連携クリティカルパス)患者用パスを用いて患者・家族に説明する。

\*説明内容：

- ・地域診療計画（目的・内容等）について
- ・連携先と情報共有することの同意
- ・連携先である回復期病院情報 など

②患者・家族から同意が得られた場合、患者用パスに、機関名・主治医名・説明年月日・本人・家族サイン・説明者サインを漏れなく記入する。

③すべてを記入した患者用パスはコピーを患者・家族に渡し、原本は保管する。

④転院依頼の際、診療情報提供書、看護サマリー、リハビリサマリーを情報提供ツールとして使用する。

⑤連絡を受けた回復期病院は転院調整を行う。（原則、連携パス通り受け入れる）

⑥連携パス使用決定後、速やかに必要事項を記入して医療者用パスを作成する。

⑦必要事項の記入確認後、地域連携診療計画書（医療者用パス・患者用パス）のコピーを転院先に送付し、自院で原本を保管する。

⑧同時に必要書類一式（診療情報提供書、看護サマリー、リハビリサマリー等）を必ず添付する。

### 2. 回復期病院

①急性期病院から連携パス使用の転院紹介があれば、原則パス通り受け入れる

②転院当日、患者用パスに病院名・主治医名を記載し、患者・家族にパスの内容を確認した上でコピーを渡す。

③送付されてきた医療者用パスを確認し、使用開始する。

④退院時、全て確認記入後、地域連携診療計画（医療者用パス・患者用パス）のコピーを維持期の医療機関に送付し、自院で原本を保管する。医療者用パスのコピー及び返書（退院時情報）を紹介元の急性期病院に送付する。

⑤同時に維持期の医療機関には必要書類一式（急性期、回復期の診療情報提供書、看護サマリー、リハビリサマリー等）を必ず添付する。

### 3. 維持期の医療機関

①退院後の初回受診時、患者用パスに医療機関名・主治医名、介護支援専門員について記載し、患者・家族にパスの内容を確認した上でコピーを渡す。

②送付されてきた医療者用パスを確認し、受診時に維持期情報を記入する。

③地域連携診療計画（医療者用パス）を2部コピーし、1部は急性期病院に送付し、自院で原本を保管する。もう1部は返書（受診時情報）と共に紹介元の回復期病院へ送付する。



### ■別紙3：使用上の留意事項

- ①診療情報提供書、看護・リハビリサマリー等も参照することを前提とし、なるべくパスはシンプルにするということから、診療情報提供書と重なる部分等は削除していません。そのため、診療情報提供書や看護サマリー、リハビリサマリー等の添付をお願いします。
- ②軽症から重症まですべての人に適用できるようバリエーションは除いていますので、バリエーションに関係なく、パスを回してくださるようお願いします。
- ③同病院内で急性期、回復期へ回る場合は、回復期からパスを回していただき、その際、急性期の情報の記載もお願いします。
- ④患者用パスの取扱いについて  
従来は患者用パスを急性期で説明後に原本を患者へ渡し、患者側の保管となっていました。医療用パスと同様、急性期、回復期、維持期まで順番に渡していき、患者側にも治療の流れや今後やるべきこと等を認識していただくように説明をお願いします。
- ⑤手引にある診療情報提供書（P9）は、様式例であり、同様の内容が記載されていれば、各医療機関で定められている様式を使用いただいても差支えありません。

北河内圏域脳卒中地域連携診療計画書(地域連携クリティカルパス) (医療者用)

脳卒中は、急性期から回復期・維持期まで、患者の状態に応じて様々な医療・療養が必要となります。限られた医療資源の中で、より良い医療提供体制を構築するには、各施設の医療機能に応じて連携を進めることが必要です。「脳卒中地域連携診療計画書(地域連携クリティカルパス)」は、地域の医療機関が連携して、急性期から回復期・維持期まで、リハビリテーションや再発・合併症予防を含めた一貫した医療を提供する際に、必要な患者情報の共有・疾病管理を行うためのひとつのツールです。本計画書では診療情報計画書を併用することを前提として作成しています。

氏名(性別)	様 ( <input type="checkbox"/> 男性・ <input type="checkbox"/> 女性 )		診断名	□脳血栓(穿通枝)・□脳血栓(皮質下)・□脳塞栓・□脳出血・□くも膜下出血・□その他( )	
生年月日	□M・□T・□S・□H	年 月 日	発症日	年 月 日	手術日(IVRを含む) 年 月 日
発症前状態	移動: □ベッド上・□車椅子・□つかまり立ち・□つかまり歩行・□杖歩行・□独歩		排泄: □自立・□介助	認知症: □無・□有	
かかりつけ医	□無 □有 (医師名: )		診療情報提供 □有 □無		
経過	急性期(医療機関名: )	回復期(医療機関名: )	維持期等 (医療機関名: )	( )	
全身管理	入院日 ( / ) 退院日 ( / )	転院から1か月以内 入院日 ( / )	2か月目から退院 退院日 ( / )	転院 ( 回/月 )	□訪問診療 ( 回/月 )
医療ケア	□気切 □導尿 □その他	□気切 □導尿 □その他	□自宅 □特養・グループホーム等 □老健 □療養型 □急性期に再入院 □死亡 □その他	□導尿 □その他	□栄養 (経管栄養・PEG・IVH)
合併症	□合併症 ( )	□合併症 ( )	□抗凝固薬・抗血小板薬 □降圧薬 □インスリン □経口糖尿病薬	□抗凝固薬 □降圧薬 □インスリン □経口糖尿病薬	□栄養 (経管栄養・PEG・IVH)
治療	□抗凝固薬・抗血小板薬 □降圧薬 □インスリン □経口糖尿病薬	□抗凝固薬・抗血小板薬 □降圧薬 □インスリン □経口糖尿病薬	□外出・外泊練習 □退院前訪問指導② □補装具の作成 □理学療法 □作業療法 □言語療法 □リハビリ実施計画書作成 □リハビリカンファレンス	□抗凝固薬 □降圧薬 □インスリン □経口糖尿病薬	□栄養 (経管栄養・PEG・IVH)
リハビリ	□リハビリ開始日 ( / ) □理学療法 □作業療法 □言語療法 □リハビリ実施計画書作成 □リハビリカンファレンス	□リハビリ開始日 ( / ) □回復期病棟以外での入院対応 □補装具の作成 □理学療法 □作業療法 □言語療法 □リハビリ実施計画書作成 □リハビリカンファレンス	□リハビリ実施 ( 有 □無 ) □訪問リハビリ □外来リハビリ □通所リハビリ □リハビリ無し	□抗凝固薬 □降圧薬 □インスリン □経口糖尿病薬	□栄養 (経管栄養・PEG・IVH)
評価	□mRs ( ) □BI ( ) □FIM ( ) □日常生活機能評価 点数 ( )	□mRs ( ) □BI ( ) □FIM ( ) □日常生活機能評価 点数 ( )	□かかりつけ医に情報提供 □介護支援専門員に情報提供 □退院先(施設・病院等)に情報提供 □退院説明 □ケアプランの検討 □自宅の環境整備の確認 □介護指導	□介護保険サービス利用 □無 □有	□栄養 (経管栄養・PEG・IVH)
説明	□病状説明 (病状・予後など) □連携クリティカルパス説明 (同意) □介護保険の承認 (□有・□無) □介護保険についての説明 □介護保険の申請 □認定調査 (□有・□無) □要支援(□1 □2) □要介護(□1 □2 □3 □4 □5) □退院後の受診について (□必要 □不要 □未定)	□病状説明 □リハビリ実施説明 □連携クリティカルパス説明 (同意) □退院後(在宅・施設)の決定 □介護保険の承認 (□有・□無) □介護保険についての説明 □介護保険の申請 □認定調査 (□有・□無) □要支援(□1 □2) □要介護(□1 □2 □3 □4 □5) □退院後の受診について (□必要 □不要 □未定)	□介護保険の承認 (□有・□無) □介護保険についての説明 □介護保険の申請 □認定調査 (□有・□無) □要支援(□1 □2) □要介護(□1 □2 □3 □4 □5) □退院後の受診について (□必要 □不要 □未定)	□連携クリティカルパス説明 (同意) □初回回診時に、本地域診療計画書(維持期の項目)を記載し、急性期病棟に送付をお願いします。	□栄養 (経管栄養・PEG・IVH)
主治医	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン
担当者	サイン	サイン	サイン	サイン	サイン
添付書類 チェックリスト	【回復期および維持期へ送付するもの】 □地域連携診療計画書(医療者用・患者用)(コピー) ※原本を保管 □診療情報提供書 □看護サマリー □リハビリサマリー	【急性期】 □急性期診療情報提供書 □看護サマリー □リハビリサマリー	【回復期】 【急性期からの退院時には、回復期のパス用紙に加えて、急性期の診療情報提供書や看護・リハビリテーションのサマリーも合わせて、コピーして添付をお願いします。】 □回復期診療情報提供書 □回復期看護サマリー □回復期リハビリサマリー	【急性期へ送付するもの】 □地域連携診療計画書(医療者用)(コピー) □返書 退院時情報 【回復期へ送付するもの】 □地域連携診療計画書(医療者用)(コピー) □返書 受診時情報	維持期 2019年 改定案 北河内圏域脳卒中医療機関ネットワーク

1) 日常生活機能評価票(必須)

患者の状況等	得点		
	0点	1点	2点
1 床上安静の指示	無	有	
2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
3 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
4 起き上がり	できる	できない	
5 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
7 移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
8 口腔清潔	できる	できない	
9 食事摂取	介助無	一部介助	全介助
10 衣服の着脱	介助無	一部介助	全介助
11 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
12 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13 危険行動	ない	ある	

※ 得点: 0~19点  
※ 得点が低いほど、生活自立度が高い

かかりつけ医  
機関名【 ( 科) 】  
医師名【 】  
電話番号【 】

介護支援事業所名  
機関名【 】

北河内圏地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス 患者様用）

様

急性期病院		回復期リハビリテーション病院		自宅・施設等		
経過月日	入院～	2週目～転院	2ヶ月以内	2週間～1ヶ月目	2ヶ月目～退院	
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>症状に変化があれば知らせよう</li> <li>リハビリに意欲的に参加しよう</li> <li>状態に応じて無理なく活動しよう</li> <li>病状を理解しよう</li> <li>医師の指示により、点滴や内服薬による治療を行います</li> <li>他院の薬をお持ちの方は申し出てください</li> <li>酸素吸入で脳の酸素不足を補うことがあります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態の悪化なくリハビリを継続できる</li> <li>リハビリに意欲的に参加しよう</li> <li>退院先又は転院先を選択できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活リズムを作りましょう</li> <li>リハビリに意欲的に参加しよう</li> <li>退院後の生活場所（在宅・施設・病院）の選択ができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院時の日常生活能力を維持向上しよう</li> <li>意欲的に活動しよう</li> <li>薬は継続して服用します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の日常生活環境を整えよう</li> </ul>	
治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>病状を理解しよう</li> <li>医師の指示により、点滴や内服薬による治療を行います</li> <li>他院の薬をお持ちの方は申し出てください</li> <li>酸素吸入で脳の酸素不足を補うことがあります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態に応じて検査します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態に応じて検査します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態に応じて薬の治療は継続します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態に応じて受診しよう</li> </ul>	
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態に応じて検査します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態に応じて検査します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態に応じて検査します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態に応じて検査します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態に応じて受診しよう</li> </ul>	
リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医の判断によりリハビリを開始します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>前病院の情報をもとに評価し訓練をします</li> <li>自宅を想定したリハビリを行います</li> <li>退院前に自宅を訪問し状況を確認します</li> <li>自宅での生活方法を指導します</li> <li>必要な場合は自宅改修の助言をします</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>前病院の情報をもとに評価し訓練をします</li> <li>自宅を想定したリハビリを行います</li> <li>退院前に自宅を訪問し状況を確認します</li> <li>自宅での生活方法を指導します</li> <li>必要な場合は自宅改修の助言をします</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要時、医療保険・介護保険でリハビリを継続しましょう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要時、医療保険・介護保険でリハビリを継続しましょう</li> </ul>	
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事内容は状態に応じて変わります（鼻から胃まで管を入れて栄養を取ることがあります）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じ、摂食機能などについて評価し、訓練をします</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じ、摂食機能などについて評価し、訓練をします</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じ、摂食機能などについて評価し、訓練をします</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要時家事援助があります</li> </ul>	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態に応じてからだを清潔に保ちます</li> <li>医師の指示にてシャワー浴、入浴となります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>清潔動作を評価し、状態に応じた方法を考え訓練します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>清潔動作を評価し、状態に応じた方法を考え訓練します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態に応じてトイレで排泄しよう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>状態に応じてトイレで排泄しよう</li> </ul>	
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>ベッド上で過ごす間はベッド上で排泄します</li> <li>おしっここの管を入れることがあります</li> <li>状態に応じてベッド脇やトイレで排泄します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>早期にトイレ誘導ができるように検討します</li> <li>排泄動作を評価し、状態に応じた方法を考え訓練します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>早期にトイレ誘導ができるように検討します</li> <li>排泄動作を評価し、状態に応じた方法を考え訓練します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要時、入浴援助があります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要時、入浴援助があります</li> </ul>	
説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師から病状や入院中の治療計画について説明があります</li> <li>薬剤師からお薬について説明があります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査結果の説明があります</li> <li>退院、転院の準備について説明があります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師から入院中の治療計画について説明があります</li> <li>外泊についての留意点の説明があります</li> <li>退院後の生活について説明があります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師から入院中の治療計画について説明があります</li> <li>外泊についての留意点の説明があります</li> <li>退院後の生活について説明があります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要時、通所リハビリがあります</li> <li>必要時、訪問リハビリがあります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要時、通所リハビリがあります</li> <li>必要時、訪問リハビリがあります</li> </ul>
相談	<ul style="list-style-type: none"> <li>次の事項を確認します</li> <li>介護保険を申請しているかどうか</li> <li>入院について介護支援専門員に連絡が済んでいるかどうか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要時、医師・看護師・リハビリ担当者・医療相談員（MSW）などと退院のことについて相談します</li> <li>必要な書類がありましたらお早めにご相談ください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要時、医師・看護師・介護支援専門員・リハビリ担当者・医療相談員（MSW）などと相談します</li> <li>必要時、住宅改修などの相談をします</li> <li>必要な書類がありましたらご準備ください</li> <li>必要に応じていろいろな制度を利用します</li> <li>保険証の確認を行います</li> <li>介護保険の申請をします</li> <li>介護支援専門員が在宅のプランを作ります</li> <li>在宅生活が困難な場合は、施設の申込が必要です</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要時、医師・看護師・介護支援専門員・リハビリ担当者・医療相談員（MSW）などと相談します</li> <li>必要時、住宅改修などの相談をします</li> <li>必要な書類がありましたらご準備ください</li> <li>必要に応じていろいろな制度を利用します</li> <li>保険証の確認を行います</li> <li>介護保険の申請をします</li> <li>介護支援専門員が在宅のプランを作ります</li> <li>在宅生活が困難な場合は、施設の申込が必要です</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用できるサービスについて介護支援専門員と相談します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用できるサービスについて介護支援専門員と相談します</li> </ul>
機関名	病院名 主治医名	病院 科	病院 科	病院 科	かかりつけ医療機関 主治医名 介護支援専門員（ケアマネジャー） （事業所名） （担当者名）	

※ これは標準的な治療計画書です。病状によっては変更する場合がありますのでご了承ください。

※ くわしくは、それぞれの病院・施設等にて説明します。

治療やリハビリをスムーズに行うために、北河内の各病院や関係機関でパスを共有し、患者様の情報交換を行います。

また個人が特定されない形で、集積したデータについては、北河内地域での脳卒中の診療の向上に効果的に活かして参ります。

本人家族への説明 年 月 日 説明者サイン

患者・家族氏名

上記の地域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、各連携施設（急性期病院、回復期病院、かかりつけ医、介護保険事業所等）で共有されることに同意します。

## 5 診療情報提供書

紹介先施設					記載日	年 月 日					
診療科			医師				先生御机下				
医療機関名				診療科			医師				
患者氏名			性別		生年月日	年 月 日		年齢			
			身長	cm	体重	kg					
病名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞		<input type="checkbox"/> 脳出血		<input type="checkbox"/> 小脳梗塞		<input type="checkbox"/> 小脳出血		<input type="checkbox"/> くも膜下出血		
	<input type="checkbox"/> 骨折【		】		<input type="checkbox"/> 廃用症候群		<input type="checkbox"/> 肺炎		<input type="checkbox"/> 頭部外傷		
	<input type="checkbox"/> その他【								】		
機能障害	<input type="checkbox"/> 左片麻痺		<input type="checkbox"/> 右片麻痺		<input type="checkbox"/> 四肢麻痺		<input type="checkbox"/> 対麻痺		<input type="checkbox"/> パーキンソン症状		
	<input type="checkbox"/> 失調症		<input type="checkbox"/> 失語症		<input type="checkbox"/> 構音障害		<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害				
現病歴											
既往症											
処方											
禁忌事項											
合併疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧		<input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1C % ;		kcal/日)		<input type="checkbox"/> 高脂血症		<input type="checkbox"/> 心房細動		
	<input type="checkbox"/> MRSA (部位		)		<input type="checkbox"/> 疥癬		<input type="checkbox"/> 褥瘡		<input type="checkbox"/> 気管切開		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (処置:										
	<input type="checkbox"/> 気管切開 (カニューレの種類:				号数:				(最終交換日: 年 月 日)		
記憶障害	<input type="checkbox"/> 重度		<input type="checkbox"/> 中等度		<input type="checkbox"/> 軽度		<input type="checkbox"/> なし				
精神症状	<input type="checkbox"/> 徘徊		<input type="checkbox"/> 妄想		<input type="checkbox"/> 暴力		<input type="checkbox"/> 暴言		<input type="checkbox"/> 不穏		
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転		<input type="checkbox"/> 放声		<input type="checkbox"/> 不潔行為		<input type="checkbox"/> なし				
荷重制限	荷重不可: 術後		週		1/3荷重: 術後		週		1/2荷重: 術後		
									週		
ADL	*病前①【		】		②【		】		*病後①【		
									】		
	*①障害老人の日常生活自立度判定基準 (自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2) で記載										
	*②認知症である老人の日常生活自立度判定基準 (なし I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M) で記載										
排尿	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 失禁		<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル		回数:		回/日 (尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
排便	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 失禁				回数:		回/日 (便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
	(オムツ使用		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		最終排便日		年 月 日		排便時の処置( )		
食事	方法	<input type="checkbox"/> 経口		<input type="checkbox"/> 経鼻		<input type="checkbox"/> 胃ろう		<input type="checkbox"/> IVH		<input type="checkbox"/> 点滴併用	
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯		<input type="checkbox"/> 乾飯		<input type="checkbox"/> 全粥		<input type="checkbox"/> 全粥ミキサー		<input type="checkbox"/> 七分粥	
	副食	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> きざみ		<input type="checkbox"/> 軟菜		<input type="checkbox"/> ミキサー			
	トロミ	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無							
	治療食	<input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> 肝臓		<input type="checkbox"/> 潰瘍		<input type="checkbox"/> 膵臓		<input type="checkbox"/> 心臓	
		<input type="checkbox"/> 脂質異常食		<input type="checkbox"/> アレルギー		<input type="checkbox"/> 嚥下					
	摂取量	( )割		PEG注入量 (						) cc	
		胃ろう		種類: (						) 号数: (	
										) 造設日: (	
										) 年 月 日)	

日常生活機能評価	0点	1点	2点
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<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"/> 何かにつかまればできる	<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	
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
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要	<input type="checkbox"/> できない
移動方法（主要なもの1つ）	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動	<input type="checkbox"/> 補助を要する移動 （搬送を含む）	
口腔清潔	<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
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
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない
診察・療養上の指示が通じる	<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	
※得点は0～19点 ※得点が低いほど、生活自立度が高い			合計得点 点

### 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

#### A モニタリング及び処置等

0点

1点

1 創傷処置	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
2 血圧測定	<input type="checkbox"/> 0～4回	<input type="checkbox"/> 5回以上
3 時間尿測定	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
4 呼吸ケア	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
5 点滴ライン同時3本以上	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
6 心電図モニター	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
7 シリンジポンプの使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
8 輸血や血液製剤の使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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トレナーゼの管理）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (この項目のみ2点)
※一般病棟用の重症度・看護必要度に係る基準 はA得点が2点以上かつB得点が3点以上	A得点	点

### 地域での状況

#### 家族構成

#### 緊急連絡先

### 就労状況・生活歴・家屋状況等

### 社会資源

障がい者手帳：あり（手帳の種類 級）  
なし 申請中  
 介護保険：あり（介護度：）  
 （担当介護支援専門員）  
申請中 未申請

### 現時点での予後説明、本人・家族の希望・ゴール

### 看護経過等

### リハ経過

### 特記事項

地域連携診療計画管理料 算定 有 無

事務局 大阪府四條畷保健所 企画調整課

〒575-0034 四條畷市江瀬美町1番16号

電話 072-878-1021 FAX 072-876-4484

E-mail [shijonawatehoken@sbox.pref.osaka.lg.jp](mailto:shijonawatehoken@sbox.pref.osaka.lg.jp)

HP <http://www.pref.osaka.jp/shijonawatehoken/>