

能登脳卒中地域連携パス 運用、記載の手引き

— 2021 年度改訂 —

能登脳卒中地域連携協議会

改版年月日	版数	主な改版部分
2021/9/1	Ver.14.0	<入力シート> <基本情報用紙> 主病名への病名追加 塞栓源不明脳塞栓症（ESUS）、脳内出血（アミロイドアンギオパチー）を追加 <地域連携診療計画書> 地域連携診療計画書の病名に「その他もしくは TIA」を追加
2020/11/1	Ver.13.0	<リハ経過用紙> 介護保険情報を記入する入力欄を設けた。場所は機能障害入力欄の空白行を利用。 選択肢は介護度と総合事業とした。 基本情報用紙の中の介護保険の選択肢にも「総合事業」を追加した。 <栄養情報用紙> 下腿周囲長を少数第一位まで表示できるようにした。 <地域連携診療計画書> 急性期病院、回復期病院の入力欄の入力規制をリスト表示はそのまま、 エラーメッセージが表示されないように解除した。
2019/09/01	Ver.12.0	<入力シート> <基本情報用紙> ☐ 診療科入力欄：神経内科 ⇒ 脳神経内科 に変更。 ☐ 薬物対照表：ウロキナーゼ削除。 <地域連携診療計画書> ☐ 生活期の検査：定期的診察の後に「(歯科を含む)」を追加。 ☐ 生活期の訪問サービス：「訪問診療」、「訪問歯科」のチェック欄を追加。 ☐ 薬物対照表：ウロキナーゼ削除。 <栄養情報用紙> ☐ 【栄養評価】 ☐ 体格を削除。 ☐ 下腿周囲長（左 cm 右 cm）を追加。 ☐ 【口腔ケア・摂食嚥下評価】 ☐ 歯科治療介入の必要性を削除。 ☐ 食欲を削除。 ☐ 誤嚥の心配を削除。 ☐ 飲水時のとろみを削除し「水分のとろみ」として【栄養摂取】の項目へ移動。

		☐ 【栄養摂取】 ☐ 水分のとろみを追加（なし・薄い・中間・濃い）。 ☐ 栄養量を「提供栄養量」*に名称変更。 ☐ FILS*を追加。 ※提供栄養量は、入院 2 日目の朝の食事内容を記入する。 ※FILS は Food Intake Level Scale で、藤島の摂食・嚥下障害患者における摂食状況のレベルを指す。
2018/11/1	Ver.11.0	【入力シート】 1. 主幹動脈の閉塞・狭窄の詳細を追加 ①入力シートの主病名欄の下に「主幹動脈の閉塞・狭窄の詳細」欄を追加。 ② 選択肢として「内頸動脈、中大脳動脈、椎骨脳底動脈」を設け、これ以外の動脈については直接入力する。 ③ この欄はラクナ梗塞（BAD も含む）以外の脳梗塞の場合に入力するものとする。 ④ この入力内容は基本情報用紙の「その他の詳細」欄に反映する。 2. NIHSS 欄の選択肢に「不明」を追加。 3. 薬物対照表の商品名のうち、2 剤（ジルペンダー、オグザロット）を削除 【基本情報用紙】 1. 主病名がくも膜下出血,その他の脳内出血の場合、入力シートの各詳細に記載した内容が「その他の詳細」に表示されないエラーを修正 【要約用紙】 1. 「搬送手段」の選択肢として「院内発症」を追加。 【地域連携診療計画書】 1. 医療機関名に保険医療機関コードを付記 2. 食事欄を一部修正 急性期全体を通じて、①飲食できません、②嚥下状態に応じた食事提供、③経管栄養になります、の 3 つの選択肢より選択するようにした。 3. 薬物対照表の商品名のうち、2 剤（ジルペンダー、オグザロット）を削除 【誤入力防止対策】 発症日、入院日、退院日における日付の誤入力（例として、入院期間がマイナスとなる、201/1/3 など日付形式の誤入力）を防止する対策として、以下のことを実施する。 対策 1) ①基本情報用紙の直接入力欄以外への誤入力防止のためシート保護（パスワードなし）をかけた。 ②直接入力欄以外への入力時、エラーメッセージで知らせる。 対策 2) ①入力シートの発症日、急性期および回復期の入院日、退院日への不正な日付形式入力

		防止のため入力規制をかけた。 ②不正日付入力時、エラーメッセージで知らせる。 対策 3) ① 基本情報用紙の急性期および回復期の入院期間がマイナスとなった場合、「急性期（終了時）」、「回復期（終了時）」のタイトル欄が「入院期間、日付入力が不正。日付を確認！」のエラーメッセージとなる。
2017/07/01	Ver.10.0	<u>資料 2 能登脳卒中地域連携パス様式</u> 1. 「入力シート」の「薬物対照表」の変更 <削除> ▶ 抗血小板薬（内服）：ファンテゾール、ニチステート、パナビジン、ビーチロン ▶ 抗凝固薬（内服）：ワーリン、ワルファリンカリウム ▶ 抗血栓薬（点滴）：ガルトバン、アトロンボン、キサクロット ▶ 抗凝固薬（点滴）：ノボ・ヘパリン <追加> ▶ 抗血小板薬（内服）：タケルダ、クロピドグレル、コンプラビン ▶ 抗血栓薬（点滴）：キサンボン S ▶ 抗凝固薬（点滴）：ヘパリンカルシウム 2. 「入力シート」 要約用紙の薬物療法欄の「オグザレル Na」を「オザグレル Na」に修正。 3. 「栄養情報用紙」 「食欲」と「飲水時のとろみ」欄に「評価困難」という選択肢を追加。 食欲： あり・なし・評価困難、 飲水時のとろみ： 絶食・あり・なし・評価困難
2016/07/01	Ver9.0	○<u>VII 地域連携パスの運用</u> 2. 運用の流れ 4) 運用終了 ・項目 1 の地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）300 点を地域連携診療計画加算 300 点に記述変更。指導料を加算に記述変更。 ○<u>VIII 地域連携パスの記載方法</u> 1. 地域連携パスの構成と伝達 ・項目 6 の地域連携診療指導料を地域連携診療計画加算に記述変更。 2. 共通事項 ・項目 2 の地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）を地域連携診療計画加算 50 点に記述変更。 8. 地域連携診療計画書について ・項目 1 の急性期病院（指定管理病院）を急性期病院に記述変更。地域連携診療計画管

		理料 900 点を地域連携診療計画加算 300 点に記述変更。地域連携診療計画管理料を算定した患者を地域連携診療計画書が作成されている患者に記述変更。地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）600 点の算定を地域連携診療計画加算 300 点の算定に記述変更。地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）300 点を算定できるを地域連携診療計画加算 50 点を算定できるに記述変更。 ※「地域連携診療計画加算 300 点」を算定する場合は退院支援加算 1 または 3 の届け出が必要を追記。 <u>資料 2 能登脳卒中地域連携パス様式</u> ・栄養情報用紙の変更 「口腔ケア・摂食嚥下評価」の「飲水時のとろみ」の選択肢に「絶食」を追加
--	--	--

2015/07/01	Ver8.0	○<u>VII 地域連携パスの運用</u> 2. 運用の流れ 1) 運用開始とパス管理病院への登録 ・項目 1 の記述変更 2) 急性期から転院、あるいは自宅へ退院時 ・項目 1 の記述変更 ○<u>VIII 地域連携パスの記載方法</u> 2. 共通事項 ・項目 8 を削除 7. 栄養情報用紙の記載方法について ・項目 7 の＜生活期＞1～3 ヶ月を回復期終了時から 3 ヶ月後に記述変更 ・＜栄養評価＞の①を削除、②を①に変更 ・＜採血データ＞に②、③を追加 ・＜口腔ケア・摂食嚥下機能評価＞の記述変更と①の削除 ・生活期の①の記述変更 8. 地域連携診療計画書について ・項目 1. の記述変更 <u>資料 2 能登脳卒中地域連携パス様式</u> 1. 入力シート、要約用紙の変更 ・手術法、抗凝固薬の追加、薬剤名変更 2. 栄養情報用紙の変更 ・下記以外の職種が記入してもよいを追記 ・＜栄養評価＞標準体重を理想体重に変更 ・＜採血データ＞CRP、総リンパ球数、CONUT スコアを追加、e-GFR が自動計算による表記 ・＜口腔ケア・摂食嚥下機能評価＞の職種を全職種に変更 ・＜栄養摂取＞に食形態マップの分類と入院直後絶食期間（日）を追加 ・生活期（1～3 ヶ月）を（回復期終了時から 3 ヶ月）に変更 ・生活期の＜栄養評価＞、＜採血データ＞、＜栄養摂取＞（薬剤師 経静脈）欄の記載が不要
------------	--------	---

2014/07/01	Ver7.0	○Ⅷ 地域連携パスの記載方法 4.基本情報用紙の記載方法について ・ 管理病院への送付用ファイル作成日時欄を追加 ・ 元号表記から西暦表記に変更（発症日、急性期・回復期・生活期の入退院日、各記載日） ・ <時期>の維持期（1～3 ヶ月）を生活期（1～3 ヶ月）に変更 5.要約用紙の記載方法について ・ 元号表記から西暦表記に変更（手術日、医療処置と交換予定日、記載日） ・ <日常生活機能指標（看護必要度 B 項目）>の維持期を生活期に変更 ・ <病院前情報>の<KPSS>の選択肢に測定なしを追加 ・ <薬物療法>の抗血小板剤を抗血小板薬に、抗凝固剤を抗凝固薬に変更 6.リハビリ経過用紙の記載方法について ・ 元号表記から西暦表記に変更（リハ開始日、発症 1 週間以降の評価日、退院時、記載日） ・ <移動形態>の補装具欄の選択肢を杖と装具を分けて選択できるように変更 ・ 装具使用状況などの詳細情報記載欄を明記 ・ <HDS-R>の記載欄は、点数を記載する ・ <BRS>に左右記載欄を追加 7.栄養情報用紙の記載方法について ・ 元号表記から西暦表記に変更（入院時、急性期終了時、回復期終了時、生活期の日付、採血日） ・ 維持期（1～3 ヶ月）を生活期（1～3 ヶ月）に変更 ・ <検査データ>の入力桁数の一部変更 中性脂肪：小数点第 1→整数 クレアチニン：小数点第 1→小数点第 2 8.地域連携診療計画書について ○資料 2 能登脳卒中地域連携パス様式 ① 基本情報用紙の変更 ② 要約用紙の変更 ③ リハビリ経過用紙の変更 ④ 栄養情報用紙の変更 ※地域連携診療計画書の追加
------------	--------	--

2013/07/01	Ver6.0	○Ⅷ 地域連携パスの記載方法 4.基本情報用紙の記載方法について ・＜発症前＞の「主な利用サービス」を 通所・介護リハビリテーションを通所介護、通所リハビリテーションに、 及び入力欄を 4 つから 5 つに変更 5.要約用紙の記載方法について ・＜退院時mR S＞の未記入時の 0 チェックをはずす ・＜術式＞＜手術日＞＜手術名＞を ＜手術名＞＜術式＞＜手術日＞に変更 ・＜薬物療法＞の薬剤名（一般名：アピキサバン）の追加 ○資料 2 能登脳卒中地域連携パス様式 ①基本情報用紙の変更 ②要約用紙の変更
2012/07/01	Ver5.0	○Ⅷ 地域連携パスの記載方法 2.共通事項 ・急性期・回復期・維持期の期間判断基準項目の追加 ・入力シート項目の追加 3.入力シートの記載方法について ・項目追加（新規導入にて） 4.基本情報用紙の記載方法について ・v 4.0 の項目 1～3 を削除 ・＜発症前診療状況＞項目の記述の変更 5.要約用紙の記載方法について ・項目 1 の記述の変更 ・＜既往歴＞、＜食物禁忌＞、＜薬物禁忌アレルギー＞の記述の変更 ・＜経過と問題点＞項目の追加 6.リハビリ経過用紙の記載について ・＜リハビリ開始日＞項目の追加 ・リハビリ開始時を発症 1 週以降の評価時に変更 7.栄養情報用紙の記載について ・＜採血データー＞項目の追加 ・維持期項目の追加 ○資料 2 能登脳卒中地域連携パス様式 ①入力シートの新規導入 ②基本情報用紙の変更

		③要約用紙の変更 ④リハビリ経過用紙の変更 ⑤栄養情報用紙の変更
2011/07/01	Ver4.0	○Ⅲ 能登脳卒中地域連携協議会のポリシーと 2009 年度目標 削除 ○Ⅵ 事務局 管理局に変更 ○Ⅶ <u>地域連携パスの運用</u> 2.運用の流れ 1) の 2 項目目 パス登録方法の変更による追記 2) の 2 項目目 退院時の地域連携パスの送付方法の変更による追記 3) の 2 項目目 地域連携パスの追記 4) の 1 項目目 要約用紙、維持期該当欄を記入を追記 4) の 3.4 項目目 1 項目に記述変更 3.ID コードのつけ方 ・連番に関する追記 5.補足 1 項目目 情報伝達方法の変更による追記 ○Ⅷ <u>地域連携パスの記載方法</u> 2.共通事項 ・項目の追加 3.基本情報用紙の記載方法について ・＜脳卒中の既往＞を＜脳血管疾患の既往＞に変更 4.要約用紙の記載方法について ・＜病院前情報＞、＜危険因子＞、＜日常生活機能指標＞項目の記述変更 ・＜退院時mRS＞項目の追記 5.リハビリ経過用紙の記載について ・なおリハビリ開始時とは初回時評価とするなど追記 6.栄養情報用紙の記載方法について ・＜入院時＞の記述変更 ・＜回復期～維持期終了時＞を＜回復期終了時＞と＜維持期終了時＞に分けて記述 ・＜摂食嚥下機能評価＞を＜口腔ケア・摂食嚥下機能評価＞に変更

		・＜栄養投与＞を＜栄養摂取＞に変更 ・＜栄養摂取＞に胃ろうなどの追記 ○資料 1 能登脳卒中地域連携パス 運用フローチャートの記述変更 ○資料 2 能登脳卒中地域連携パス様式 ①基本情報用紙の変更 ②要約用紙の変更 ④栄養情報用紙の変更 ○資料 3 の③ 能登脳卒中地域連携パスの利用について 管理局の変更 ○資料 5 判定基準・分類集 mRS の追記 ○資料 7 エクセルファイル「脳卒中地域連携パス」使用上の留意点 用紙添付
2010/07/01	Ver3.0	○資料 2 能登脳卒中地域連携パス様式 ①基本情報用紙の変更 ②要約用紙の変更 ④栄養情報用紙の変更
2009/07/01	Ver2.1	○「6. 栄養情報用紙の記載方法について」 時期の区分変更による記述の変更等 ○資料 2 能登脳卒中地域連携パス様式 ②要約用紙の変更 ④栄養情報用紙の変更 ○資料 5 判定基準・分類集 KPSS、JCS の追記

目 次

I	背景
II	基本理念と目的
III	用語の定義、解説
1.	地域連携パス
2.	急性期、回復期、生活期
3.	急性期病院、回復期病院、生活期病院
IV	連携機関
V	登録開始病院
VI	管理局
VII	地域連携パスの運用
1.	患者登録基準
2.	運用の流れ
1)	運用開始とパス管理病院への登録
2)	急性期病院から転院、あるいは自宅へ退院時
3)	回復期病院から生活期施設へ転院、あるいは退院するとき
4)	運用終了
3.	IDコードのつけ方
4.	パス管理病院の役割
5.	補足
VIII	地域連携パスの記載方法
1.	地域連携パスの構成と伝達
2.	共通事項
3.	入力シートの記載方法について
4.	基本情報用紙の記載方法について
5.	要約用紙の記載方法について
6.	リハビリ経過用紙の記載方法について
7.	栄養情報用紙の記載方法について
8.	地域連携診療計画書について

【資料】	
資料 1	能登脳卒中地域連携パス
	① 運用フローチャート
	② 登録開始票
資料 2	能登脳卒中地域連携パス様式
	① 入力シート
	② 基本情報用紙
	③ 要約用紙
	④ リハビリ経過用紙
	⑤ 栄養情報用紙
	⑥ 地域連携診療計画書
資料 3	能登脳卒中地域連携パスに関する書類
	① 脳卒中パンフレット
	② オーバービュー
	③ 能登脳卒中地域連携パス説明書「能登脳卒中地域連携パスの利用について」
	④ 入院診療計画書・能登脳卒中地域連携パス同意書
	⑤ 能登脳卒中地域連携パス登録開始票
	⑥ 脳卒中地域連携パス関連書類送付票
資料 4	判定基準・分類集
	☆障害老人 日常生活自立度
	☆認知症老人 日常生活自立度
	☆K P S S
	☆J C S
	☆N I H S S 採点表：0～59 点
	☆W F N S S A H grade
	☆脳内出血の C T 分類
	☆m R S
	☆F I M
	☆日常生活機能指標（看護必要度 B 項目）
資料 5	能登脳卒中地域連携パス賛同機関
資料 6	エクセルファイル「脳卒中地域連携パス」使用上の留意事項

I：背景

地域完結型医療、地域連携、シームレス、チーム医療などのキーワードが医療福祉界で叫ばれているが、現実には様々な問題が行く手を阻んでいる。その一つに患者情報提供の問題がある。患者が急性期病院からリハビリ病院、施設、在宅などへ移行する際に紹介状が渡され情報提供がなされるが、その形態は診療情報提供書、看護経過サマリー、リハビリ経過サマリーなどである。これらは病院、医師によって記載項目やレイアウトが異なり、受け手は逐一これに対応する必要がある。また、多くの場合は医師⇒医師、看護師⇒看護師、リハビリ療法士⇒リハビリ療法士など同職種間の情報伝達に終わっている。さらに、これらの情報伝達は一方通行になりがちで、受け手から発信側へのフィードバックは少なく、ましてや継続的な情報のやり取りは稀である。一方、これらの地域連携のシステムや具体的な診療計画を患者・家族にわかりやすく説明し納得を得ているかという点についても十分とはいえないのが現状である。これらの問題点を改善する糸口として脳卒中地域連携クリティカルパス（以後、地域連携パス）の活用が提唱されている。

2006年の第5次改正医療法の施行を受けて厚生労働省は新医療計画、医療費適正化計画を策定し、2008年4月から実施してきた。それによれば、地域の中で適切な医療福祉サービスが切れ目なく提供されるように、主要な4疾病・5事業※に係る医療連携体制について、それぞれの地域の医療機能を患者や住民に対し分かりやすく明示し、具体的な数値目標を設定するとしている。そして、この目的を達成するための具体的なツールとして地域連携パスを活用することを推奨している。

※ 4疾病・5事業とは、がん対策、脳卒中对策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策、救急医療対策、災害医療対策、へき地医療対策、周産期医療対策、小児救急を含む小児医療対策をいう。

II：基本理念と目的

私たちが目指すべき目的の第一は、患者ならびに地域住民への貢献であり、第二に医療福祉従事者への貢献、最後に医療福祉の効率化ではないだろうか。たとえ効率化が進み医療費が適正化されたとしても、医療の質が低下し患者・住民が不安不満を抱き、医療従事者が疲弊してモチベーションを失うようでは主客転倒といえるであろう。同様に、地域住民か医療福祉従事者かの二者択一を迫られた場合には、優先されるべきは地域住民への貢献であり、私たち医療福祉従事者は多少の不満は受容しなければならないだろう。

このことを踏まえて、我々の基本理念と目的を下記のように定める。

基本理念

1. **地域住民への貢献**：医療福祉の質向上、全人的医療の実現、患者家族の不安不満解消など
 2. **医療福祉従事者への貢献**：地域ネットワーク・チーム医療の強化、診療・介護報酬メリットなど
 3. **医療福祉の効率化**：ムリ・ムダ・ムラを省く、平均在院日数短縮、医療費適正化など
- （優先順位順）

目 的

1. 各医療福祉機関の連携を密にした地域ネットワークを構築し、標準化され効率的で質の高い脳卒中の医療福祉を実現する。
2. データバンク構築：地域連携パスをデータベース化することにより、地域としての脳卒中統計データを集約・分析する。また、その結果を継続的にフィードバックすることによって、当地域の医療福祉の質向上に寄与する。更に、全国へ向けて情報発信することによって、脳卒中の医療福祉向上に貢献する。

III：用語の定義、解説

1. 地域連携パス：

広義：急性期から生活期までの診療計画の全体像（オーバービュー）をいう。これには患者個別に予想される治療期間、予想される予後、各期における担当医療介護福祉機関などが含まれる。

狭義：各連携機関の間でやり取りされる患者の個別医療情報を指し、本パスでは基本情報用紙、要約用紙、リハビリ経過用紙、栄養情報用紙、地域医療診療計画書をいう。特にことわらなければ、以下の地域連携パスとは狭義を指す。

2. 急性期、回復期、生活期：

- これらは患者の病期の分類であり、個々の患者によってその期間は様々である。
- 急性期とは、脳卒中発症後に患者の病態が安定するまでの期間をいう。
- 回復期とは、身体機能の回復が見込まれる期間をいい、ADL 回復の具体的目標のもとリハビリが行われる。
- なお、便宜上、急性期は、D P C 採用病院ではD P C 適用期間とする。D P C 非採用病院では急性期治療（点滴、手術等の処置）の期間とし病院あるいは主治医の判断に任せる。また、急性期治療機能病院（下記V：登録開始病院）では、生活期はあり得ない。たとえケア・ミックスで療養病棟が存在し、そこへ入棟していても回復期と判断する。
- 生活期とは、介護度の悪化を予防するリハビリ（ケア）が行われる期間をいい、在宅療養中、療養型病院入院中、各種施設入所中の期間とする。

3. 急性期病院、回復期病院、生活期機関：

- 各病期の患者を受け入れる医療機関には、急性期病院、回復期病院、生活期機関（療養型病院、施設等）があるが、一つの医療機関が複数の病期の患者を担当する場合も少なくない。たとえば、急性期から生活期までの診療機能を併せ持つ病院や、急性期と回復期あるいは回復期と生活期の診療機能を併せ持つ病院などである。
- 回復期病院とは、その一形態として回復期リハビリ病院・病棟があるが、それだけを意味するのではなく、回復期のリハビリ機能を持つ病院を包括的に表す。

IV：連携機関

脳卒中地域連携パスの基本理念と目的に賛同しパス運用に参加する、能登脳卒中地域連携協議会に参加しているすべての機関。（資料 6 参照）

- ex) 急性期病院、回復期病院、一般病院、療養型病院、診療所、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、在宅介護支援センター、福祉サービス事業所、保健福祉センターなど行政関係機関。
- 職種は、医師、看護師、リハビリ療法士、医療福祉相談員、薬剤師、栄養士、検査技師、保健師、ケアマネジャーなど。

V：登録開始病院

データベースへの登録開始が可能な急性期治療機能を持つ下記の 10 病院。

恵寿総合病院、公立穴水総合病院、公立宇出津総合病院、公立能登総合病院、公立羽咋病院、国民健康保険志雄病院、市立輪島病院、珠洲市総合病院、町立富来病院、独立行政法人国立病院機構七尾病院（※五十音順）

VI：管理局

事務担当： 恵寿総合病院 地域連携課 細谷

パス管理担当： 恵寿総合病院 けいじゅサービスセンター 寺尾

連絡先は巻末に記載

VII：地域連携パスの運用

1. 患者登録基準

脳卒中を発症し入院したすべての患者。ただし、検査入院患者、予防的手術患者は除外する。

2. 運用の流れ（資料 1 参照）

1) 運用開始とパス管理病院への登録

- 脳卒中患者が急性期病院に入院したら、入院後 7 日以内に患者個別の地域連携診療計画書の急性期（地域連携パス様式の同用紙、資料 2 ⑥）を作成し、患者又は家族に説明する。同時に、脳卒中パンフレット（資料 3 ①）、オーバービュー（資料 3 ②）、能登脳卒中地域連携パス説明書（資料 3 ③）を患者又は家族に示しながら地域連携パスが運用される有用性について説明し、その同意を得て同意書（資料 3 ④）を作成する。
- 各登録開始病院において、登録担当者を選任する。登録担当者は登録開始票（資料 3 ⑤）に ID コードで匿名化された登録情報を記載して、メールあるいは情報共有ソ

フト（Microsoft Office Groove）でパス管理病院へ登録する。ID コードは各登録開始病院の登録担当者が付与し管理する。パス管理病院がこれを受理し、その旨を返信した時点で運用開始となる。

※必要な登録情報：ID コード、年齢、性別、住所（郡市町名まで、旧七尾市町名を除く）、発症日、病名。

2) 急性期病院から転院、あるいは自宅へ退院時

- 連携機関へ退院・転院が決まった時点で、地域連携診療計画書の回復期・生活期（地域連携パス様式と同用紙、資料 2 ⑥）を示し、退院・転院後の診療計画について説明する。
- 退院時に地域連携パス（資料 2）を作成し、診療情報提供書ならびに脳卒中地域連携パス関連書類送付票（資料 3 ⑥）とともに引継ぎ先の連携機関（回復期病院、維持期施設、診療所、ケアマネなど）へ情報提供する。同時に、各病院の登録担当者が、ID コードで匿名化された地域連携パスを情報共有ソフト（Microsoft Office Groove）、あるいは CD-R でパス管理病院へ送付する。パス管理病院はこれをデータベースに入力する。

3) 回復期病院から生活期施設へ転院、あるいは退院するとき

- 上記 2) に準ずる。
- パス管理病院は地域連携パスの内容をデータベースに入力した後、紹介元の急性期病院へ送付する。

4) 運用終了

- 生活期施設は生活期 1 - 3 ヶ月時点で ID コードで匿名化された基本情報用紙と栄養情報用紙の生活期該当欄、および要約用紙の日常生活機能指標を記入し、パス管理病院へ送付する。なお、基本情報用紙の生活期記入の時期は 1~3 ヶ月、栄養情報用紙は 3 ヶ月となっているが、その理由は、地域連携診療計画加算 50 点を算定するためには、回復期病院退院後の翌月までに管理病院へ報告が必要なためである。従って、加算を算定する場合は、退院後の翌月までに基本情報用紙と要約用紙だけに記入して管理局へ送付する（栄養情報用紙への記入は不要）。算定しない場合は、3 ヶ月後に基本情報用紙、要約用紙、栄養情報用紙に記入して送付する。
- パス管理病院は受理した情報をデータベースに入力する。同時に紹介元の病院（回復期病院と急性期病院）へ転送し、運用を終了する。
- なお、経過中に、なんらかの理由で患者と接触不能となった場合、又は、患者が死亡した場合は、その時点までの脳卒中地域連携パスを作成し、要約用紙の経過欄にその旨を記載の上、パス管理病院へ送付し、パス管理病院が受理した時点で運用を終了する。

3. ID コードのつけ方

8 桁のアラビア数字からなり、最初の 2 桁が病院コード、次の 2 桁が登録年、最後の 4 桁が各病院での当該年の連番となる。なお、2009 年は 7 月 1 日～12 月 31 日の間の連番とする。

- 病院コード：

00 恵寿総合病院、01 能登総合病院、02 珠洲総合病院、03 市立輪島病院、
04 公立羽咋病院、05 町立富来病院、06 公立宇出津総合病院、07 公立穴水総合
病院、08 志雄病院、09 七尾病院

- 登録年コード

09：2009 年、10：2010 年、11：2011 年、----- 99：2099 年

4. パス管理病院の役割

- 各連携機関をつなぎ、情報伝達のハブ的役割を担う。登録された地域連携パスについて、不備の修正、送付の催促などを行い、円滑に情報伝達ならびにデータバンク運用が行なわれるように調整する。
- 情報をデータバンクに登録し当地域の脳卒中統計データとして集約・分析し、協議会会員に公表する。

5. 補足

- パス管理病院と急性期・回復期病院間の情報伝達は、情報共有ソフト（Microsoft Office Groove）あるいは CD-R をもってする。パス管理病院と生活期連携機関の情報伝達は、CD-R もしくは紙媒体をもってする。
- 各連携機関ならびにパス管理病院は、地域連携パスの取り扱いと保管・管理について、個人情報保護法を遵守する。
- 主治医は地域連携パスとは別に既存の診療情報提供書を作成する。内容については各自の裁量にまかせられる。また、地域連携パスのみで診療情報提供書を省略しても良い。
- 地域連携パス以外の看護要約、リハビリ要約などは原則使用しない。ただし、パスに記載しきれない内容は、必要な情報を別紙として添付してもよい。

VIII：地域連携パスの記載方法

1. 地域連携パスの構成と伝達

- 基本情報用紙
- 要約用紙
- リハビリ経過用紙
- 栄養情報用紙

上記 4 枚で構成され、急性期、回復期、生活期の連携機関およびパス管理病院の間で伝達される。なお、パス管理病院への情報提供は各用紙が ID コードで匿名化されて提供される。

- 基本情報用紙と栄養情報用紙は上書きされ伝達される。要約用紙およびリハビリ経過用紙は各連携機関で記載された用紙が追加されて伝達される。
- 地域連携診療計画書は、地域連携診療計画加算を算定する際に記載する。詳細は後述の VIII 8.「地域連携診療計画書について」を参照。

2. 共通事項

- 急性期・回復期・生活期の期間判断基準：

便宜上、急性期は、D P C 採用病院では D P C 適用期間とする。D P C 非採用病院では急性期治療（点滴、手術等の処置）の期間とし病院あるいは主治医の判断に任せる。また、急性期治療機能病院（上記 V：登録開始病院）では、生活期はあり得ない。たとえケア・ミックスで療養病棟が存在し、そこへ入棟していても回復期と判断する。
- 記載時期は、急性期・回復期では連携医療機関での退院時とし、生活期では原則退院後 3 ヶ月とする。ただし、生活期の診療所又は許可病床数 200 床未満の病院において、地域連携診療計画加算（50 点）を算定する場合は、算定基準に従い退院後 1 ヶ月とする。
- 基本情報用紙および要約用紙の一部の項目は入力シートからのみ入力が可能で、基本情報用紙および要約用紙からの入力出来ない。
- 複数選択項目では、該当項目をチェックする。（□にレ印）
- 択一選択項目はプルダウンリストから該当するものを選ぶ。
- コメントマーク（セルの右上隅）にカーソルを合わせると、各セルの解説が表示される。
- 以下の各用紙の説明には便宜上主たる記載者として職種を指定したが、それぞれの機関の実情に合わせて担当者を選任してもよい。
- 年の記載は西暦で記載する。なお、一部の項目では、入力を H21/5/20 または 2009/5/20 のようにすれば、自動的に西暦に変換されて記載される。
- 本表をエクセルで使用する時の注意事項：

□内にチェックを入れる事が出来る『チェックボックス』を用いている。そのチェックボックスが入っているセルをクリックするだけで、チェックのON/OFFが起きるので注意すること。

- なお、エクセルファイル脳卒中地域連携パス使用上の留意点は資料7を参照のこと。

3. 入力シートの記載方法について

- 基本情報用紙および要約用紙の一部の項目は入力シートからのみ入力が可能で、基本情報用紙および要約用紙からの入力出来ない。
- 入力シートの最終確認は医師が行うが、入力者は各病院での取り決めに一任する。
- <診療科>、<脳卒中の既往>、<脳卒中既往病名>：プルダウンリストから選択して記載する。
- <主治医>、<発症日>：直接記載する。
- <主病名>：プルダウンリストから選択して記載する。

①ラクナ梗塞・ラクナ梗塞（BAD）、心原性脳塞栓症、その他の脳梗塞・一過性脳虚血発作をプルダウンリストから選択した場合

→主病名補足の項目のみ記載

②高血圧性脳内出血をプルダウンリストから選択した場合

→高血圧性脳内出血の詳細をプルダウンリストから選択

→脳室穿破「なし」「あり」をプルダウンリストから選択

→主病名補足の項目記載

③その他の脳内出血の詳細をプルダウンリストから選択した場合

→その他の脳内出血の詳細をプルダウンリストから選択

→脳室穿破「なし」「あり」をプルダウンリストから選択

→主病名補足の項目記載

④くも膜下出血をプルダウンリストから選択した場合

→動脈瘤の部位をフリー記載

→脳室穿破「なし」「あり」をプルダウンリストから選択

→主病名補足の項目記載

⑤ 主病名の laterality は左・右・両側のプルダウンリストから選択

- <主病名補足>、<既往歴>、<術式と手術日>：直接記載する。
- <入院時評価>：プルダウンリストから選択して記載する。

※ NIHSS、WFNS SAHgrade、被殻出血 CT 分類、視床出血 CT 分類は、右横をクリックして表示される説明を参考に記載する。

- <危険因子>、<手術>、<薬物療法>、<入院中合併症>、<退院時加療中疾患>：該当ボックスをチェックする。

※ ＜薬物療法＞は右横の薬物対照表をクリックして表示される一般名・商品名対照表を参考にして記載する。

- ＜退院時mRS＞：該当ボックスをチェックする。

※右横のmRS 説明を参考に記載する。

4. 基本情報用紙の記載方法について

- 基本情報用紙は患者の経過が一覧でわかるようにしたものである。
- 急性期・回復期・生活期の期間判断基準：

便宜上、急性期は、D P C採用病院ではD P C適用期間とする。D P C非採用病院では急性期治療（点滴、手術等の処置）の期間とし病院あるいは主治医の判断に任せる。また、急性期治療機能病院（上記V：登録開始病院）では、生活期はあり得ない。たとえケア・ミックスで療養病棟が存在し、そこへ入棟していても回復期と判断する。
- 基本情報用紙の一部の項目は入力シートからのみ入力が可能で、基本情報用紙からの入力は出来ない。
- 管理病院送付用ファイル作成ボタンをクリックするとセルA1に入力されたフォルダーに個人情報削除したファイルが作成され、その作成日・時間が自動的に記入される。これを利用することによって、本ファイルの管理病院送付用ファイルが作成済みかどうかを確認できる。
- ＜発症日＞、＜脳卒中の既往＞、＜脳卒中既往病名＞、＜主病名＞、＜出血部位＞、＜脳室穿破＞、＜主病名補足＞、＜退院時加療中疾患＞：入力シートの記載が反映される。

※基本情報用紙からの直接記載や変更はできない。
- ＜発症前の生活の場、主な利用サービス＞：プルダウンリストから選択して記載、＜発症前の紹介医・主治医、主たる通院医療機関、かかりつけ医師名＞：直接記載する。
- ＜急性期あるいは回復期の退院先＞：退院先を択一選択し具体的施設名を記載、また、住宅改修と福祉用具の必要性、住宅改修の状況を記載する。
- ＜生活期の在宅サービス＞：受けているサービスの種類（複数選択可能）、頻度、事業所名を記載する。
- ＜発症前のリハビリテーション＞：リハビリの有無とその施設を記載する。

＜急性期あるいは回復期のリハビリテーション＞：退院前のリハビリの有無と退院後のリハビリの必要性を、必要ならばその内容（回復期リハか、生活期リハか）を記載する。
- ＜発症前の職業＞：その有無を記載する。

＜急性期あるいは回復期の職業＞：復職見込の有無を記載する。

＜生活期の職業＞：復職、転職、無職の別を記載する。

- ＜ADL＞：食事、排泄、移動の状態と利き手を記載する。また、生活期では、ADLの変化とその具体的内容を記載する。
- ＜その他特記事項＞：退院後の通院先がわかっている場合は病院名を記載する。

5. 要約用紙の記載方法について

- 記載担当者については、各病院での取り決めに一任する。
- 要約用紙の一部の項目は入力シートからのみ入力が可能で、要約用紙からの入力は出来ない。
- ＜危険因子＞、＜入院時評価＞、＜術式と手術日＞、＜手術＞、＜薬物療法＞、＜入院中合併症＞、＜退院時加療中疾患＞、＜退院時mRS＞：入力シートより反映される。

※要約用紙からの直接記載や変更はできない。

- ＜救急外来到着時間＞、＜病棟入棟時間＞：時間記載をすると、＜所要時間＞は自動的に表示される。
- ＜既往歴＞、＜食物禁忌＞、＜薬物禁忌アレルギー＞：「特記すべき事なし」がデフォルトで記入されている。必要時は直接記載する。
- ＜病院前情報＞：救急隊から提供された傷病者搬送連絡表から＜発症時間の認知＞＜搬送手段＞、＜発症から病院到着までの時間＞、＜KPSS（Kurashiki Prehospital Stroke Scale）＞を転記する。
- ＜経過と問題点＞：専門用語は極力避け、生活期にわかりやすいように800字程度に要約して記載する。
- ＜しているADL＞：具体的状況・引継ぎ事項などを記載する。
- ＜日常生活機能指標（看護必要度B項目）＞：急性期・回復期退院時の状況に該当するボックスをチェックする。生活期では、退院時と比べて変化のあった項目のみをチェックする。
- ＜服薬情報＞：空欄に直接記載する。あるいは、『別紙参照』をチェックして服薬内容を記した別紙を添付する。
- ＜説明内容と受け入れ・特記事項＞：退院時指導の内容、予後の説明や受容状況などを記載する。
- ＜家族状況と問題点＞：看護師とMSWが協力して家族構成、同居家族、家族の就業状況、経済状況などを記載する。

6. リハビリ経過用紙の記載方法について

- 急性期病院と回復期病院のリハビリ療法士が記載する。生活期施設、かかりつけ医での記載は原則求めない。ただし、生活期施設、通所リハビリ、訪問リハビリなどでリハビリ療法士が係わる場合は記載する。

- リハビリ開始日を記載する。
- 発症 1 週以降の評価時と退院時の日付を記載し、それぞれの時期の＜生活行動範囲、基本動作等＞＜FIM＞の状況を記載する。
- ＜FIM＞のコメント欄に、ADL 状況や介助の状況を記載する。
- ＜今後の生活目標＞：本人の心身機能、役割、活動等についての目標やコメントを記載する。生活目標は本人との同意に基づくことが望ましい。
- ＜経過・要約・今後のリハ目的とプログラム＞：次の病院・施設等へ引き継ぐ時にリハビリ遂行上問題となる疾患、精神状態、注意点、生活期で推奨される具体的リハビリプログラム等を記載する。

7. 栄養情報用紙の記載方法について

- 栄養情報用紙記載の目的は、脳卒中の治療を終えた患者がたとえ身体に障害を残して退院することになっても、正しい栄養管理が生活期に継続されることにある。
- 急性期・回復期・生活期の期間判断基準：
便宜上、急性期は、D P C 採用病院では D P C 適用期間とする。D P C 非採用病院では急性期治療（点滴、手術等の処置）の期間とし病院あるいは主治医の判断に任せる。また、急性期治療機能病院（上記 V：登録開始病院）では、生活期はあり得ない。たとえケア・ミックスで療養病棟が存在し、そこへ入棟していても回復期と判断する
- 全ての登録患者に対して、栄養情報に関わる多職種が連携を取りながら記載する。
- ＜入院時＞ 急性期病院入院時の栄養情報を記載する。
- ＜急性期終了時＞ 急性期の治療が終わった時点での栄養情報を記載する。
- ＜回復期終了時＞ 自宅または施設へ退院する直前の栄養情報を記載する。
- ＜生活期＞ 回復期終了時から 3 ヶ月後の栄養情報を記載する。
- 各項目ごとに記載者の名前を記入する。
- 各々の記載項目は、以下のように多職種が分担して記載し情報を共有する。

＜栄養評価＞

主に看護師が記載するが、次については、（管理）栄養士が記載する。

- ① 「必要エネルギー」、「必要水分量」は（管理）栄養士が記載する。その際に計算されたエネルギー値は、現体重から算出されたものか理想体重からの算出かをプルダウンから選択する。

＜採血データ＞

主に臨床検査技師が記載する。

- ① HbA1c 値は、国際標準値（NGSP）を記載する。
- ② CRP、総リンパ球数、CONUT スコア（計算によって表記）を追加した。
CONUT（Controlling Nutritional Status）値とは、栄養評価法のひとつで、

一般的に測定されている検査項目の、血清アルブミン値（ALB）、総リンパ球数（TLC）、総コレステロール値（T-Cho）をスコア化し、3つのスコアを足して求めた CONUT 値を栄養評価の指標として用いる。蛋白代謝、免疫能、脂質代謝という3つの指標を反映しており、栄養レベルは正常、軽度異常、中等度異常、高度異常の4段階で評価される。

ALB(mg/dL) スコア①	≥3.50 0	3.00～3.49 2	2.50～2.99 4	<2.50 6
TLC(/μL) スコア②	≥1600 0	1200～1599 1	800～1199 2	<800 3
T-cho(mg/dL) スコア③	≥180 0	140～179 1	100～139 2	<100 3
栄養レベル CONUT値(①+②+③)	正常 0～1	軽度異常 2～4	中等度異常 5～8	高度異常 9～12

- ③ e-GFR はこれまで手計算であったが、自動計算によって表記されるようにした。
 男性 = $194 \times \text{Cr} - 1.094 \times \text{年齢} - 0.287$
 女性 = $194 \times \text{Cr} - 1.094 \times \text{年齢} - 0.287 \times 0.739$

<口腔ケア・摂食嚥下機能評価>

主に言語聴覚士、歯科医等が記載する。言語聴覚士や歯科医等が勤務していない機関では看護師、介護士などが記載する。

<栄養摂取>

栄養摂取方法は、「経口」か「経管」か「経静脈」か、を選択する。（併用も可）

「経口」情報は、主に（管理）栄養士が記載する。

「経管」情報は、主に看護師、または（管理）栄養士が記載する。

① 胃瘻の場合、サイズ（F r）を記入する。

② ボタンタイプの場合、シャフト長も記入する。

「経静脈」情報は、主に薬剤師が記載する。

生 活 期

①関わる職種が限られるため、<栄養評価>、<採血データ>、<栄養摂取>（薬剤師 経静脈）欄の記載は不要とする。

②栄養摂取の（経口）欄は、回復期終了時から変化があったかどうかを記載する。

8. 地域連携診療計画書について

- 地域連携診療計画書は診療報酬上の規定に基づく書類で、急性期病院では、入院1週間以内に患者・家族に今後の診療計画を説明し同意を得ることで、転院または退院時

に地域連携診療計画加算 300 点の算定が可能になる。

また、回復期病院（連携先病院）では、地域連携診療計画書が作成されている患者に、退院調整時に診療計画書を説明し同意を得ることで、地域連携診療計画加算 300 点の算定が可能になる。同様に、回復期病院退院後の外来診療を担う医療機関は、地域連携診療計画加算 50 点を算定できる。

※「地域連携診療計画加算 300 点」を算定する場合は退院支援加算 1 または 3 の届け出が必要。

能登脳卒中地域連携協議会管理局

〒926-8605

石川県七尾市富岡町 94 番地

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院

事務担当：地域連携課 細谷 幸治

パス管理担当：けいじゅサービスセンター寺尾 美樹

tel 0767-52-3211 fax 0767-52-3218

tel 0767-52-2300 fax 0767-52-1270

e-mail nntk@keiju.co.jp

e-mail call@keiju.co.jp

能登脳卒中地域連携パス(v.14.0) 運用フローチャー

1

急性期

●運用開始とパス管理病院への登録

【入院7日以内】

- (1)急性期診療計画書を作成し、脳卒中パンフレット、オーバービューとともに患者又は家族に提示し、説明。
- (2)同時に、脳卒中地域連携パス説明書を用いて、パス運用についても説明し、同意を得て、同意書を作成。
- (3)IDコードで匿名化された情報による登録開始票を作成し、パス管理病院へメールまたは情報共有ソフトで登録する。

* 必要な登録情報: IDコード、年齢、性別、住所(市町名まで)、発症日、病名

●転院、退院時

- (1)退院・転院時診療計画説明書を患者又は家族に提示し、退院・転院後の診療計画について説明。
- (2)下記の書類を準備し、連携機関へ情報提供する。

【脳卒中地域連携パス4枚セット①～④】

- ①基本情報用紙
- ②要約用紙
- ③リハビリ経過用紙
- ④栄養情報用紙

【その他⑥～⑨】

- ⑥能登脳卒中地域連携パス同意書(複写)
- ⑦診療情報提供書(省略可)
- ⑧脳卒中地域連携パス関連書類送付票
- ⑨地域連携診療計画書

- (3)同時に、IDコードで匿名化された脳卒中地域連携パス4枚セット(複写)をCD-Rまたは情報共有ソフトでパス管理病院へ送付する。

2

回復期

●転院、退院時

急性期と同様の対応とする。

自宅退院の場合

急性期の(2)に示す書類について、かかりつけ医及びケアマネージャーへそれぞれ情報提供する。

施設退院の場合

急性期の(2)に示す書類について、生活期施設へ情報提供する。

3

生活期

●生活期 1～3ヶ月经過後

脳卒中地域連携パスを作成し、パス管理病院へ送付する。

ただし、経過中に、なんらかの理由で患者と接触不能となった場合、又は、患者が死亡した場合は、その時点までの脳卒中地域連携パスを作成し、要約用紙の経過欄にその旨を記載の上、パス管理病院へ送付し、パス管理病院が受理した時点で運用を終了する。

●脳卒中地域連携パスの記載者について

- ①基本情報用紙 : 主にケアマネージャー
- ②要約用紙 : 主にケアマネージャー(日常生活機能指標で退院時と比べて変化のあった項目を記載する。)

【共通事項】

- ・各用紙の記載にあたっては、便宜上主たる記載者を指定しているが、それぞれの連携機関の実情により担当者を選定してもよい。また、関わっている職種はパス作成に協力するものとし最終的に主治医が確認する。
- ・経過中に、なんらかの理由で患者と接触不能となった場合、又は、患者が死亡した場合は、その時点までの脳卒中地域連携パスを作成し、②要約用紙の経過欄にその旨を記載の上、パス管理病院へ送付し、パス管理病院が

パス管理病院は、回復期及び生活期から報告があった脳卒中地域連携パス(複写)を、紹介元の急性期及び回復期の病院へフィードバックする。

資料 1 の②

2017年度改訂 能登脳卒中地域連携パスの手引き Ver10.0

登録開始票（ 年 月 日報告分）

医療機関名（ ） 担当者名（ ） 連絡先（TEL FAX ）

ＩＤコード	性別	年齢	住所		発症日		病名
	男・女		能登中部	七尾市（旧七尾市 ・ 旧田鶴浜町 ・ 旧中島町 ・ 旧能登島町） 羽咋市 ・ 志賀町 ・ 宝達志水町 ・ 中能登町			
			能登北部	輪島市 ・ 珠洲市 ・ 穴水町 ・ 能登町			
	男・女		能登中部	七尾市（旧七尾市 ・ 旧田鶴浜町 ・ 旧中島町 ・ 旧能登島町） 羽咋市 ・ 志賀町 ・ 宝達志水町 ・ 中能登町			
			能登北部	輪島市 ・ 珠洲市 ・ 穴水町 ・ 能登町			
	男・女		能登中部	七尾市（旧七尾市 ・ 旧田鶴浜町 ・ 旧中島町 ・ 旧能登島町） 羽咋市 ・ 志賀町 ・ 宝達志水町 ・ 中能登町			
			能登北部	輪島市 ・ 珠洲市 ・ 穴水町 ・ 能登町			
	男・女		能登中部	七尾市（旧七尾市 ・ 旧田鶴浜町 ・ 旧中島町 ・ 旧能登島町） 羽咋市 ・ 志賀町 ・ 宝達志水町 ・ 中能登町			
			能登北部	輪島市 ・ 珠洲市 ・ 穴水町 ・ 能登町			
	男・女		能登中部	七尾市（旧七尾市 ・ 旧田鶴浜町 ・ 旧中島町 ・ 旧能登島町） 羽咋市 ・ 志賀町 ・ 宝達志水町 ・ 中能登町			
			能登北部	輪島市 ・ 珠洲市 ・ 穴水町 ・ 能登町			

各連携機関をつなぎ、情報伝達のハブ的役割を担う。

入カシート

氏名: 0 性別: 0 年齢: 歳

職種別役割分担の一例を色分けして示します。
各病院の事情に合わせ変更して使用して下さい

診療科:	
主治医:	
発症日:	
脳卒中の既往:	
脳卒中既往病名:	
主病名:	
主幹動脈閉塞・狭窄の詳細	
高血圧性脳内出血の詳細	
その他の脳内出血の詳細	
動脈瘤の部位	
脳室穿破:	
主病名補足:	
既往歴:	特記すべき事なし

左右:

医師
看護師
薬剤師
リハ

危険因子:	☐ 該当なし ☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 不整脈・弁膜症 ☐ 心筋梗塞・狭心症 ☐ 喫煙 ☐ 飲酒(1日2合以上) ☐ 肥満(BMI 25以上)
-------	---

入院時評価	JCS:	
	NIHSS:	
	WFNS SAH grade	
	被殻出血CT分類	
	視床出血CT分類	

手術	手術:	☐ なし ☐ クリッピング術 ☐ コイルング術 ☐ EC-ICバイパス術 ☐ 頸動脈内膜剥離術 ☐ 血栓回収術 ☐ 頸動脈ステント留置術 ☐ 脳内血腫除去術 ☐ 脳動静脈奇形摘出術 ☐ 水頭症手術 ☐ その他		
	術式①:		日付:	
	術式②:		日付:	
	術式③:		日付:	

※ 2012/7/1のように入力してください。

薬物療法	点滴	☐ 該当なし ☐ アルガトロバン ☐ オザグレルNa ☐ エダラボン ☐ ヘパリン ☐ t-PA
	抗血小板薬	☐ なし ☐ アスピリン ☐ クロピドグレル ☐ チクロピジン ☐ シロスタゾール
	抗凝固薬	☐ なし ☐ ワルファリン ☐ ダビガトラン ☐ リバーロキサバン ☐ アピキサバン ☐ エドキサバン

入院中合併症:	☐ なし ☐ 肺炎 ☐ 尿路感染症 ☐ 肝機能障害 ☐ 腎機能障害 ☐ 胃十二指腸潰瘍 ☐ 深部静脈血栓症 ☐ 褥創 ☐ その他
---------	--

退院時加療中疾患:	☐ なし ☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 不整脈・弁膜症 ☐ 虚血性心疾患 ☐ 褥創 ☐ 肺炎 ☐ 尿路感染症 ☐ その他
-----------	---

退院時mRS:	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
---------	---

基本情報用紙

能登脳卒中地域連携パス ver.14

登録開始情報

コード	氏名	性別	生年月日	年齢	歳
住所				電話	
発症日	脳卒中の既往 ()				
主病名	出血部位		脳室穿破		
	その他の詳細		主病名補足		
家族状況	介護者	本人との関係	健康状態	退院時 加療中 疾患	☐ 該当なし ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 不整脈・弁膜症 ☐ 虚血性心疾患 ☐ 褥瘡 ☐ 肺炎 ☐ 尿路感染症
	介護力	条件			
	キーパーソン(実名)	本人との関係	電話		
時期	発症前	急性期(終了時)	回復期(終了時)	生活期(1~3ヶ月)	
入院期間	生活の場:	~	~	~	
病院施設名	生活の場の詳細(具体的施設名)				
紹介医 主治医	(科) 主治医 ()	(科) 主治医 ()	主治医		
	主たる通院医療機関:				
	かかりつけ医師名:				
	主な利用サービス:				
	(1)				
	(2)				
	(3)	退院先:	退院先:	在宅サービス	
	(4)	具体的施設名: ()	具体的施設名: ()	事業所	
	(5)			☐ 訪問介護 日 回 週 回 月 回 ☐ 訪問看護 週 回 月 回 ☐ 訪問リハ 週 回 月 回 ☐ 訪問入浴 週 回 月 回 ☐ 通所介護 週 回 月 回 ☐ 通所リハ 週 回 月 回 ☐ 短期入所生活介護 週 回 月 回 ☐ 短期入所療養介護 週 回 月 回 ☐ 小規模多機能 ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具	
	在宅サービス	手すり	寝具	トイレ	その他 ()
	住宅改修の必要性 ()	住宅改修の必要性 ()	住宅改修	福祉用具の必要性 ()	福祉用具の必要性 ()
リハビリテーション				☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具	
職業		復職見込み	復職見込み	復職・転職・無職	
身体障害者	(種 級)	(種 級)	(種 級)	(種 級)	
介護保険	介護度	介護度	介護度	介護度	
	居宅事業所 ()	居宅事業所 ()	居宅事業所 ()	居宅事業所 ()	
	ケアマネジャー ()	ケアマネジャー ()	ケアマネジャー ()	ケアマネジャー ()	
日常生活自立度	障害老人	障害老人	障害老人	障害老人	
	認知症老人	認知症老人	認知症老人	認知症老人	
ADL	食事 排泄 移動	食事 排泄 移動	食事 排泄 移動	食事 排泄 移動	
	利き手			変化内容 ()	
その他特記事項					
記載日					
記載者					

職種別役割分担の一例を色分けして示します。

各病院の事情に合わせ変更して使用して下さい。

要約用紙

能登脳卒中地域連携パス ver.14

救急隊からの病院前情報のうち該当項目を傷病者搬送連絡表から転記する。ウォークインの場合はKPSS以外を聴取して記載する。

主に看護師が記入し、主治医が確認する
服薬情報は主に薬剤師が記入する

主に主治医が記入

氏名	性別	生年月日	年齢	歳	診療科	主治医	
主病名	救急外来到着時間		時刻	病棟入室時間	時刻	時所要	
既往歴	特記すべき事なし		☐ 該当なし ☐ HCV ☐ HBs ☐ MRSA		食物禁忌	薬剤禁忌 アレルギー	
危険因子	☐ 該当なし ☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 不整脈・弁膜症 ☐ 心筋梗塞・狭心症 ☐ 喫煙 ☐ 飲酒(1日2合以上) ☐ 肥満(BMI 25以上)		病院前情報	発症時間の認知	搬送手段	発症から病院到着までの時間 日 時 分 KPSS ()	
経過と問題点 現病歴・主訴も記載ください。 セル内の改行はALT+ENTERで行ってください。 文字の大きさの変更は可能です。右クリックしてセルの書式設定で変更出来ます。			入院時評価	JCS	NIHSS	WFNS SAH grade	
			手術	☐ クリッピング術 ☐ コイルリング術 ☐ EC-ICバイパス術 ☐ なし ☐ 頸動脈内膜剥離術 ☐ 頸動脈ステント留置術 ☐ 脳内血腫除去術 ☐ 脳動静脈奇形摘出術 ☐ 水頭症手術 ☐ 血栓回収術 ☐ その他			
			術式	①	②	③	
			手術日				
			薬物療法	点滴 ☐ 該当なし ☐ アルブミン ☐ オキサゲルNa ☐ エダラボン ☐ t-PA ☐ ヘパリン 抗血小板薬 ☐ なし ☐ アスピリン ☐ クロピドグレル ☐ チクロピジン ☐ シロスタゾール 抗凝固薬 ☐ なし ☐ ワルファリン ☐ ダビカトラン ☐ リバーロキサパン ☐ アピキサパン ☐ エドキサパン			
			入院中合併症	☐ なし ☐ 肺炎 ☐ 尿路感染症 ☐ 肝機能障害 ☐ 腎機能障害 ☐ 胃十二指腸潰瘍 ☐ 深部静脈血栓症 ☐ 褥創 ☐ その他			
			退院時加療中疾患	☐ なし ☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 不整脈・弁膜症 ☐ 虚血性心疾患 ☐ 褥瘡 ☐ 肺炎 ☐ 尿路感染症 ☐ その他			
			mRS	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6			
			しているADL				
			移動				
移乗							
食事							
排尿							
排便							
入浴							
言語障害							
行動障害							
医療処置と交換予定	☐ 尿道留置カテーテル ☐ 経管栄養		☐ 気管カニューレ ☐ 点滴ルート		☐ その他 ()		
サイズ / 備考							
日常生活機能指標(看護必要度B項目)						服薬情報 ☐ 以下の内容 ☐ 別紙参照	
急性期・回復期退院時			生活期			文字の大きさの変更は可能です。右クリックしてセルの書式設定で変更出来ます。	
計 0点			計 0点				
患者の状況	0点	1点	2点	0点	1点		2点
床上安静の指示	☐ なし	☐ あり		☐ なし	☐ あり		
手を胸元まで挙上	☐ できる	☐ できない		☐ 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	☐ 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		☐ できる	☐ できない		
坐位	☐ できる	☐ 支えがあればできる	☐ できない	☐ 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	☐ 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)	☐ 自力歩行	☐ 補助を要する移動		☐ 自力歩行	☐ 補助を要する移動		
口腔清潔	☐ できる	☐ できない		☐ できる	☐ できない		
食事摂取	☐ 介助なし	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 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	☐ 介助なし	☐ 一部介助	☐ 全介助	
他者への意思伝達	☐ できる	☐ できる時とできない時がある	☐ できない	☐ できる	☐ できる時とできない時がある	☐ できない	
診療・療養上の指示が通じる	☐ はい	☐ いいえ		☐ はい	☐ いいえ		
危険行動への対応	☐ ない	☐ ある		☐ ない	☐ ある		
説明内容と受け入れ・特記事項			家族状況と問題点				
文字の大きさの変更は可能です。右クリックしてセルの書式設定で変更出来ます。			文字の大きさの変更は可能です。右クリックしてセルの書式設定で変更出来ます。				
記載者名	医師 ()	看護師 ()	薬剤師 ()				
施設名	電話		記載日				

リハビリ経過用紙

能登脳卒中地域連携協議会 Ver.14

氏名:										発症日:										主病名:																																							
リハ開始日 (																				) 退院先:																																							
発症1週以降の評価時 (																				退院時 (																																							
1週以降の評価時										退院時										1週以降の評価時										退院時																													
生活行動範囲																				失語症																																							
基本動作	寝返り																			構音障害																																							
	起き上がり																			失行・失認																																							
	座位保持																			注意・記憶障害																																							
	立ち上がり																			嚥下障害																																							
	立位保持																			感覚障害																																							
移動形態	歩 自立度																			協調運動障害																																							
	行 補助具																			呼吸障害																																							
	車椅子																			排泄障害																																							
	駆動																			関節障害																																							
	移乗																			HDS-R																																							
運動麻痺																				要介護度																																							
麻痺側										右										装具使用状況などの詳細情報をご記入ください。																																							
BRS:	右	上肢	手指	下肢	上肢	手指	下肢																																																				
	左	上肢	手指	下肢	上肢	手指	下肢																																																				
FIM										1週以降の評価時										退院時										コメント																													
セルフケア	食事																																																										
	整容																																																										
	清拭																																																										
	更衣:上半身																																																										
	更衣:下半身																																																										
	トイレ動作																																																										
排泄	排尿																																																										
	排便																																																										
移乗	ベッド、椅子、車椅子																																																										
	トイレ																																																										
	洋式浴槽、シャワー																																																										
移動	歩行・車椅子																																																										
	階段																																																										
シニコ ンミュ	理解																																																										
	表出																																																										
社会的 認知	社会的交流																																																										
	問題解決																																																										
	記憶																																																										
合 計										0/126										0/126																																							
点数区分: 7. 完全自立 6. 修正自立 5. 要監視 4. 最小介助 3. 中等度介助 2. 最大介助 1. 全介助																																																											
今後の生活目標																																																											
経過・要約・今後のリハ目的とプログラム																																																											
施設名																																																											
記入者名										リハ医:										PT:										OT:										ST:										記載日									

栄養情報用紙

能登脳卒中地域連携協議会 Ver. 14

患者氏名

様

		入院時				急性期終了時				回復期終了時				生活期 (回復期終了時から3ヶ月後)								
下記以外の職種が記入してもよい																						
栄養評価	看護師	身長/体重	cm		kg		cm		kg		cm		kg		cm		kg					
		BMI/理想体重	BMI	理想体重		kg	BMI	理想体重		kg	BMI	理想体重		kg	記入必要なし							
		下腿周囲長	左	cm	右	cm	左	cm	右	cm	左	cm	右	cm								
		褥瘡																				
		部位																				
		浮腫																				
		部位																				
		記載者																				
	栄養士	現体重/理想体重																				
		必要エネルギー量	kcal																			
必要水分量		ml																				
記載者																						
採血データ	検査技師	採血日																				
		検査データ	TP		Alb		TP		Alb		TP		Alb		記入必要なし							
			Hb		CRP		Hb		CRP		Hb		CRP									
			eGFR	FALSE	HbA1c (NGSP)		eGFR	FALSE	HbA1c (NGSP)		eGFR	FALSE	HbA1c (NGSP)									
			BUN		Cr		BUN		Cr		BUN		Cr									
			T-CHO		LDL		T-CHO		LDL		T-CHO		LDL									
			HDL		中性脂肪		HDL		中性脂肪		HDL		中性脂肪									
		総リンパ球数		CONUT (栄養評価)		総リンパ球数		CONUT (栄養評価)		総リンパ球数		CONUT (栄養評価)										
	記載者																					
	摂食・嚥下・口腔ケア評価	全職種	口腔ケアの状態																			
食事時の義歯使用																						
経口摂取の状態																						
記載者																						
栄養摂取	栄養士	食種																				
		主食																				
		副食の形態と内容																				
		食形態マップでの分類																				
		水分のとり方																				
		FILS																				
		入院直後絶食期間(日)	記入必要なし 日間 記入必要なし 記入必要なし																			
		その他の申し送り事項																				
		(経口)	提供栄養量	エネルギー	kcal	塩分	g	エネルギー	kcal	塩分	g	エネルギー	kcal	塩分	g	エネルギー	kcal	塩分	g			
			蛋白	g	水分	ml	蛋白	g	水分	ml	蛋白	g	水分	ml	蛋白	g	水分	ml				
	摂取量		主食	割	副食	割	主食	割	副食	割	主食	割	副食	割	主食	割	副食	割				
	記載者																					
	看護師 栄養士	アクセス																				
		栄養剤																				
		半固形化の必要性																				
		半固形化の選択理由																				
	(経管)	投与量	ml																			
		投与エネルギー	kcal																			
追加水分量		ml																				
種類		バンパー	バルン(固定水)	シャフト長	バンパー	バルン(固定水)	シャフト長	バンパー	バルン(固定水)	シャフト長	バンパー	バルン(固定水)	シャフト長	バンパー	バルン(固定水)	シャフト長						
看護師 (カテーテル)	ボタン	□	□ (ml)	cm	□	□ (ml)	cm	□	□ (ml)	cm	□	□ (ml)	cm	□	□ (ml)	cm						
	チューブ	□	□ (ml)	Fr	□	□ (ml)	Fr	□	□ (ml)	Fr	□	□ (ml)	Fr	□	□ (ml)	Fr						
	記載者																					
	薬剤師	投与エネルギー	kcal																			
投与量		ml																				
輸液内容																						
記載者																						

地域連携診療計画書 能登脳卒中地域連携パス(患者用)

患者氏名: _____様

病名: ☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血 ☐ クモ膜下出血 ☐ その他もしくはTIA

説明日: _____

病院名	急性期病院 (_____)				回復期病院 (_____)		☐ 自宅 ☐ 施設 (_____) ☐ 転院 (_____)	
予定期間	全身状態がよければ (_____) 週間で退院あるいは転院(転棟)できます				_____) ヶ月間で退院できます		目標: 再発予防と健康生活の維持	
退院基準	病状が安定していること				状態が安定し、支援の体制が整っていること			
月日	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
経過	入院日	発症～1週目	1～2週目	2～(_____) 週目	退院前	転院時	(_____) か月	退院前
治療内容	診断と治療の決定 手術 ☐ 有 ☐ 無							現在できる身の回り動作を続け、さらにできる事を増やしましょう 閉じこもりを避け、社会参加を進めましょう 転倒予防と健康生活の維持を図ります
検査	CT/MASIなど	血液検査、CT、MASI、頭部血管造影検査、必要に応じて以下の検査も行います _____				必要に応じて以下の検査を行います。 ☐ 血液検査 ☐ 単純X線 ☐ CT検査 ☐ MASI検査 ☐ 超音波検査 ☐ その他 (_____)		かかりつけ医などで定期的診察(歯科を含む)・検査を受けましょう
薬剤	常用薬・中止薬を確認します	下記のような点滴・内服などが行われます 点滴 _____ 内服 _____				薬剤師からクサリの説明・指導を行います ☐ 持参薬の確認と内服を継続します ☐ 内服薬や自己注射が自己管理ができるようにしましょう ☐ その他 (_____)		内服薬や自己注射を自己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	血圧など身体状況に留意し、離床目的に関節可動域訓練、筋力増強訓練、筋再教育訓練、基本動作訓練、起立・歩行訓練、日常生活動作訓練を開始します。状態に応じて、以下の練習を追加します。 ☐ 高次脳機能アプローチ ☐ 精神機能アプローチ ☐ 言語療法 ☐ その他 (_____) ☐ 摂食・嚥下療法 (_____)						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 新に病気になったり、再発しないように適度な運動をしましょう
食事	☐ 飲食できません ☐ 嚥下状態に応じた食事提供 ☐ 経管栄養となります	☐ 飲食できません ☐ 嚥下状態に応じた食事提供 ☐ 経管栄養となります	☐ 飲食できません ☐ 嚥下状態に応じた食事提供 ☐ 経管栄養となります	☐ 通常の食事となります ☐ 治療食となります ☐ 経管栄養となります		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 通所サービス ☐ 通所リハビリ (☐ 短期間型) ☐ 通所介護 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 短期入所生活介護 		
清潔静養	☐ 清拭・洗髪をします ☐ シャワー浴ができます ☐ 入浴ができます	☐ 清拭・洗髪をします ☐ シャワー浴ができます ☐ 入浴ができます	☐ 清拭・洗髪をします ☐ シャワー浴ができます ☐ 入浴ができます	☐ 入浴ができます ☐ 洗顔・歯磨きなどができます ☐ その他 (_____)		自宅への試験外泊をします スタッフによる住宅訪問などがあります		
排泄	☐ 導尿 ☐ 床上排泄 ☐ PTイレ排泄 ☐ トイレ排泄	☐ 持続又は間欠的導尿を行います ☐ 床上排泄を行います ☐ PTイレ排泄を行います ☐ トイレ排泄を行います	☐ 持続又は間欠的導尿を行います ☐ 床上排泄を行います ☐ PTイレ排泄を行います ☐ トイレ排泄を行います	☐ 車椅子 ☐ 歩行器 ☐ 杖 上記の移動にてトイレで排泄できます ☐ 床上排泄 ☐ PTイレ ☐ 持続導尿 ☐ 間歇導尿		訪問サービス ☐ 訪問診療 ☐ 訪問歯科 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴		
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	地域連携室担当者が転院先や地域に連携をとり、退院後の調整をします	転倒予防や院内感染予防などの説明があります 介護教室などに参加しましょう		介護認定申請をします 住宅改造には介護保険を利用することができます 詳しくは地域連携担当者へ		
入院時症状/退院時状態	[入院時症状] ☐ 意識障害 ☐ 麻痺 ☐ 言語障害 ☐ その他 (_____) (_____) (_____)	[退院時患者状態] 退院日: _____ 移動能力 ☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 車椅子移動 ☐ 車椅子介助移動 ☐ 寝たきり 病院名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ 主治医 _____ 日常生活機能評価※※ 合計点: _____ / 19点	[退院時患者状態] 日付: _____ 移動能力 ☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 車椅子移動 ☐ 車椅子介助移動 ☐ 寝たきり 病院名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ 主治医 _____ 日常生活機能評価※※ 合計点: _____ / 19点	[受診1ヵ月患者状態] 日付: _____ 移動能力 ☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 車椅子移動 ☐ 車椅子介助移動 ☐ 寝たきり 病院・医 院 名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ 主治医 _____ 日常生活機能評価※※ 合計点: _____ / 19点				

※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、ご了承下さい。

※※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になります。

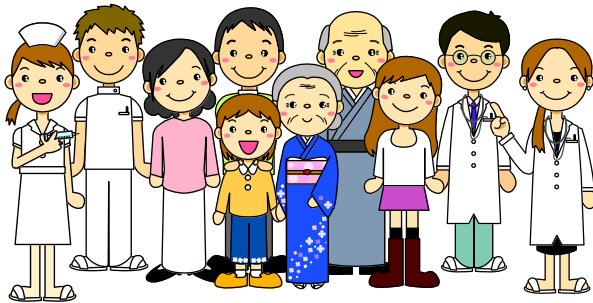
治療計画の説明を受けましたので、地域連携診療計画書(患者用及び医療者用)を使つての連携を行うことに同意します。

日付: _____

署名: _____ (続柄 _____)

地域連携クリティカルパスを使って

脳卒中になられた方を
地域の医療保健福祉従事者
みんなで支えます



地域連携クリティカルパス（地域連携パス）について

脳卒中は、治療やリハビリが長期にわたり、自宅などに戻られた後は介護サービスなどの支援が必要となる場合もある病気です。

このため、地域の医療保健福祉に従事する関係者が、**地域連携クリティカルパス（関係者が共有する「診療計画表」）**を使って連携することで、切れ目のない治療やリハビリ、介護サービス等を提供し、脳卒中になられた方が安心して療養生活を送ることができるようにしていきたいと考えています。

石 川 県

脳卒中・・・こんな症状があったら・・・

すぐ**救急車**を呼びましょう！



- 片方の手足・顔半分のしびれやマヒ
- ロレツが回らない、言葉が出ない、人の言うことが理解できない
- 立てない、歩けない、フラフラする
- 片方の目が見えない、物が2つに見える
- 経験したことのない激しい頭痛



※治療の内容によっては、ご家族の同意が必要な場合がありますので救急車にはご家族も必ず同乗しましょう。



脳卒中とは

不適切な生活習慣（不適切な食生活、運動不足など）の積み重ねにより、引き起こされる生活習慣病（高血圧、脂質異常症、糖尿病など）が主な原因で発症する病気です。

脳卒中には大きく2つのタイプがあります。

どちらも急に発症し、損傷を受けた脳の場所や範囲によって、からだの麻痺、言葉が出ないなどの症状が異なってきます。

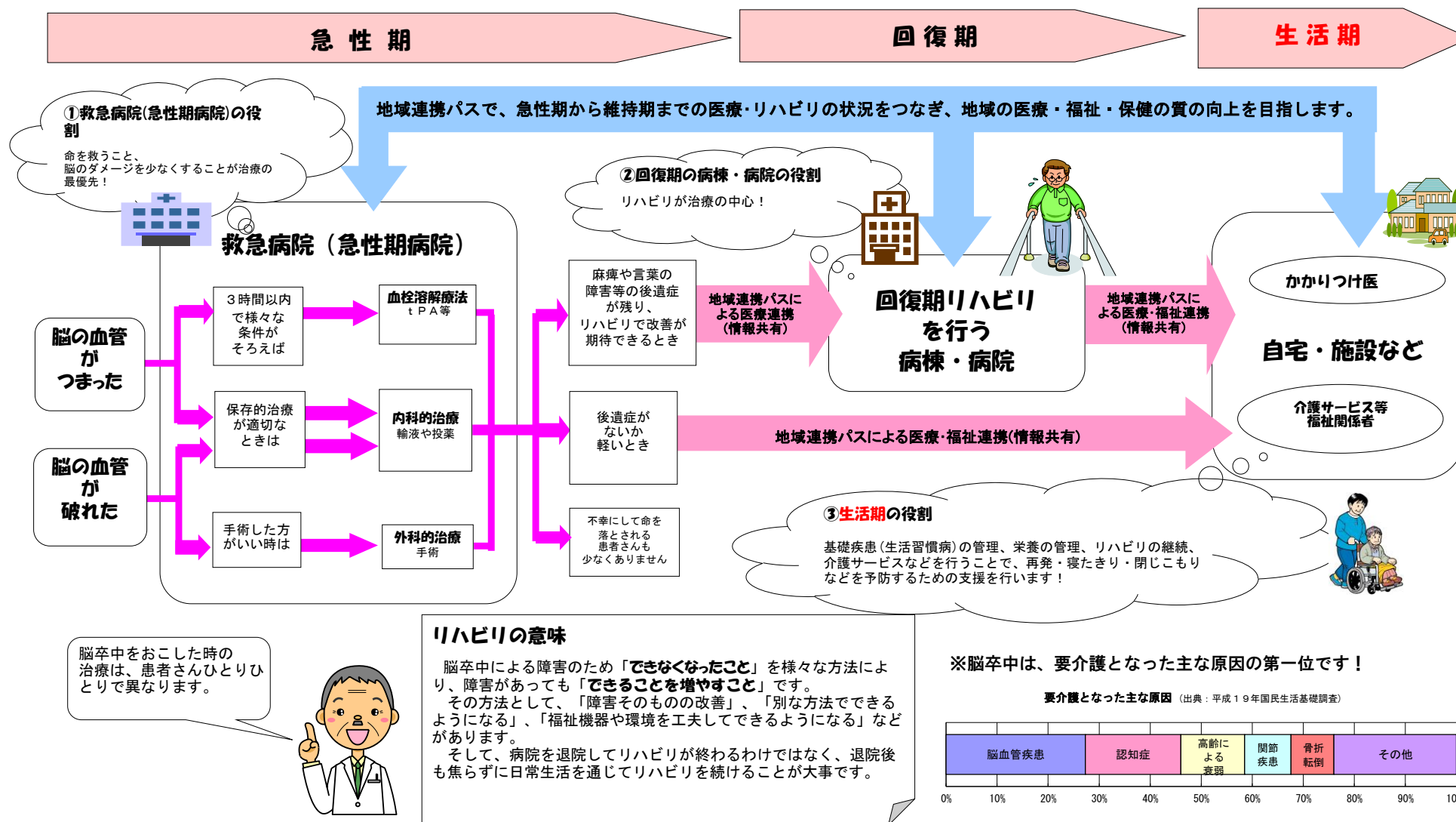
血管がつまる
「**脳梗塞**」

血管が破れる
「**脳出血**」と
「**くも膜下出血**」

脳の細胞はいったん死ぬと回復しません。

そのため、脳の損傷をできる限り少なくするように、脳卒中のタイプに応じて治療が行われます。

脳卒中の治療・リハビリは、長期にわたるため、関係機関で役割分担して行います！
このため、地域連携クリティカルパスを使って、関係機関同士での「連携」を強めます。



脳卒中について知っ得メモ その1

～脳卒中の再発予防のために生活習慣を見直しましょう～

お医者さんに相談しながら健康管理をしましょう。

脳卒中の発症には、高血圧、糖尿病、脂質異常症、心臓病等の持病が大きく関係します。これらの持病についてもしっかり管理していく必要があります。

食生活などの生活習慣を見直し、定期的にお医者さんにかかり診察や検査を受け、状態が変わっていないか確認しましょう。



よい食習慣を！

栄養を考えた
バランスの良い食事

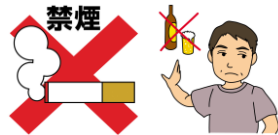


睡眠や休養を充分にとり、楽しみを持ちましょう。

家に閉じこもらないで積極的に外へ出かけ社会生活に参加する、好奇心をもって創造的な活動にチャレンジするなど、脳を積極的に使うようにしましょう。



禁煙、お酒もほどほどに！



適度な運動習慣を持ちましょう。

有酸素運動（ストレッチ体操、オーキングなど）で脳にしっかり酸素を送り込み、働きを活発にしましょう。



寒さ対策を忘れないようにしましょう。

激しい温度差は血管への負担を高めます。外へ出かけるときはもちろんですが、家の中での寒さ対策（トイレ、お風呂の脱衣場など）



入浴はゆるめの温度で、
長湯はさけましょう。

脳卒中について知っ得メモ その2

～口腔ケアを忘れちゃいけない～

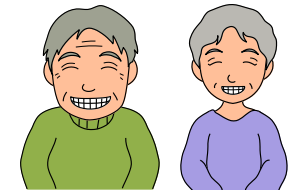
脳卒中の大事なりハビリのひとつであるのに、忘れられがちなのが口腔ケアです。

後遺症による麻痺などにより、口の中の清潔が保ちにくくなっているにもかかわらず、口腔ケアが不足することで、更に口の中に雑菌が繁殖し、汚い舌苔（ぜったい）がたまったりします。

この雑菌をだ液や食物と一緒に誤嚥（食べ物やだ液が誤って気管に入ってしまうこと）すると、肺炎を併発しやすくなります。

また点滴や流動食が続いたり、麻痺のために咬合（ものをかみ合わせ）力が衰えたりすると、歯肉がやせ、義歯が緩んできて「食べる力」が衰えてしまいます。

「食べる」ことは生きる力を得ることに
なりますので、口腔ケアは忘れないよう
にしましょう。



脳卒中に関する医療機関リスト（専門医療機関）は、県のホームページ上に掲載しています。

アドレス : <http://www.pref.ishikawa.jp/iryou/>

発行 石川県健康福祉部地域医療推進室
住所 〒920-8580 金沢市鞍月1丁目1番地
TEL 076-225-1449 FAX 076-225-1434
監修 能登脳卒中地域連携協議会

様
（ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ クモ膜下出血 ・ ）

脳卒中の治療を受けられる方へ

地域連携パス

病期	急性期 (入院後 7日～1ヶ月)	回復期 (入院後 1～6ヶ月)	生活期
施設名	急性期病院 ()	リハビリのできる病院 ()	在宅又は施設 ()
目標	・症状を最小限に食い止めます ・再発を予防します ・全身合併症を治療します	・障害の軽減を図ります ・自分でできることを増やします ・退院の準備をします	・自分でできることを維持します ・新しい生活パターンを作ります ・再発を予防します
治療	点滴、内服、手術など	主に内服	主に内服
リハビリ	病気や状態に応じて、 早期よりリハビリを開始します	本格的な機能回復と日常生活 自立のためのリハビリを行います	機能と生活の維持、 更なる向上を目指します
説明	治療などの説明があります 	急性期治療終了・全身状態の安定 ・集中的リハビリが必要な期間と目標についての説明があります ・トイレ歩行できるが、入浴や階段が不自由なら 約1ヶ月 ・車椅子やポータブルトイレ移動ができるが歩行が不安定なら 約2ヶ月 ・車椅子やポータブルトイレ移動にも介助が必要なら 約3～5ヶ月 (この場合多くは日常生活に見守りや介助が必要)	障害改善安定・在宅や入所準備終了 必要に応じて介護や介護保険サービスなどの説明があります 

※状態により予定が変更になる場合があります。 分からないことや心配なことはお気軽にご相談下さい。

能登脳卒中地域連携協議会

能登脳卒中地域連携パスの利用について

脳卒中を発症された患者様へ、地域の医療福祉機関が連携して、診療に取り組むことを目的とした脳卒中地域連携パスの利用についてのご案内となります。

能登脳卒中地域連携パスとは

能登脳卒中地域連携パスとは、地域の各医療福祉機関の間をつなぐ患者情報伝達システムのことです。

患者様の医療情報を統一した用紙を用いて、円滑かつ的確に伝達し、さらに地域としての脳卒中統計データを集約、分析することにより、能登地域の脳卒中の医療福祉の向上に寄与しようとするものです。

具体的には、能登地域で脳卒中を発症された患者様に関する情報提供を、能登脳卒中地域連携協議会（以下「協議会」という）で標準化された用紙を利用し、転院先など関連の医療機関や福祉機関内で情報共有することで、切れ目のない治療や福祉サービスを提供することを目指します。

また、下記の情報について、**匿名化**された情報として能登脳卒中地域連携協議会において収集し、分析することで、能登地域の脳卒中の医療福祉の向上に寄与したいと考えておりますので、情報の利用につきましてもご理解とご協力をお願いいたします。

<情報内容>

性別、年齢、住所（町名まで）、病名、治療内容、治療期間、リハビリ経過、関わった医療機関、関わった職種、 関わった福祉機関、退院後のサービス利用、退院後の経過等

- ※ 情報内容は個人情報保護法を遵守して厳重に管理し、上記目的以外には一切使用しません。
- ※ 協議会が管理するすべての個人情報については、ご本人による開示請求・訂正・削除・利用停止等の権利を行使することが可能です。
- ※ 登録に同意されなくとも、提供させていただきます医療・介護・福祉サービスには何ら不利益は生じません。

【能登脳卒中地域連携協議会 管理局】

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院

Tel 0767-52-3211 Fax 0767-52-3218

Mail: nntk@keiju.co.jp

入院診療計画書(脳卒中用)・能登脳卒中地域連携パス同意書(例)

ID

様

この度のご入院に際し、私ども職員一同は、一日も早く回復されるよう心より願いつつ、誠心誠意努力させていただきます。

あなたの病室は： 　　　　　　　　　　　　です。あなたの主治医は： 　　　　　　　　　　　　です。
 あなたの担当師長は： 　　　　　　　　　　　　です。あなたの受持ち看護師は： 　　　　　　　　　　　　です。

医 師 よ り	あなたの病名(症状)は：
	あなたの入院期間は： 入院日から 　　　　　　　　　　　の見込みです。 入院後の治療計画について(検査・手術内容と日程)
看 護 師 よ り	入院当初(急性期)は急性期治療病棟又は集中治療病棟(ICU・CCU)で治療を行います。急性期の治療後は、 病状により 回復期リハビリ病棟又は障害者病棟へ移動して頂き、治療を行います。 退院後の状態は現在のところ次のように推測できます。

注1) 病名、入院期間などは、あくまでも現時点で考えられるものであり、入院の経過や検査結果で変わらうものであることをご了承ください。

注2) 特殊な検査や治療、あらためて必要になった手術などについては、別に意思確認書を頂いています。

注3) 個人情報の取り扱いについては入院のご案内をご覧ください。

当地域で入院した脳卒中患者様には、全例で能登脳卒中地域連携協議会の能登脳卒中地域連携パスに登録をお願いしています。地域の脳卒中治療の向上のためにご協力をお願いいたします。なお、患者様・ご家族様の氏名や詳細住所(番地)、電話番号などは伏せられて登録されません。

恵寿総合病院

説明担当医 　　　　　　　　　　　

説明看護師 　　　　　　　　　　　

私は、以上の説明を受け同意します。

なお、能登脳卒中地域連携パスに関しても、別紙での説明を受け、登録に同意します。

署名 　　　　　　　　　　　

続柄：(　　　　　　　　　　　)

年 月 日

能登脳卒中地域連携パス 登録開始票

I Dコード	
性 別	男 ・ 女
年 齢	才
住 所	七尾市（旧七尾市・旧田鶴浜町・旧中島町・旧能登島町） 羽咋市・志賀町・宝達志水町・中能登町 輪島市・珠洲市・穴水町・能登町・その他
発 症 日	平成 年 月 日
病 名 () 内も記載	*脳梗塞 (病名：アテローム血栓性脳梗塞・ラクナ梗塞・ラクナ梗塞（BAD） 心原性脳塞栓症・その他（分類不能）脳梗塞) *一過性脳虚血発作 *高血圧性脳内出血 (出血部位：被殻出血・視床出血・皮質出血・小脳出血・脳幹出血 尾状核出血・脳室内出血) *その他の脳内出血 (出血原因：) *クモ膜下出血 (破裂脳動脈瘤の部位：)

以上、ご不明な点は下記にご連絡ください。

施設名 _____
担当 (_____)
TEL (_____)
FAX (_____)

年 月 日

脳卒中地域連携パス関連書類送付票

様の脳卒中地域連携パスにつきまして下記の内容で送付いたします。

記

①	基本情報用紙	
②	要約用紙	
③	リハビリ経過用紙	
④	栄養情報用紙	
⑤	脳卒中地域連携パス同意書（複写）	
⑥	診療情報提供書	
⑦	その他別紙	
	看護要約	
	リハビリ要約	
	服薬情報	
	リハビリテーション総合計画書	
	その他（ ）	
	その他（ ）	
CD-R		
地域連携診療計画加算の算定		

※該当する欄に○×を記入

以上、ご不明な点は下記にご連絡ください。

施設名

担当

TEL

FAX

（「金沢北部地区リハビリテーション地域連携連絡会資料」より引用）

判定基準・分類集

☆障害老人 日常生活自立度

ランク J : 何らかの障害を有するが、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

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. 日中はほとんどベットから離れて生活する
2. 日中も寝たきりの生活をしている

ランク B : 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット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・排泄はベットから離れて行う
2. 介助により車椅子に移乗する

ランク C : 一日中ベッドの上で過ごし、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. 自力で寝返りをうたない

☆認知症老人 日常生活自立度

I 何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している

II a 家庭外で、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られても、誰かが注意していれば自立できる

たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等

II b 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応対など一人で留守番ができない等

III b 日常生活に支障を来すような症状・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
着替え・食事・排泄が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口にいれる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等

IV 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通のこんなんさが頻繁にみられ、常に介護を必要とする

着替え・食事・排泄が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口にいれる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等

IV 著しい精神症状や問題行為或いは重篤な身体疾患（意思疎通が全くできない寝たきり状態）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

☆K P S S（倉敷病院前脳卒中スケール）

倉敷病院前脳卒中スケール（K P S S）		全障害は 1 3 点
意識水準	完全覚醒	0 点

	刺激すると覚醒する	1 点	
	完全に無反応	2 点	
意識障害	患者の名前を聞く		
	正解	0 点	
	不正解	1 点	
運動麻痺	患者に目を閉じて、両手掌を下にして両腕を伸ばすように 口頭、身ぶり手ぶり、パントマイムで指示	右手	左手
	左右の両腕は並列に伸ばし、動かずに保持できる	0 点	0 点
	手を挙上できるが、保持できず	1 点	1 点
	手を挙上することができない	2 点	2 点
	患者に目を閉じて、両下肢をベッドから挙上するように 口頭、身ぶり手ぶり、パントマイムで指示	右足	左足
	左右の両下肢は動揺せずに保持できる	0 点	0 点
	下肢を挙上できるが、保持できず	1 点	1 点
	下肢を挙上することができない	2 点	2 点
言語	患者に「今日はいい天気です。」を繰り返して言うように指示		
	はっきりと正確に言える		0 点
	言語は不明瞭（ろれつが回っていない）、もしくは異常		1 点
	無言。だまっている。言葉の理解ができない		2 点
計		_____ 点	

☆ J C S (Japan Come Scale)

覚醒（目を覚ますこと）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しています。

I. 刺激しないで覚醒している状態	1. ほぼ意識清明だが、今ひとつはっきりしない 2. 見当識（時・場所・人の認識）に障害がある 3. 自分の名前や生年月日が言えない
II. 刺激すると覚醒する状態（刺激をやめると眠り込む）	10. 普通の呼びかけで目を開ける。「右手を握れ」などの指示に応じ、言葉も話せるが間違いが多い 20. 大声で呼ぶ、体を揺するなど目を開ける 30. 痛み刺激をしながら呼ぶとかろうじて目を開ける。「手を握れ」など簡単な指示に応じる
III. 刺激をしても覚醒しない状態	100. 痛み刺激に対し払いのけるような動作をする 200. 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる 300. 痛み刺激に反応しない

☆NIHSS 採点表：0～4 2 点

1 a. 意識水準

☐0：完全覚醒 ☐1：簡単な刺激で覚醒

☐2：繰り返し刺激、強い刺激で覚醒 ☐3：完全に無反応

1 b. 意識障害_質問

(今月の月名及び年齢)

☐0：両方正解 ☐1：片方正解 ☐2：両方不正解

1 c. 意識障害_従命

(開閉眼、「手を握る・開く」)

☐0：両方正解 ☐1：片方正解 ☐2：両方不可能

2. 最良の注視

☐0：正常 ☐1：部分的注視麻痺 ☐2：完全注視麻痺

3. 視野

☐0：視野欠損なし ☐1：部分的半盲

☐2：完全半盲 ☐3：両側性半盲

4. 顔面麻痺

☐0：正常 ☐1：軽度の麻痺

☐2：部分的麻痺 ☐3：完全麻痺

5. 上肢の運動 (右)

*仰臥位のときは45度右上肢

☐9：切断、関節癒合

☐0：90度*を10秒保持可能 (下垂なし)

☐1：90度*を保持できるが、10秒以内に下垂

☐2：90度*の挙上または保持ができない。

☐3：重力に抗して動かない

☐4：全く動きがみられない

上肢の運動 (左)

*仰臥位のときは45度左上肢

☐9：切断、関節癒合

☐0：90度*を10秒保持可能 (下垂なし)

☐1：90度*を保持できるが、10秒以内に下垂

☐2：90度*の挙上または保持ができない。

☐3：重力に抗して動かない

☐4：全く動きがみられない

6. 下肢の運動 (右)

☐9：切断、関節癒合

- ☐0：30度を5秒間保持できる（下垂なし）
- ☐1：30度を保持できるが、5秒以内に下垂
- ☐2：重力に抗して動きがみられる
- ☐3：重力に抗して動かない
- ☐4：全く動きがみられない

下肢の運動（左）

- ☐9：切断、関節癒合
- ☐0：30度を5秒間保持できる（下垂なし）
- ☐1：30度を保持できるが、5秒以内に下垂
- ☐2：重力に抗して動きがみられる
- ☐3：重力に抗して動かない
- ☐4：全く動きがみられない

7. 運動失調

- ☐9：切断、関節癒合
- ☐0：なし ☐1：1肢 ☐2：2肢

8. 感覚

- ☐0：障害なし ☐1：軽度から中等度 ☐2：重度から完全

9. 最良の言語

- ☐0：失語なし ☐1：軽度から中等度
- ☐2：重度の失語 ☐3：無言、全失語

10. 構音障害

- ☐9：挿管または身体的障壁
- ☐0：正常 ☐1：軽度から中等度 ☐2：重度

11. 消去現象と注意障害

- ☐0：異常なし
- ☐1：視覚、触覚、聴覚、視空間、または自己身体に対する不注意、あるいは1つの感覚様式で2点同時刺激に対する消去現象
- ☐2：重度の半側不注意あるいは2つ以上の感覚様式に対する半側不注意

☆WFNS	SAH	grade
Grade	G C S	Neurological deficit (paralysis and/or aphasia)
I	15	(－)
II	13～14	(－)
III	13～14	(＋)
IV	8～12	(＋) or (－)
V	3～7	(＋) or (－)

☆脳内出血の CT 分類

被殻出血

- I : 内包外側限局
- IIa : 内包前脚伸展
- IIb : 内包前脚伸展に脳室穿破を伴う
- IIIa : 内包後脚伸展
- IIIb : 内包後脚伸展に脳室穿破を伴う
- IVa : 内包前後脚伸展
- IVb : 内包前後脚伸展に脳室穿破を伴う
- Va : 視床、視床下部伸展
- Vb : 視床、視床下部伸展に脳室穿破を伴う

視床出血

- Ia : 視床限局
- Ib : 視床限局に脳室穿破を伴う
- IIa : 内包伸展
- IIb : 内包伸展に脳室穿破を伴う
- IIIa : 視床、視床下部伸展
- IIIb : 視床、視床下部伸展に脳室穿破を伴う

☆mRS

- 0 : 障害なし
- I : 障害あり、IADL は自立
- II : ADL 自立、IADL に制限
- III : 歩行自立、ADL 軽介助（食事自立）
- IV : 歩行介助、ADL 中介助（起立・立位・移乗可能）
- V : 移乗介助、ADL 全介助（端座位不安定）
- VI : 死亡

☆FIM

【FIM の概念】

- 対象 : どの疾患にも適用 (年齢は 7 歳以上)
- 評価者 : どの職種でも
- 評価 : 実際に「している」状況を記録する介助量を測定
(介助者を要するか? 介助量はどの程度か?)

【FIM 評価項目】

18 項目 1～7 点で評価 (126 点満点)

運動項目 13 項目

- セルフケア 1. 食事 2. 整容 3. 清拭 (入浴) 4. 更衣 (上)
5. 更衣 (下) 6. トイレ動作
- 排泄コントロール 7. 排尿管理 8. 排便管理
- 移乗 9. ベッド・椅子・車椅子 10. トイレ 11. 浴槽・シャワー
- 移動 12. 歩行・車椅子 13. 階段

認知項目 5 項目

- コミュニケーション 14. 理解 15. 表出
- 社会的認知 16. 社会的交流 17. 問題解決 18. 記憶

【採点基準】

点数	自立度	
7	完全自立	安全に通常の時間で遂行
6	修正自立	補助具の使用、通常以上の時間、安全性の配慮が必要
5	監視・準備	体に触れない監視、準備、指示
4	最小介助	自分で 75%以上している
3	中等度介助	自分で 50～74%している
2	最大介助	自分で 25～49%している
1	全介助	自分で 25%未満しかしていない

1. 食事

定義

食事が適切に用意された状態で
適切な食器を使って、食物を口に運ぶ動作から
咀嚼し、嚥下するまでが含まれる

配膳・下膳は含まれない。

かき集める・口に運ぶ・飲み込む という動作を採点

2. 整容

定義

「口腔ケア・整髪・手洗い・洗顔・そして髭剃り、または化粧を評価する」、すなわち、歯磨きか入れ歯洗い、櫛かブラシで髪をとくことなどを評価する

整容は5つの動作の集まり

1) 口腔ケア 2) 洗顔 3) 手洗い 4) 整髪 5) 化粧または髭剃り

化粧または髭剃りは、行う必要がないことが多いため、していない場合、その他の4項目で評価する

3. 清拭（入浴）

定義

身体を洗う、拭く動作を採点する
洗う範囲は首から下まで、背中とは含まない
浴槽、シャワー、またはベッド上清拭のいずれでもよい

身体を10ヶ所に分けて考える（頭・背中以外）

何ヶ所を自分で行えて、何ヶ所を介助しているかを評価し、採点する

4・5 更衣（上・下）

定義

腰より上・下の更衣、
および装着している場合には義肢または装具の着脱も評価に含まれる

準備：服をタンスから取り出す、しまう

実際の評価動作：着る・脱ぐ

普段、着用している衣服で評価（パジャマ、病衣は含まない）

6. トイレ動作

定義

排尿・排便の前後にズボン・下着を上げ下げし、
会陰部を清潔に保つことが採点される
ベッド上で尿器を使用していれば、ベッド上の動作で評価する

下げる・拭く・上げる

排尿管理・排便管理・トイレ移乗は含まない

7. 排尿管理 ・ 8. 排便管理

定義

排尿・排便をしてもよい状況で、タイミングよく括約筋を緩めるというところを採点

・失敗の頻度

・介助量

を別々につけ、低い方の点をつける

・失敗とは？ 失禁・失便ではない！！

失禁・失便の結果、衣服やベッドなどを汚染し、介助者の手がかかることを指す

・介助とは？

排尿　：　尿器，オムツ，導尿，手圧援助など

排便　：　摘便，浣腸，座薬，腹圧援助など

9. 移乗（ベッド・椅子・車椅子）

定義

ベッド・椅子・車椅子の間でのすべての移乗

当然往復の動作である

歩行している場合は起立動作を含む

ベッドからの起き上がりも比重は少ないが評価対象である

乗り移れるように車椅子の位置を整えることは評価動作ではなく準備段階である

10. トイレ移乗

定義

便器へ移ること、および便器から離れることを評価する

対象は便器というだけで採点は　移乗の採点方法と同じ

11. 浴槽移乗

定義

浴槽またはシャワー室に入り　そこから出る動作を評価する
（浴槽のそばまで近づくことは含まない）

浴槽をまたぎ越す・浴槽で沈む・つかる

シャワー浴だけの人はシャワー椅子への移乗を評価する

12. 移動（歩行・車椅子）

定義

歩行、平地での車椅子で評価する

退院時に歩行獲得が予想されれば入院時に歩行を評価する

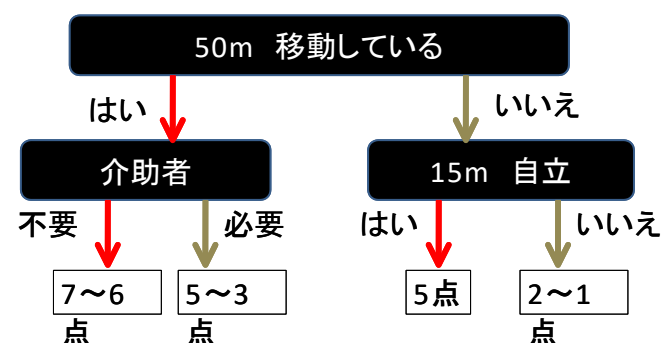
採点場所

平地で評価

車椅子は電動手動を問わない

まず 50m 移動しているか

歩行・車椅子の採点の流れ



50mは1街区であり、社会生活で歩行する最低限の距離
15mは室内の距離

13. 階段

定義

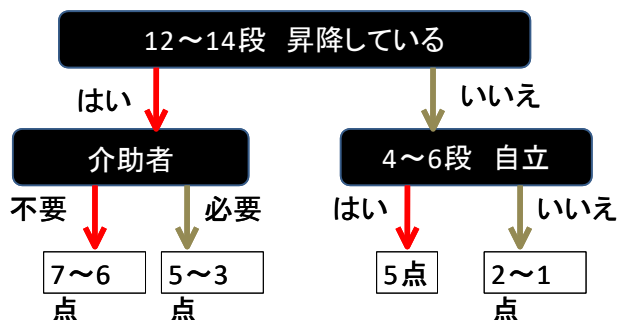
屋内の12から14段の階段で評価する

昇りと降りで能力差がある場合は低い方の点数をつける

エレベータの使用は考えない

できる ADL も容認する

階段の採点の流れ



【採点のポイント（理解・表出・問題解決）】

7・6点 : 簡単・複雑な課題が可能
5～1点 : 簡単な課題において介助が必要

簡単な課題

食事に関すること
飲み物に関すること
排泄、清潔に関すること
睡眠に関すること

複雑な課題

集団会話
テレビ、新聞の話題
ドラマの筋、冗談
宗教的な内容
金銭問題

14. 理解

定義

相手が伝えようとしたことの意味を正しく捉えているかを評価する
評価者が対象者に話しかける際にどの程度 配慮しているかで採点する

理解の手段は、聴覚以外に文字・ジェスチャなど、視覚的な手段を用いてもよい

配慮の手間や頻度に応じて評価する

15. 表出

定義

欲求や考えを表現し伝えることができているかを評価する
評価者が対象者を理解するためにどの程度 配慮 しているかで採点する

表出の手段は、音声以外にも書字・会話装置・ジェスチャーなどの手段を用いてもよい

配慮の手間や頻度に応じて評価する

16. 問題解決

定義

日常生活の中で起こる問題にどう対応するかということの評価する
日常生活に関連した解決の技能が含まれる

簡単な課題

移乗の際、必要な介助を頼む
こぼしたお茶の処理を頼む
ナースコールの必要性がわかる
ゆっくり食べないとむせることがわかる

複雑な課題

退院計画に参加する
薬の自己管理
対人トラブルの処理
入院会計をする
職業の決定

17. 社会的交流

定義

対象者の行動や言動が他者にどの程度、迷惑や不快感を与えているかを評価する

他者に不快感や迷惑をかける頻度により評価する

病室や訓練室、自宅、地域のなかで他人と折り合い、集団に参加して行く能力が含まれる

18. 記憶

定義

日常生活を行う上で必要な内容を覚えていられるかで評価する

「過去の出来事」などの長期記憶や「数字逆唱」などの記銘力テストではない

記憶で採点するのは3つのみ

①日常の日課 ②関わりの深い人物 ③他人からの依頼内容

【まとめ】

- ・基本原則を理解する
- ・各項目のポイントを理解する
- ・基本は介助量で採点

☆日常生活機能指標（看護必要度B項目）

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)	自立歩行・つかまり歩き	補助を要する移動(搬送を含む)	移動なし
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
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動への対応	ない	ある	

* 得点は0～20点 * 得点が低いほど、生活自立度が高い
入棟時、退院時に評価をする。**10点以上が重症者**

1 床上安静の指示

選択枝 なし あり

リハビリ目的の患者なので床上安静の指示はない

2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

選択枝の判断基準

★「できる」

どちらか片方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合。

体位は問わない

★「できない」

胸元まで片手を持ち上げられない場合をいう

3 寝返り

選択枝の判断基準

★「できる」

何にもつかまらず、寝返り（片側だけでもよい）が一人でできる場合をいう

★「何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等何かにつかまれば一人でできる場合

★「できない」

介助なしでは一人で寝返りができない等何らかの介助が必要な場合

4 起き上がり

選択枝の判断基準

★「できる」

1人で起き上がる事ができる場合、ベッド柵、ひも、バーサイドレール等につかまれば起き上がる事が可能な場合も含む。

電動ベッドを自分で操作して起き上がる場合。

★「できない」

1人で起き上がる事ができない、何らかの介助が必要な場合。

5 座位保持

選択枝の判断基準

★「できる」

支え、つかまりなしで座位が保持

★「支えがあればできる」

支え、つかまりがあれば座位が保持できる

★「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない。

支えとは椅子、車椅子、ベッド等の背もたれ、手による支持、他の座位保持装置等。つかまりとはベッド柵等につかまる事。

6 移乗

選択枝の判断基準

★「できる」

介助なしで移乗できる場合、這って動いても移乗が自分でできれば“できる”とする

★「見守り、一部介助が必要」

直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは他者が手を添える、体幹を支えるなどの介助を行う。

安全のために付き添う場合も含む

★「できない」

自分ではできないために、他者が抱える、運ぶなどの介助が行われている場合

7 移動方法

選択枝

★自力歩行・つたいあるき（0点）

★補助を要する移動（1点）

杖歩行・歩行器（車椅子、点滴スタンド、老人車等につかまり）

車椅子による自力走行・車椅子による介助走行・その他（搬送車等）

★移動なし（2点）

8 口腔清潔

選択枝の判断基準

★「できる」

自分だけで行っている場合

★「できない」

歯ブラシやうがい用の水等を用意する。歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備
歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認が必要な場合、口腔清潔の行為に部分的、あるいは一連の行為全てに介助が行われている場合。

義歯外し、ゆすぎ後義歯専用容器に入れた場合。

★「全介助」

自分で食べる能力に関わらず、食べる事ができず全面的に介助されている場合

9 食事摂取

選択枝の判断基準

★「介助なし」

介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合
ベッドまで配膳した場合

★「一部介助」

食卓で小さく切る、ほぐす、魚の骨をとる等、食べやすいようにセッティング
見守りや指示が必要な場合。
厨房でのさざみ食を作っている場合は含まない。

★「全介助」

自分で食べる能力に関わらず、自分で食べる事ができず
全面的に介助されている場合

10 衣服の着脱

選択枝の判断基準

★「介助なし」

自分で衣服を着たり脱いだりしている。自助具等を使用して行っている場合。

★「一部介助」

なんらかの介助が行われている場合。途中まで自分で最後にズボン、パンツ等を上げる、転倒予防のための見守りや支援も含む

★「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている

11 他者への意思の伝達

選択枝の判断基準

★「できる」

常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況。
筆談、ジェスチャー等でもよい。

★「できる時とできない時がある」

意思の伝達ができるがその内容や状況によってとか、家族には通じるが看護師等に通じない場合。

★「できない」

どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合。

重度の認知症や意識障害により自発的な意思の伝達ができない。

あるいは意思の伝達ができるか否かを判断できない場合。

12 診療・療養上の指示が通じる

選択枝の判断基準

★「できる」

指示に対して、適切な行動が常におこなわれている場合

★「いいえ」

指示通りでない行動が1回でもみられた場合。

精神科領域、意識障害等のあるなしにかかわらない。

医師の話を理解したようにみえても、意識障害などにより指示を理解できない、自分なりの解釈を行い結果的に、療養上の指示から外れた行動をした場合。

すこしでも反応があやふやであったり、何回も同様の事を言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようである場合。

13 危険行動への対応

選択枝の判断基準

★「ない」

危険行動への対応が過去1ヶ月以内に1回もなかった場合

あるいはそれに関する記録がない場合。

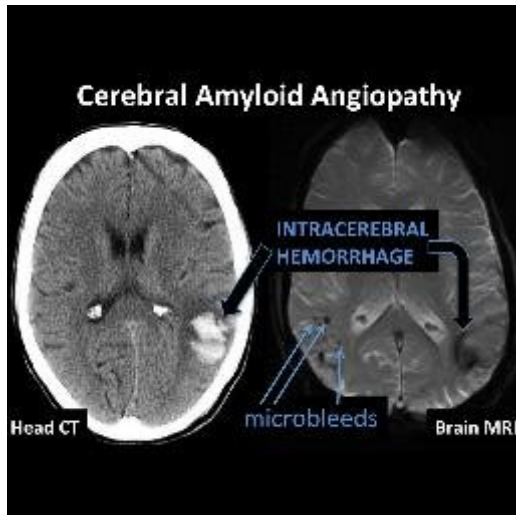
★「ある」

身体の安全を損なう可能性がある行動

(治療・検査中のチューブ類・点滴ルートなどを抜去する、または抜去に至る可能性のある行為、転倒、転落、離棟、徘徊、自傷行為)がある場合。

●脳アミロイドアンギオパチー (Cerebral Amyloid Angiopathy)

特徴：高齢（概ね 70 歳以上）の脳皮質下出血、多房性、著明な高血圧なし、MRI-T2*での微小脳出血、認知症の存在、再発



参考文献

古和 久典 高齢者の脳出血の現状 日本老年医学会雑誌 54 巻 4 号 (2017 : 10)

https://www.jstage.jst.go.jp/article/geriatrics/54/4/54_54.514/_pdf

<臨床的にほぼ確実 probable CAA> 以下の 3 点を満たす。

- 1) 多発房性の皮質下出血 or 単発の皮質下出血 + microbleeds/hemosiderosis
- 2) 年齢 55 歳以上
- 3) 他の出血の原因の欠如

The Modified Boston Criteria (Halpin, LJ, et. al. Neurology 74: 1346-1350, 2010)

●塞栓源不明脳塞栓症(Embolic stroke of undetermined source; ESUS)

・塞栓源となる病変がない主幹動脈閉塞

(主幹動脈狭窄 (50%以上)、大動脈弓病変、弁膜症、等を否定)

参考文献

北川一夫 ESUS の病態 神経治療 33 : 382-386, 2016

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsnt/33/3/33_382/_pdf

Table 2 Criteria of ESUS

ESUSの診断

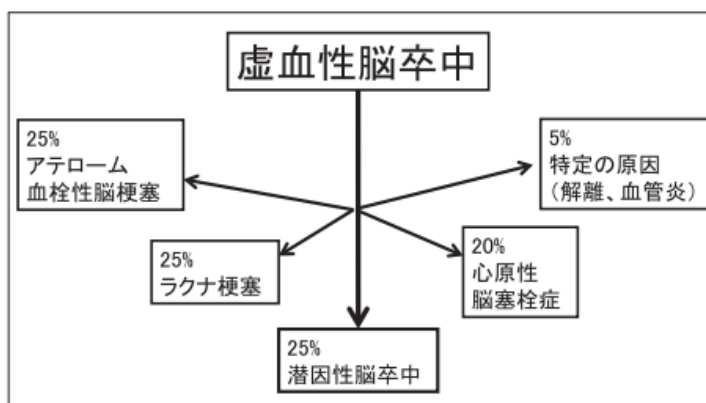
下記4項目を満たす場合にESUSと診断される。

1. ラクナ梗塞ではない梗塞病変 (CT/MRI)
2. 病変へ灌流する頭蓋外、頭蓋内主幹脳動脈に50%以上の狭窄がない
3. 心房細動、心房粗動、人工弁、心臓内血栓、左房粘液腫、僧房弁狭窄 最近の心筋梗塞、重度心不全、感染性心内膜炎、弁疣贅などの主要な心塞栓源がない
4. 動脈炎 解離 片頭痛・血管攣縮、薬剤など他の特定の原因がない

(Hart RG et. al., The Lancet Neurology 13, 429-438, 2014)

ESUS

Fig. 1 Classification of ischemic stroke
虚血性脳卒中の分類 (文献1より改変)
虚血性脳卒中はだまかに25%アテローム血栓性脳梗塞 25%ラクナ梗塞 20%心原性脳塞栓症 5%特定の原因と 25%が原因不明のcryptogenic stroke (潜因性脳卒中)に分類される。



能登脳卒中地域連携協議会 登録会員一覧

注1) このリストは、診療報酬の算定要件となる県の医療計画に示されるリストとは異なります。

注2) このリストは、診療報酬とは関係なく、能登地域における脳卒中の患者に安心と切れ目のないサービスを提供することを目的に、関係する関係者の連携を深めるために、能登脳卒中地域連携協議会に参加意向を示した関係機関のリストとなります。

(ステージ別・機関種別・所在地別施設名でのアイウエオ順)

	ステージ			機関種別	所在地 (市町名)	
	急性期	回復期	維持期			
1	○	○		医療機関	七尾市	恵寿総合病院
2	○	○		医療機関	七尾市	公立能登総合病院
3	○	○	○	医療機関	七尾市	独立行政法人 国立病院機構 七尾病院
4	○	○	○	医療機関	羽咋市	公立羽咋病院
5	○	○		医療機関	志賀町	町立富来病院
6	○	○		医療機関	宝達志水町	町立宝達志水病院
7	○	○	○	医療機関	輪島市	市立輪島病院
8	○	○	○	医療機関	珠洲市	珠洲市総合病院
9	○	○		医療機関	穴水町	公立穴水総合病院
10	○	○		医療機関	能登町	公立宇出津総合病院
11			○	医療機関	七尾市	青山彩光苑 医務室
12			○	医療機関	七尾市	円山病院
13			○	医療機関	七尾市	えんやま健康クリニック
14			○	医療機関	七尾市	おくむら内科胃腸科医院
15			○	医療機関	七尾市	北村病院
16			○	医療機関	七尾市	さはら能登島クリニック
17			○	医療機関	七尾市	さはらファミリークリニック
18			○	医療機関	七尾市	田鶴浜診療所
19		○	○	医療機関	七尾市	辻口医院
20			○	医療機関	七尾市	七尾市国民健康保険直営鉦打診療所
21			○	医療機関	七尾市	七尾市国民健康保険直営能登島診療所
22			○	医療機関	七尾市	浜野西病院
23			○	医療機関	七尾市	三林内科・胃腸科医院
24			○	医療機関	羽咋市	羽咋診療所
25			○	医療機関	羽咋市	藤田医院
26			○	医療機関	羽咋市	前川医院
27			○	医療機関	志賀町	加藤病院
28			○	医療機関	志賀町	河崎医院
29			○	医療機関	志賀町	四蔵医院
30			○	医療機関	志賀町	町立志賀クリニック
31			○	医療機関	志賀町	ひよりクリニック
32			○	医療機関	宝達志水町	西村内科胃腸科クリニック
33			○	医療機関	宝達志水町	松沼医院
34			○	医療機関	中能登町	かじ内科クリニック
35			○	医療機関	中能登町	鳥屋診療所
36			○	医療機関	中能登町	なかお内科医院
37			○	医療機関	中能登町	安田医院
38			○	医療機関	輪島市	定槻医院
39			○	医療機関	輪島市	船木クリニック
40			○	医療機関	輪島市	大和医院
41			○	医療機関	珠洲市	あいずみクリニック
42			○	医療機関	珠洲市	小西医院
43			○	医療機関	珠洲市	みちした内科クリニック
44			○	医療機関	穴水町	恵寿鳩ヶ丘クリニック
45			○	医療機関	能登町	柳田温泉病院
46			○	医療機関	能登町	升谷医院
47			○	医療機関	志賀町	向クリニック
48			○	医療機関	七尾市	浜野クリニック
49			○	医療機関	七尾市	田中内科クリニック
50			○	介護老人保健施設	七尾市	介護老人保健施設 鶴友苑
51			○	介護老人保健施設	七尾市	介護老人保健施設 寿老園
52			○	介護老人保健施設	七尾市	介護老人保健施設 和光苑
53			○	介護老人保健施設	志賀町	介護老人保健施設 有縁の荘
54			○	介護療養型老人保健施設	穴水町	恵寿鳩ヶ丘
55			○	介護老人保健施設	輪島市	介護老人保健施設 百寿苑
56			○	特別養護老人ホーム	七尾市	特別養護老人ホーム あっとほーむ若葉
57			○	特別養護老人ホーム	七尾市	特別養護老人ホーム エレガントなぎの浦
58			○	特別養護老人ホーム	七尾市	特別養護老人ホーム 秀楽苑

(ステージ別・機関種別・所在地別施設名でのアイウエオ順)

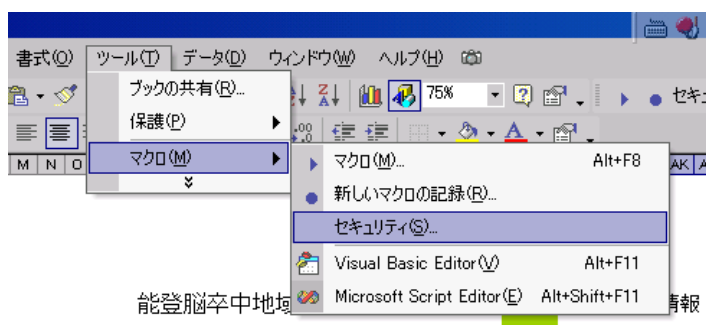
	ステージ			機関種別	所在地 (市町名)	
	急性期	回復期	維持期			
59			○	特別養護老人ホーム	七尾市	特別養護老人ホーム のとじま悠々ホーム
60			○	特別養護老人ホーム	志賀町	特別養護老人ホーム はまなす園
61			○	特別養護老人ホーム	志賀町	特別養護老人ホーム ますほの里
62			○	特別養護老人ホーム	中能登町	特別養護老人ホーム 鹿寿苑
63			○	特別養護老人ホーム	輪島市	特別養護老人ホーム あての木園
64			○	特別養護老人ホーム	輪島市	特別養護老人ホーム ゆきわりそう
65			○	特別養護老人ホーム	輪島市	特別養護老人ホーム みやび
66			○	特別養護老人ホーム	珠洲市	特別養護老人ホーム 長寿園
67			○	特別養護老人ホーム	能登町	特別養護老人ホーム こすもす
68			○	養護老人ホーム	輪島市	養護老人ホーム ふるさと能登
69			○	養護老人ホーム	穴水町	養護老人ホーム 朱鷺の苑
70			○	訪問看護ステーション	七尾市	秀楽苑 訪問看護ステーション
71			○	訪問看護ステーション	七尾市	七尾訪問看護ステーション
72			○	訪問看護ステーション	志賀町	志賀訪問看護ステーション
73			○	訪問看護ステーション	中能登町	中能登訪問看護ステーション
74			○	訪問看護ステーション	輪島市	輪島訪問看護ステーション
75			○	訪問看護ステーション	能登町	能登中央訪問看護ステーション
76			○	居宅介護支援事業所	七尾市	恵寿居宅介護支援事業所けいじゅ
77			○	居宅介護支援事業所	七尾市	公立能登総合病院居宅介護支援事業所
78			○	居宅介護支援事業所	七尾市	在宅支援サービスステーションさはら
79			○	居宅介護支援事業所	七尾市	秀楽苑 居宅介護支援事業所
80			○	居宅介護支援事業所	羽咋市	ケアサービス 夢の華
81			○	居宅介護支援事業所	羽咋市	羽咋市在宅総合サービスステーション
82			○	居宅介護支援事業所	志賀町	居宅介護支援事業所 有縁
83			○	居宅介護支援事業所	志賀町	志賀町社会福祉協議会 居宅介護支援サービスステーション
84			○	居宅介護支援事業所	志賀町	志賀町社会福祉協議会 富来居宅介護支援サービスステーション
85			○	居宅介護支援事業所	志賀町	はまなす園生活支援センター
86			○	居宅介護支援事業所	志賀町	はまなす園富来居宅サービスセンター
87			○	居宅介護支援事業所	宝達志水町	宝達志水町社会福祉協議会
88			○	居宅介護支援事業所	中能登町	中能登町社協居宅介護支援センター
89			○	居宅介護支援事業所	中能登町	鹿寿苑 居宅介護支援事業所
90			○	居宅介護支援事業所	輪島市	あての木園居宅介護支援事業所
91			○	居宅介護支援事業所	輪島市	百寿苑 居宅介護支援事務所
92			○	居宅介護支援事業所	輪島市	みやび居宅介護支援事業所
93			○	居宅介護支援事業所	珠洲市	珠洲市社会福祉協議会 居宅介護支援サービスセンター
94			○	居宅介護支援事業所	珠洲市	珠洲市はまなすふれあい居宅介護支援サービスセンター
95			○	居宅介護支援事業所	珠洲市	長寿園居宅サービスセンター
96			○	居宅介護支援事業所	穴水町	ときのえん居宅介護支援センター
97			○	居宅介護支援事業所	能登町	居宅介護支援事業所 こすもす
98			○	居宅介護支援事業所	能登町	第二長寿園居宅サービスセンター
99			○	居宅介護支援事業所	能登町	多花楽会居宅介護支援事業所
100			○	居宅介護支援事業所	能登町	能登町社会福祉協議会 ケアセンター能都支所
101			○	地域包括支援センター	七尾市	七尾市地域包括支援センター
102			○	地域包括支援センター	羽咋市	羽咋市地域包括支援センター
103			○	地域包括支援センター	志賀町	志賀町地域包括支援センター
104			○	地域包括支援センター	宝達志水町	宝達志水町地域包括支援センター
105			○	地域包括支援センター	中能登町	中能登町地域包括支援センター
106			○	地域包括支援センター	輪島市	輪島市地域包括支援センター
107			○	地域包括支援センター	珠洲市	珠洲市地域包括支援センター
108			○	地域包括支援センター	穴水町	穴水町地域包括支援センター
109			○	地域包括支援センター	能登町	能登町地域包括支援センター
110			○	その他	珠洲市	あいずみクリニックデイケア
111				その他	輪島市	みんなの健康サロン 海風（みなぎ）
112						
113						
114						
115						
116						

エクセルファイル「脳卒中地域連携パス」使用上の留意点

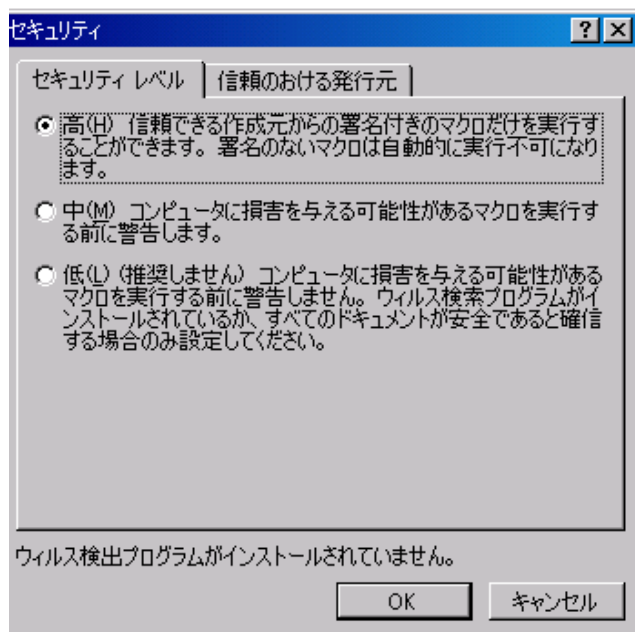
平成 21 年 6 月 29 日作成

1. マクロセキュリティレベルの変更

本ファイルにはマクロ（自動処理機能）が使われております。マクロは本来、作業の利便化を図るためのものです。しかしエクセルは通常の状態ではマクロを悪用したプログラム（ウイルス）が多いため、マクロの使用を制限しております。従いましてこの操作はウイルス対策ソフトにて安全性が十分に保たれた状態で行ってください。以下の手順でマクロセキュリティレベルの変更を行ってください。



＜ツール＞ ⇒ ＜マクロ＞ ⇒ ＜セキュリティ＞



セキュリティレベルを「中」または「低」にしてください。

「OK」をクリックして、この設定を有効にするために、ファイルを開き直す必要があります。

● 「中」の場合はマクロを有効にするか、無効にするかを確認してきますので「マクロを有効にする」を選択してください。

● 「低」にするとそのまま、確認なしで開きます。

2. パス管理病院送付用ファイル作成について

各施設で作成したファイルの管理は様々でしょうが、1 例を提案します。

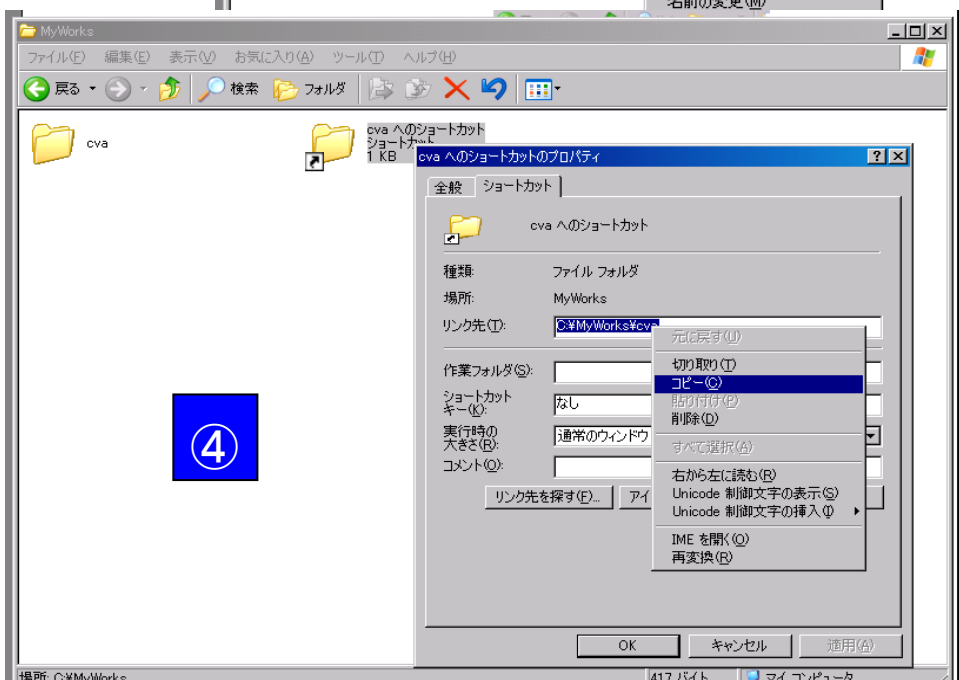
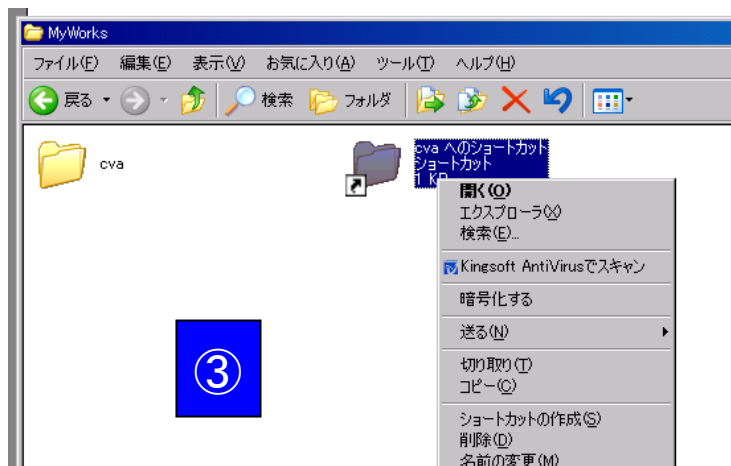
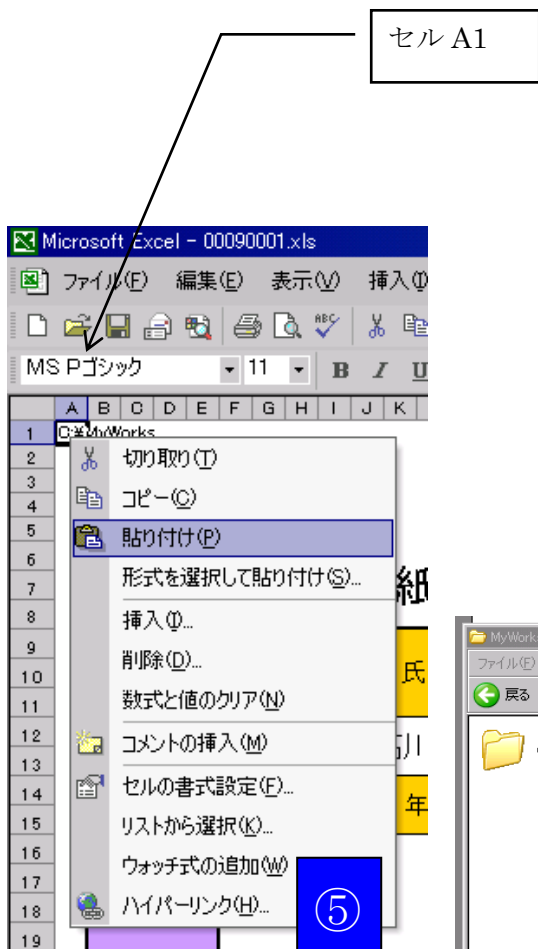
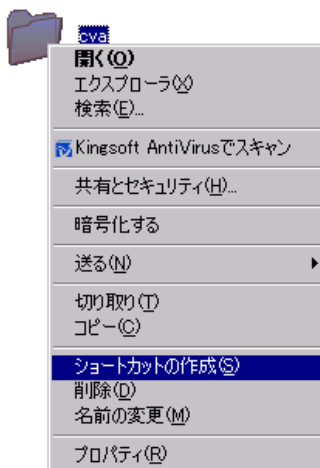
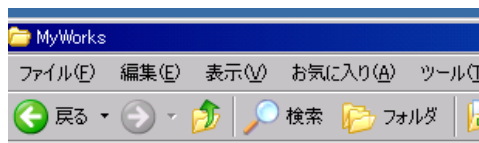
作成したファイルより個人情報を削除し、コードをファイル名として保存します。そのファイルの保管先を 1 箇所として指定する場合に使える自動処理ボタンをつけておきます。

利用方法)

- ① 原本の基本情報 セル A1 に保管先パス名を入力（次ページのパス名取得の詳細参照）し、保存。
- ② 登録時、コードを入力
- ③ 退院時、基本情報の右上に「管理病院送付用ファイル作成」をクリック。指定保存先フォルダーにコード名のついたファイルが個人情報を除いて作成される。

● 保存先パス名取得の方法

- ① 保存先フォルダーの作成
- ② 保存先フォルダーを右クリックし、ショートカットを作成。
- ③ ショウトカットフォルダーを右クリックしてプロパティを開く
- ④ ショートカットタブのリンク先にあるパス名をコピーする。
- ⑤ 基本情報のセル A1 に貼り付けて終了。



3. 本エクセルファイルは、パスワードによって保護された設

定にしてあります。従って、空白セルの入力は可能ですが、その他のセルは入力や変更ができないようになっています。なお、一応検証済みですが、思わぬところに不都合や、不備があるかも知れません。多分、なんらかの問題があるでしょう。そのような場合は、速やかにパス管理病院までお知らせ下さい。

連絡先：恵寿総合病院 理学療法課 井舟まで。

電話：（代） 0767-52-3211

メール：ptr@keiju.co.jp