

実践！多職種による模擬退院カンファレンス（症例検討会） レジメ

【時間】 10:00～12:00

【会場】 第4会場

【部会】 医師部会

【テーマ】 脳梗塞後、胃ろう・嚥下障害のある方への退院支援を考える

【目標】 退院時の医療機関と在宅の接点のひとつに退院時カンファレンスがある。しかし、実際のカンファレンスでは、人数が揃わず、時間も少ないことが多い。今回、退院支援の一環として多職種連携の会を行い、お互いの職種についての役割・考え方の理解を促す。この体験を通して、地区おける顔の見える関係づくりのため、参加者が各地区に戻り、同様の会を開催するきっかけとする。

【事例】 脳梗塞発症。左片麻痺・嚥下障害のある75歳の男性。胃ろうとなっており、自力排痰が難しく、糖尿病・褥瘡がある。本人と家族の希望が強く、今回自宅退院を予定する。

【タイムスケジュール】

総合司会：千葉大学医学部附属病院教授 藤田伸輔

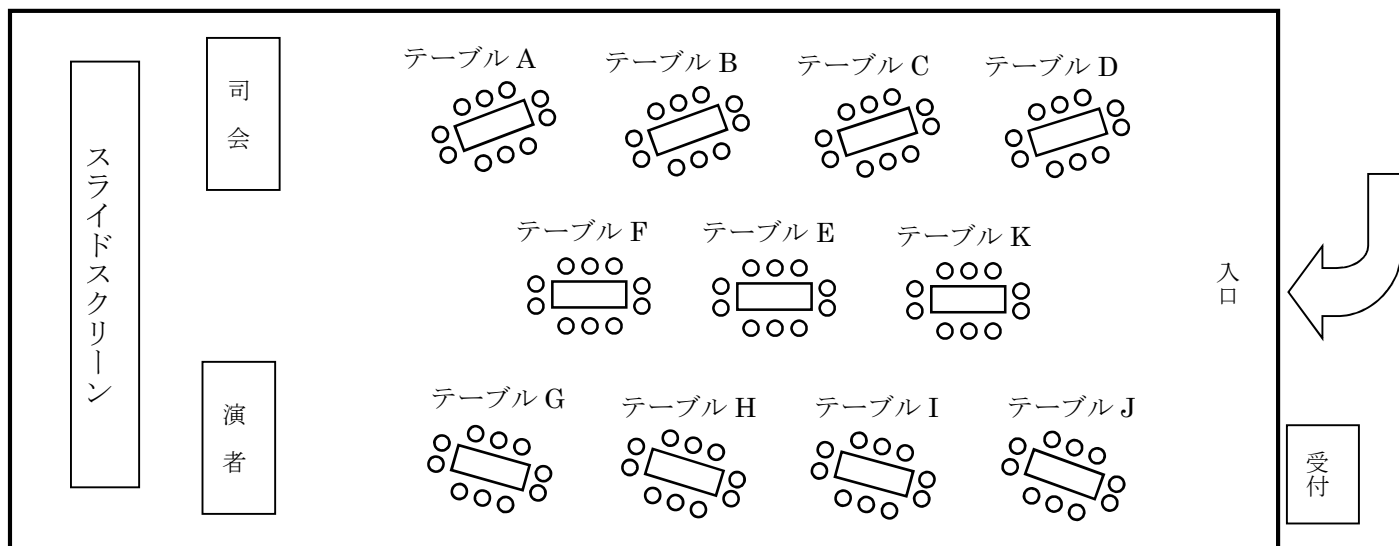
時間	内容	担当
9:30～10:00	受付	総合受付並びに会場受付
10:00～	開会挨拶	千葉県医師会理事 松岡かおり
10:05～ (GW説明 10分) (症例説明 5分)	GW説明・進行 事例説明	千葉大学医学部附属病院教授 藤田伸輔 東京湾岸リハビリテーション病院長 近藤国嗣
10:20～10:30 10:30～11:30 (GW 60分)	自己紹介 GW KJ法	進行：藤田伸輔 タイムキーパー：意見交換会事務局
11:30～11:50	GW発表・質疑応答 4グループに分かれる まとめと振り返り	進行：藤田伸輔
11:50～	総評・閉会挨拶	千葉県救急医療センター部長 古口徳雄
12:00～	アンケート回収	会場受付又は総合受付 (敬称略)

【配布資料】 ①勉強会レジメ ②参加者名簿 ③事例(サマリー・パス・連携シート)④アンケート

【グループワークの流れ】

- ①司会・記録者・発表者の決定 ②付箋を使つての進行し、症例の課題・療養方針を決定 ③まとめ
④発表 各グループ3分 質疑 2分 ○急性期(①A・B、②C・D・E) 回復期(③F・G・H ④I・J・K)

【会場レイアウト】



第6回千葉県脳卒中連携の会 多職種による模擬退院カンファレンス参加者

- 司会者・書記・発表者の決定
- 発表 各グループ5分 質疑2分

テーブルA 急性期

ファシリテーター	看護師
病院側	医師・看護師・MSW・PT・歯科医師・薬剤師
在宅側	訪問看護・CM・地域包括・PT

テーブルB 急性期

ファシリテーター	薬剤師
病院側	医師・看護師・MSW・PT・薬剤師
在宅側	医師・看護師・CM・OT・ヘルパー

テーブルC 急性期

ファシリテーター	医師
病院側	医師・看護師・MSW・ST・栄養士
在宅側	看護師・CM・PT・歯科医師・調剤薬局

テーブルD 急性期

ファシリテーター	医師
病院側	医師・看護師・MSW・PT・歯科医師・栄養士
在宅側	訪問看護・地域包括・ST・調剤薬局

テーブルE 急性期

ファシリテーター	保健師
病院側	看護師・MSW・ST・薬剤師・歯科医師
在宅側	医師・訪問看護・CM・PT・ヘルパー

テーブルF 回復期

ファシリテーター	看護師
病院側	医師・看護師・MSW・PT・歯科衛生士
在宅側	CM・地域包括・PT・調剤薬局・ヘルパー

テーブルG 回復期

ファシリテーター	歯科医師
病院側	看護師・MSW・PT・OT・栄養士
在宅側	医師・訪問看護・地域包括・歯科衛生士・ヘルパー

テーブルH 回復期

ファシリテーター	看護師
病院側	医師・MSW・PT・OT・栄養士
在宅側	訪問看護・CM・歯科医師・調剤薬局

テーブルI 回復期

ファシリテーター	保健師
病院側	医師・看護師・PT・歯科医師・栄養士
在宅側	訪問看護・CM・ST・調剤薬局

テーブルJ 回復期

ファシリテーター	PT
病院側	医師・看護師・MSW・PT・薬剤師
在宅側	CM・地域包括・OT・歯科医師

テーブルK 回復期

ファシリテーター	医師
病院側	医師・看護師・MSW・PT・薬剤師
在宅側	訪問看護・CM・PT・歯科医師

医療保険:後期高齢者医療 身体障害者手帳申請中
<p>【心身機能評価】</p> <p>重度左片麻痺, ROM 制限, 左片運動時痛</p> <p>尿便意あるも失禁(+)</p> <p>朝夕は胃瘻から 400Kcal, 昼はミキサー・ペースト食一部介助</p> <p>左半側空間無視, 記憶力低下, 感情失禁あり</p>
<p>【病棟の日常生活活動(ADL)の状況】</p> <p>Bed 上では手すりを使って寝返り, 起き上がり, 端座位は何とか可能</p> <p>プラスチック AFO と 4 点杖で軽介助にて 15m 歩行, 屋外は車いす全介助, 車椅子移乗は見守り~介助</p> <p>整容・更衣は一部介助, 排泄は一部介助, 入浴は全介助・機械浴</p>
<p>【福祉用具】</p> <p>トイレ内突っ張り棒式手すり, 車いす, 2 モータ式ベッド(L 字バーつき)。</p> <p>【退院前指導内容】</p> <p>ADL 介助方法, 食事設定と経管栄養, 服薬(血糖測定, インシュリン注射)</p>
<p>【住環境】</p> <p>公団の 1 階に住んでおり, 屋外に 3 段の階段あり。住宅改修は困難。</p> <p>【その他】</p> <p>年金収入。課税世帯ではあるが, 息子の収入も少なく, 経済的な不安の訴えあり。</p>
<p>本人の希望:家に帰りたいと感情失禁あり。</p> <p>家族の希望:本人が言うなら, 仕方がない。インスリン注射や吸引が心配。</p>
<p>現状の問題点、課題:</p>
<p>備考 カンファレンス前血液検査データ</p> <p>BUN 23 mg/dl HbA1c7.2%、食前血糖値 125mg/dl、クレアチニン 1.1mg/dl (GER 48ml/min)</p> <p>総コレステロール 210 mg/dl アルブミン 3.7 mg/dl</p>

方法：症例の療養法方針を考える

第6回千葉県脳卒中連携の会 多職種による模擬カンファレンス

短期目標：

長期目標：

	課題	支援策
経済面		
食事		
衣服		
運動移動		
排泄		
住環境		
精神面		
生きがい		
交友		

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
診療情報シート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

患者基本情報		月 日記入		科 医師名			
患者氏名	千葉 太郎	ID		性別	男	発症	平成 年 月 日
		生年月日		年齢	75歳	入院	平成 年 月 日
疾患名				病巣部位	右中大脳領域に広汎な脳梗塞		
<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓症 <input type="checkbox"/> 心原性血栓 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()							
<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 高血圧性 <input type="checkbox"/> 脳動脈奇形 <input type="checkbox"/> もやもや病 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()				サイズ	<input checked="" type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 散在性		
<input type="checkbox"/> クモ膜下出血 <input type="checkbox"/> 囊状脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 解離性動脈瘤 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()							
手術	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 月 日(内容) <input type="checkbox"/> 有 月 日(内容)						
特殊疾患	<input type="checkbox"/> 血管狭窄・閉塞() <input type="checkbox"/> 未破裂動脈瘤() <input type="checkbox"/> その他()						
主な障害	<input type="checkbox"/> 右マヒ <input checked="" type="checkbox"/> 左マヒ <input type="checkbox"/> 両マヒ <input type="checkbox"/> 失調 <input checked="" type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 視野障害 <input checked="" type="checkbox"/> 構音・嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他()						
合併症	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 症候性てんかん <input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> その他						
要注意既往症及び生活習慣	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他肝機能障害() <input type="checkbox"/> 腎不全 <input checked="" type="checkbox"/> 腎障害(c-GFR 42) <input checked="" type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他:						
特記事項							
現病歴	<p>○月○日夕食中に発症、意識障害、左片麻痺にて入院。MRIにて右中大脳動脈起始部の閉塞にともなう脳梗塞の診断にてrt-PAが投与されるも再開通が得られず、広汎梗塞となる。意識障害あり、重度左片麻痺、左半側空間失認を生じていた。経管栄養を開始し意識状態の改善を待って、開始食ゼリーより開始。その後ペースト食へ移行するも食事量の増加得られず、肺炎を繰り返したため、入院後45日に胃瘻造設となった。現在は経口摂取を再開し、排痰があるも昼のみペースト食を経口摂取中で水分はとろみ材を使用しています。ADLは車いす移乗動作は見守りレベル、歩行は短下肢装具使用にて妻の中等度介助にて可能となっています。入院中の血圧、血糖コントロールは別紙処方にて安定していました。インスリン注射については家族指導を行いましたはまだ不安な部分もあるようです。当初転院先は回復期リハ施設も考慮されましたがご本人の希望があり、御家族も同意されたため自宅退院となります。今後の御治療の程よろしく願い申し上げます。</p>				投薬内容・インスリン	<input type="checkbox"/> 薬歴添付・薬剤シートあり(この場合は処方記載不要)	
治療内容	<input type="checkbox"/> 地域連携診療計画管理算定可					<input type="checkbox"/> 点滴	終了見込み 月 日 <input type="checkbox"/> 不明
予後の説明内容	麻痺は強く、高次脳機能障害もあるため、身の回り動作も解除が必要な状態から改善することは難しいでしょう。				呼吸	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素投与(L/分)	
					意識レベル	<input type="checkbox"/> 意識障害 <input checked="" type="checkbox"/> JCS-GCS(E4V4M6)	
					リハ施行	<input checked="" type="checkbox"/> PT <input checked="" type="checkbox"/> OT <input checked="" type="checkbox"/> ST	
					栄養経路	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう(月 日) <input type="checkbox"/> TPN	
感染症	疥癬(<input type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> -) 梅毒(<input type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> -) HBs抗原(<input type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> -) HCV抗体(<input type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌(部位) MRSA(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> その他:						
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> CT <input checked="" type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> 血算 <input checked="" type="checkbox"/> 生化学(CRP必須) <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他()						
障害評価	上肢	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> 肘と手が一緒に <input type="checkbox"/> 手が乳頭に挙がる <input checked="" type="checkbox"/> わずかな動き <input type="checkbox"/> 動かない 左右差なし <input type="checkbox"/> 口の高さに挙がる					
	手指	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> 何とか指が1本づつ曲 <input type="checkbox"/> 1本づつ動くが曲げ伸 <input checked="" type="checkbox"/> 指全体のまとまった曲 <input type="checkbox"/> 動かない 左右差なし <input type="checkbox"/> げ伸ばしきれぬ <input type="checkbox"/> ばしきれない <input type="checkbox"/> げ伸ばしのみ					
月	股関節の曲げ	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかり曲がる <input type="checkbox"/> 何とか曲がる <input type="checkbox"/> わずかに曲がる <input checked="" type="checkbox"/> 動かない					
	膝の伸ばし	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかり伸びる <input type="checkbox"/> 何とか伸びる <input type="checkbox"/> わずかに伸びる <input checked="" type="checkbox"/> 動かない					
日	足首のそり	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかりそる <input type="checkbox"/> 何とかそる <input type="checkbox"/> わずかにそる <input checked="" type="checkbox"/> 動かない					
	座位	<input checked="" type="checkbox"/> 背もたれ無しで座位がとれる <input type="checkbox"/> 座位がとれるが傾く、指示にて戻せる <input type="checkbox"/> 指示をしても傾いている <input type="checkbox"/> 座位がとれない					
日	感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 半側空間失認 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> マヒ側をみる <input type="checkbox"/> 正中まではみる <input type="checkbox"/> 健側のみ					
	失調	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
日	失行	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 状況判断能力 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし					
	失語	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input type="checkbox"/> 「時計」が呼称できる <input type="checkbox"/> 「時計」が呼称できない					
日	理解	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input type="checkbox"/> 「手を挙げて」の指示が入る <input type="checkbox"/> 「手を挙げて」の指示が入らない					
	構音障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 「バ」「タ」「カ」がしっかり聞き取れる <input type="checkbox"/> なんとか聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞き取れない					
日	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ゼリーなどのみ試行 <input type="checkbox"/> 非経口					
	退院時情報(月 日退院) 記入者		記入日 月 日				
転院までの増悪等	<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし		最終処方・インスリン	<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 薬歴添付あり(この場合は処方記載不要)			
退院後急性期病院での経過観察	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 内容 (次回診察日) 年 月 日						
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
その他特記事項、禁忌・注意事項	<input type="checkbox"/> MRI()						

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保 管: 急性期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
看護シート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

看護基本情報(月 日記入) 記入者名					
患者名(インザル可)	生年月日 1939年2月8日 ID				
身体	身長 168 cm 体重 56 Kg				
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 摂取量(5~7割) <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養(400 - 経口 -400)cal				
動作	移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子乗車(時間 100 分/回) <input type="checkbox"/> ベッド				
	移動動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	移乗動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
意思疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> ムラあり <input type="checkbox"/> 不可 ナースコール <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 コミュニケーション手段 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> シエスター <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他()				
問題行動	睡眠 <input type="checkbox"/> 良眠 <input checked="" type="checkbox"/> 断眠 <input type="checkbox"/> 不眠 眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 時折 <input type="checkbox"/> 毎晩				
	精神症状 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> うつ <input checked="" type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> その他()				
	問題行動 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 転倒転落 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他()				
	抑制 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 上肢抑制 <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> その他()				
排泄	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 間欠導尿				
褥そう	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(部位 仙骨部に発赤)				
その他	心原性脳梗塞による意識障害、左片麻痺で入院、rt-PAの効果無く広範囲の脳梗塞となり、意識障害が遷延した。入院後も心房細動で時々頻脈となりワソランなどで対処した。入院後経鼻経管栄養であり、意識障害が軽度になってから嚥下食開始するが誤嚥性肺炎を繰り返し、胃瘻造設となる。その後本人の経口からの食事摂取の欲求が強く、現在屋のみ45° 座位でミキサー食摂取されている。屋食後疲らみあり、自力排便出来ないときには吸引も施行している。糖尿病に関しては入院時はスライディングスケール対応だったが、現在はトレシバ10単位朝皮下注射し、空腹時血糖100~120mg/dlで経過中。妻にも血糖測定、インシュリン注射の指導を行い、自信はないようだが妻のみにて可能である。仙骨部に発赤あり注意が必要。ADLについては声かけでの立ち上がり、トランス可能、またズボン下げ動作を介助することでトイレで排泄ができています。リハ転院は患者が拒否し家に帰りたいと主張し、妻も不安はあるが失の強い希望を聞き入れ自宅への退院を予定している。				
退院時情報(月 日退院) 記入者 記入日 月 日					
バイタルサイン	体温 36.5~ 37.0 度 脈拍 70~90 不整脈 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 心房細動 血圧 収縮期 130~150 拡張期 80~90 SpO2 ; 92 ~96				
褥そう(内容)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処置方法: <input checked="" type="checkbox"/> SpO2 ; 92 ~96				
食事栄養	経路 <input checked="" type="checkbox"/> 経口、 <input checked="" type="checkbox"/> 経管摂取(銘柄、投与量)(ラコール400x2朝夕)kcal、投与時間(2.5時間/回)(口鼻腔 <input checked="" type="checkbox"/> 胃瘻 <input checked="" type="checkbox"/> 経口訓練併用) TPN				
	形態 主食 <input type="checkbox"/> ご飯、 <input type="checkbox"/> 軟飯、 <input type="checkbox"/> 全粥、 <input checked="" type="checkbox"/> ミキサー粥				
	副食 <input type="checkbox"/> ゼリー、 <input type="checkbox"/> ゼリー食、 <input checked="" type="checkbox"/> ミキサーペースト食、 <input type="checkbox"/> やわらか食、 <input type="checkbox"/> 軟菜・刻み食、 <input type="checkbox"/> 常食(下記の副菜コメント参照)				
	水分 <input checked="" type="checkbox"/> どろみあり、(トロミの強さ <input checked="" type="checkbox"/> 弱め、 <input type="checkbox"/> 強め)、(どろみ剤の銘柄・分量など つるりんこ 3g)、水分量(200 ml)				
	動作 <input type="checkbox"/> 自立(口補助具使用)、 <input type="checkbox"/> 見守り必要、 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助(自力摂取可能だが疲れると食べなくなるため途中から介助)、 <input type="checkbox"/> 全介助				
摂取量 <input type="checkbox"/> 全量 <input checked="" type="checkbox"/> 3/4~1/2 <input type="checkbox"/> 1/2~1/4 <input type="checkbox"/> 1/4以下 <input type="checkbox"/> その他()					
治療食 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(DM食 1200kcal <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> ワファリン食 <input type="checkbox"/> タンパク制限()g					
特記 <input type="checkbox"/> 禁止食() <input type="checkbox"/> その他()					
口腔の状態	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input checked="" type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 開口障害 <input type="checkbox"/> その他()				
排泄	方法 日中:トイレ 夜間:トイレ、時々失禁				
	尿意 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし				
	失禁 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり				
	便意 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし				
	排便コントロール <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/> 摘便				
動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
入浴	一般浴(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input checked="" type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭 バイタル上下限 170/80				
日常生活機能評価	患者の状況	得点	0点	1点	2点
	床上安静の指示	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			
	寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> できない			
	座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要 <input type="checkbox"/> できない			
	移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動 <input checked="" type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送含む)			
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない			
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
他者への意思の伝達	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるときとできないときがある <input type="checkbox"/> できない				
診療・療養上の指示が通じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
危険行動	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり				
合計得点		8点			
その後の経過(サマリー代用可):					
退院日情報	車椅子乗車可能時間 100分/回 最終排便 /				
安静時バイタルサイン	体温 度 脈拍 不整脈 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 血圧 / SpO2 ;				

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管: 急性期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
リハシート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

リハビリテーション基本情報(月 日記入) 記入者						
患者名(イニシャル可)	千葉太郎	生年月日	1939/2/8	ID		
リハ開始日	年 月 日					
病前の活動状態(家屋内移動・散歩・買い物・旅行)						
1. 禁忌(血圧、心拍、SpO2制限など)	時々頻脈となる。					
2. リハ拒否など	特になし					
3. 失語	■なし □あり() □不明					
4. 嚥下障害(有・無)	□なし ■あり(誤嚥性肺炎を繰り返し胃瘻造設、屋のみ経口) □不明					
5. 端座位	□未実施 □全介助 ■部分介助 □自立					
6. 立位	□未実施 □全介助 ■部分介助 □自立					
7. 歩行	□未実施 □全介助 ■部分介助 □自立					
特記事項 耐久性低い。注意障害、半側空間無視、記憶力の低下あり、日常生活上に見守り・介助必要。						
退院時情報(月 日退院) 記入者 記入日 月 日						
リハ開始日	PT開始日	年 月 日	OT開始日	年 月 日	ST開始日	年 月 日
リハサービス処方単位数/週	PT 10		OT 10		ST 5	
骨・関節疾患による禁忌・配慮事項						
その他の配慮事項						
評価項目	1. 機能的・能力的予後:mRS	□0 □1 □2 □3 ■4 □5 □6			FIM	点数
	2. 認知症	□なし ■あり(MMSE18点, 計算, 記名, 図形模写, 見当識低下)			セルフケア	
	3. 意欲	□なし □あり ■不明			食事・スプーン	1
	4. 訓練中のバイタル変動	■なし □あり()			整容	3
	5. 配慮事項	(記述)			入浴(洗い動作)	2
	6. 日常的なコミュニケーション手段	(記述)			更衣(上半身)	3
	7. 握力	右 34 kg /左 0 kg			更衣(下半身)	3
	8. 痛み	□なし ■あり(運動時左肩痛)			トイレ動作	3
	9. Br.stage(手/上肢/下肢)	右	上肢()手指()下肢()		小計	15
		左	上肢(Ⅲ)手指(Ⅲ)下肢(Ⅱ)		排泄コントロール	
	10. 感覚障害(上肢/下肢)	上肢	□なし □あり(□重度 □中等度 □軽度) □不明		排尿	3
		下肢	□なし □あり(□重度 □中等度 □軽度) □不明		排便	4
	11. ROM制限	□なし ■あり(肩屈曲・外転 90°、股関節屈曲100°、足関節背)			小計	7
	12. 半側空間無視障害	□なし ■あり □不明			移乗	
	13. 見当識障害	□なし ■あり □不明			ベッド・イス・車イス	5
	14. 問題行動	(記述)			トイレ	4
	15. 失語	■なし □あり □不明			浴槽・シャワー	1
	16. 構音障害(有・無)	□なし ■あり □不明			小計	10
	17. 嚥下障害(有・無)	□なし ■あり □不明			移動	
	検査:VF、VE、水のみテスト(有・無)	□なし □あり : □VF ■VE ■水飲みテスト			歩行	3
嚥下訓練開始日	年 月 日 (記述)			車椅子	4	
18. リハ経過(動作練習実施の有無)				階段	2	
ベッド上動作	□未実施 ■実施 : 開始 年 月 日			小計	9	
座位	□未実施 ■実施 : 開始 年 月 日			コミュニケーション		
移乗	□未実施 ■実施 : 開始 年 月 日			理解(聴覚・視覚)	4	
立ち上がり・立位	□未実施 ■実施 : 開始 年 月 日			表出(音声・非音声)	3	
立ち上がり回数	□未実施 ■1~10回 □11~20回 □20回以上			小計	7	
歩行	□未実施 ■実施 : 開始 年 月 日			社会認識		
応用歩行(階段・屋外など)	□未実施 ■実施 : 開始 年 月 日			社会的交流	4	
19. 基本動作能力				問題解決	3	
ベッド上動作	□全介助 ■部分介助 □自立			記憶	3	
端座位	□未実施 □全介助 □部分介助 ■自立			小計	10	
立位	□未実施 □全介助 ■部分介助 □自立			■できる □している FIM合計	58	
歩行	□未実施 □全介助 ■部分介助 □自立					
20. 下肢装具使用(記載)	□なし ■あり:プラスチック短下肢装具(P-AFO)					
特記事項 リハ内容・途中終了など(サマリー代用可) ベッド上では手すりを利用し寝返り起き上がり。麻痺上下肢管理に介助が必要。端座位は可。動的座位では見守りを要す。P-AFO、4点杖、軽介助にて15m歩行可能。屋外は車いす介助。マンション入り口の階段は手すりを使って家族介助にて何とか可能。玄関の上り框は4点杖にて介助にて昇降可。2モーター式のベッド(L字パーつき)導入。昼間は介助歩行でトイレを使用、トイレ周りを取り外し可能な手すりを設置した。靴の着脱、整容は椅子座位。胃瘻+、屋のみペースト食。すくいやすい皿、STスプーン、後半は摂食介助。整容は座位にて実施。歯磨き、髭の剃り残し介助。更衣動作は左半側空間無視の影響あり。トイレでのズボン上げ下げ部分介助。						
添付資料	□VF結果 □SLTA結果 □その他()					
在宅リハの継続目標 本人・家族の希望	□通院 □通所 □訪問					

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管: 急性期病院が作成し、原本を保管してください。

平成26年4月版

千葉県共用 脳卒中地域医療連携バス 連携シート
MSWシート【急性期病院作成用】

発行病院〇〇病院
送り先

医療社会事業基本情報 (月 日記入) 記入者			
患者名(イニシャル可)	千葉太郎	生年月日	1939/2/8 ID
居住地	(都道府県)千葉 (市)千葉 ■自宅 □施設()		
同居家族	□単身 ■配偶者 ■子 □子の家族 □その他()		
キーパーソン	氏名(イニシャル)	続柄	妻 連絡先 043-〇〇〇〇-〇〇〇〇
保険種別	□国保 □社保 ■後期高齢者 □共済 □自賠責・第三者行為 □労災 □生活保護 担当		
本人の希望	□不明 □職場復帰 ■在宅 □病院(医療・介護) □施設		
(妻)の希望	□不明 □職場復帰 ■在宅 □病院(医療・介護) □施設		
リスク	□不明 □経済 □家屋 □家族 □介護		
申請支援	□未実施 ■介護保険 □身障手帳 □特定疾患 □傷病手当金 □国保加入 □生活保護 □その他()		
介護保険申請中(要介護5の見込み)、身障手帳はまだ時期的に早いため申請していません。			
部屋希望 □大部屋 □個室 □どちらでも可			
退院時情報(月 日退院) 記入者			記入日 月 日 ※書ける範囲で可
介護保険入院前	□不明 □なし □未確認 ■申請中 □支援1 □支援2 □介護1 □介護2 □介護3 □介護4 □介護5		
サービス利用	□不明 □住宅改修 ■福祉用具貸与 □訪問看護 □通所 □入所 □介護 □その他()		
転院時	□不明 □不要 □未確認 □説明済み □申請中 □認定済み()		
ケアマネジャー	□不明 □なし ■あり 氏名 〇〇	事業所名	チューリップ訪問看護ステーション 連絡先
身障手帳	□不明 ■なし □申請中(□新規 □等級変更) □有(□入院前に取得 □今回取得)		
種別等級	□肢体 級 □平衡 級 □音声言語 級 □そしゃく 級 □聴覚 級 □視覚 級 □内部 級 □精神 級		
発症前のADL	□不明 ■自立 □見守り □一部介助 □全介助		
家族的背景+心理面	本人の方向性の変化	□不明 □変わらず □職場復帰 ■在宅 □病院(医療・介護) □施設	
	希望阻害因子	□不明 ■経済力 ■介護力不足・介護協力不足等 □介護者不在 ■住宅改修不可能・住宅構造上 ■病態	
	家族の方向性の変化	□不明 □変わらず □職場復帰 ■在宅 □病院(医療・介護) □施設	
	希望阻害因子	□不明 ■経済力 ■介護力不足・介護協力不足等 □介護者不在 ■住宅改修不可能・住宅構造上 ■病態	
本人・妻ともに当初より自宅退院を希望していた。栄養摂取方法が胃ろう中心となり、自宅で生活ができるのかについて、妻は自身の腰痛もあり不安が強かったが、本人の強い希望があったため、自宅退院方向となった。入院中後半は妻への介助の指導と手技の指導を担当り、担当看護師が行った。同居の長男に精神疾患があるも現状安定しており、仕事にも行っているが、状態の悪化も考えられ、妻としては長男に負担をかけられないと思っている。次男は隣の市に住んでいるが、次男は仕事が多忙で、次男の妻も仕事あり、子ども小さいため協力が難しい状況。			
社会的背景+経済面	入院前	□不明 □会社員 □公務員 □自営(内容) ■年金(■高齢 □遺族 □障害) ■無職(自転車管理週2回)	
	退院時	□不明 収入:□なし ■あり(□傷病手当金 ■年金(高齢厚生年金)) □生活保護 □その他()	
課税世帯ではあるが、息子の収入も少なく、経済的な不安の訴えがあった。			
その他	住宅環境	□戸建て(□所有 □賃貸) ■集合住宅(□所有 ■賃貸) (1)階 EV停止(□あり ■なし) □その他()	
	障害となる構造	□不明 □なし ■あり	
	公団の1階に住んでおり、屋外に3段の階段あり。外出時、妻の介助で昇降が可能ではあるが、妻の腰痛を考えるとサポートが必要。改修は難しいため、行っていない。レンタルで手すり(突っ張り棒式)の設置をトイレに行った。その他、車いすとベッドをレンタル予定。		
在宅移行に必要なサービス	■訪問看護(□指示書記載) ■訪問介護 □住宅改修 ■福祉用具 □通所系サービス ■訪問入浴 □その他()		

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保 管: 急性期病院が作成し、原本を保管してください。

平成26年4月版

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
薬剤シート

発行機関 ○○病院
送り先

患者基本情報 (H27 年 2 月 3 日記入)		薬剤師名					
患者氏名		生年月日		年齢	75歳	性別	男性
薬剤の管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(<input checked="" type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 施設(施設名:) <input type="checkbox"/> その他()						
指導上の注意	投薬は経口ではなく、胃ろうから投与しています。妻はインスリン注射にはまだ自信がないようですので、適宜アドバイスをしてあげてください。						
服用方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃管 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他()						
副作用・アレルギー ※可能ならば原因薬剤と年月日を記載							
<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明							
服用薬剤							
※ 現在服用中の全薬剤(内服薬・外用薬・注射薬等、定時薬・臨時薬)を記録する。 ※ 「粉砕」・「簡易懸濁」は、現在の状況についてチェック(✓)を入れる。 ※ 数種類の散剤、軟膏剤を混合している場合には、内容も記録する。 ※ 「医療機関等」には、「処方した医療機関、調剤した薬局」の欄より対応する番号を記載する。							
No.	調剤医薬品	先発医薬品	用法・用量	粉砕	簡易懸濁	医療機関等	
1	エリキユース2.5mg		2錠 分2 朝・夕食後		<input type="checkbox"/>	①	
2	エクア錠50mg		2錠 分2 朝食後・夕食後		<input type="checkbox"/>	①	
3	オルメテック錠20mg		1錠 分1 朝食後		<input type="checkbox"/>	①	
4	カルブロック錠16mg		1錠 分1 朝食後	<input type="checkbox"/>		①	
5	マグラックス錠330mg		3錠 分3 朝・昼・夕(毎食後)		<input type="checkbox"/>	①	
6	シンラック内用液0.75%	ラキソベロン液	1回10滴 分1 就寝前			①	
7	レンドルミン錠0.25mg		1錠 分1 就寝前		<input type="checkbox"/>	①	
8	トレシーバ		朝 10単位			①	
調剤に関する特記事項							
錠剤の粉砕は、それぞれ乳糖で1包0.2gになるよう賦形しています。レンドルミンは不眠時投与しています。マグラックス錠は水に溶けます。							
その他							
内服薬、インシュリンの管理は家族(妻)が行っています。							
一般用医薬品、健康食品等				嗜好品			
<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				<input type="checkbox"/> 喫煙歴 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他			
医療機器・医療材料							
<input type="checkbox"/> 血糖自己測定器 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ペンニードル32Gテーパー使用							
処方した医療機関、調剤した薬局							
	医療機関等の名称	TEL		医療機関等の名称	TEL		
①	○○病院			⑤			
②				⑥			
③				⑦			
④				⑧			

※かかりつけ薬局には○を付けること。

※ 院外処方せんを発行する際には、「薬剤シート(本シート)」および「診療情報シート」の写しを添付してください。患者さんへは処方せんと写しを合わせて薬局に提示するように説明してください。

平成26年4月版

施設名: ○○病院

作成日: 平成 27 年 2 月 3 日

連絡先: 直通 代表 作成者

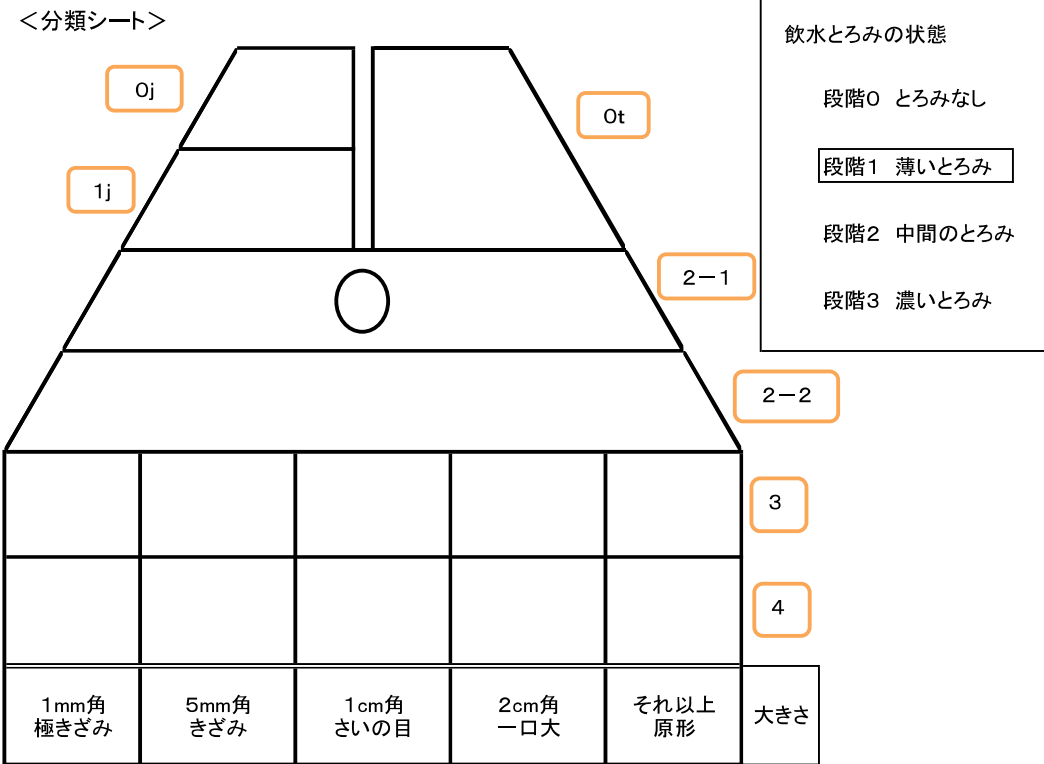
患者氏名: 千葉 太郎 様 年齢: 75 歳 性別: 男 女

生年月日: M T 14 年 2 月 8 日 身長: 168 cm 体重: 56 kg
S H BMI: 19.8 標準体重: 62.1 kg

＜食事情報＞		経口	経管 ※	入院時(測定記録があれば記入)	
食種	経管栄養(朝・夕)+嚥下ミキサーDM12(昼)	エネルギー	1200 kcal	蛋白質	48.8 g
摂取量: 主	100 %	副	100 %	400 kcal	経管水分量
				追加	総量
				400	ml

その他特記事項

主病名: 脳梗塞(左片麻痺)
 既往歴: 糖尿病(インスリン投与)・腎機能低下あり
 胃ろう+昼のみ経口(ミキサー食・ミキサー粥)1200Kcal 昼食400kcal 日中経口水分400ml目標



- 説明
- 0j: 均質で、附着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー。
離水が少なく、スライス状にすくうことが可能。
 - Ot: 均質で、附着性・凝集性・硬さに配慮したとろみ水。
(原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみのどちらかが適している。)
 - 1j: 均質で、附着性・凝集性・硬さ・離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの。
 - 2-1: ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかでべたつかず、まとまりやすいもの。
スプーンですくって食べることが可能なもの。
 - 2-2: ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む。
スプーンですくって食べることが可能なもの。
 - 3: 形はあるが、押しつぶしが容易。
食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの。
多量の離水がない。
 - 4: 硬さ・ばらけやすさ・貼りつきのないもの。箸やスプーンで切れるやわらかさ。

歯科基本情報		月	日記入	歯科・口腔外科 歯科医師名		
患者氏名	千葉 太郎	ID	疾患名		脳梗塞	
口腔内状況	<p>右上7番がないが、リエスあり。緊急性は複数の根面力</p>		歯科傷病名			
			歯周病 摂食嚥下障害			
			抗血小板薬・抗凝固薬の使用状況等			
			使用薬剤	エリキュース		
			PT-INR値			
			その他止血機能検査等			
			口腔外科処置に係る注意事項・特記事項			
			アレルギーの有無			
			薬剤/麻酔	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
			その他(食物、ラテックス等)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
う蝕	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり()歯					
歯肉炎・歯周炎	<input type="checkbox"/> なし・軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度					
義歯の状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用)		上顎	<input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯		
			下顎	<input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯		
義歯の適合状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良・破損あり					
口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 重度					
その他粘膜疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
開口障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 強度					
構音障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ()					
肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
口腔衛生	食物残渣/歯垢	<input type="checkbox"/> なし・少量 <input checked="" type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 多量 (部位)				
	義歯清掃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良				
	舌苔	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1/2以下 <input checked="" type="checkbox"/> 全体にある <input type="checkbox"/> 全体に蓄積				
	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度				
	BDR指標	B 歯磨き(Brushing)	<input type="checkbox"/> ほぼ自分で磨く <input type="checkbox"/> 部分的には自分で磨く <input checked="" type="checkbox"/> 自分で磨けない			
		D 義歯着脱(Denture Wearing)	<input type="checkbox"/> 自分で着脱する <input type="checkbox"/> 着脱のどちらかができる <input type="checkbox"/> 自分ではまったく着脱しない			
R うがい(Mouth Rinsing)		<input type="checkbox"/> フクフクうがいをする <input type="checkbox"/> 水を口に含む程度はする <input checked="" type="checkbox"/> 水を口に含むことも出来ない				
口腔ケア用具等	<input checked="" type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input checked="" type="checkbox"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> 義歯ブラシ <input checked="" type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> 義歯洗浄剤 <input type="checkbox"/> その他()					
治療の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
食事(栄養方法・内容)	<input type="checkbox"/> 経口(<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下障害食) <input type="checkbox"/> 経管(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経静脈) <input checked="" type="checkbox"/> 経口・経管併用					
機能評価	検査	<input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> その他()				
	障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 先行期 <input checked="" type="checkbox"/> 準備期 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔期 <input checked="" type="checkbox"/> 咽頭期 <input type="checkbox"/> 食道期)				
	RSST	1回目()秒 2回目()秒 3回目()秒 30秒間の回数(回)				
	舌運動	1. 良好 2. やや不十分(左・右・上・下) 3. <u>不</u> 十分				
所見	嚥下造影ではペースト食で咽頭残留を認めるが明らかな誤嚥なし。食事開始も食事量増加得られず。現在屋のみペースト食。水分はとろみ必要。					
嚥下訓練必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
その他特記事項等	口腔衛生のセルフケアは困難であり介助者によるケア必要。口腔乾燥著名であり口蓋、舌に痂皮の付着認める。積極的な保湿必要。週1~2回の専門的介入必要と考える。					

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
診療情報シート【回復期病院作成用】

発行病院
送り先

患者基本情報		月 日記入		科 医師名			
患者氏名	千葉 太郎	ID		性別	発症		
		生年月日		年齢	平成 年 月 日		
機能障害	<input type="checkbox"/> 右マヒ <input checked="" type="checkbox"/> 左マヒ <input type="checkbox"/> 両マヒ <input type="checkbox"/> 四肢マヒ <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 認知症 改定版長谷川式簡易知能評価スケール 点 MMSE 18 点 <input type="checkbox"/> うつ症状 GDS 点						
既往症及び生活習慣	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肝機能障害() <input checked="" type="checkbox"/> 腎障害(e-GFR 42) <input type="checkbox"/> 認知症() <input type="checkbox"/> 脳血管障害() <input type="checkbox"/> MRSA感染症 <input checked="" type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他()						
入院中合併症	<input checked="" type="checkbox"/> 肺炎 <input checked="" type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 症候性てんかん <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 <input type="checkbox"/> その他()						
回復期入院経過	<p>〇月〇日夕食中に発症、意識障害、左片麻痺にて〇病院に入院。MRIにて右中大脳動脈起始部の閉塞にともなう脳梗塞の診断にてrt-PAが投与されるも再開通が得られず、広汎梗塞となる。急性期の治療が安定して経鼻経管栄養にて発症28日後に当院にリハビリ目的に転院となる。当初軽度意識障害あり、重度左片麻痺、左半側空間失認を生じていた。嚥下造影にて咽頭残留あるも明らかな誤嚥なく、開始食ゼリーより開始。その後ベースト食へ移行するも食事量の増加得られず、肺炎も発症したため、入院後45日に胃瘻造設となった。現在は経口摂取を再開し、排便があるも昼のみベースト食を経口摂取中水分はとろみ材を使用しています。ADLは車いす移動動作は見守りレベル、歩行は短下肢装具使用にて妻の中等度介助にて可能となっています。入院中の血圧、血糖コントロールは別紙処方にて安定していました。インスリン注射については家族指導を行いました。現在不安な部分もあるようです。当初転院先は施設も考慮されましたがご家族・本人の希望もあり自宅退院となります。今後の御治療の程よろしくお願い申し上げます。</p>		投薬内容・インスリン 自己管理 <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 禁忌薬剤() 朝 昼 夜 夕		<input checked="" type="checkbox"/> 薬歴添付・薬剤シートあり(この場合処方記載不要)		
リスク因子	高血圧 <input type="checkbox"/> コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 高脂血症 <input type="checkbox"/> コントロール <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 糖尿病 <input type="checkbox"/> コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 心房細動 <input checked="" type="checkbox"/> 他の不整脈 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他	点滴 <input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり 終了見込み 月 日 呼吸 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素投与(L/分) 意識レベル <input type="checkbox"/> 意識障害 JCS・GCS(I-I) 栄養経路 <input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> TPN 排尿 <input type="checkbox"/> 自尿 <input type="checkbox"/> 間歇導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル					
病状の安定性	<input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定						
本人への説明	自宅に帰っても日中は座って過ごしましょう。継続してご自宅でも運動を続けましょう						
家族への説明	肺炎の発症に注意しながら、経口摂取を継続しましょう。屋内はなるべく歩き、立ち上がり訓練も続けましょう。						
感染症	疥癬(〇+ <input checked="" type="checkbox"/> -) 梅毒(〇+ <input checked="" type="checkbox"/> -) HBs抗原(〇+ <input checked="" type="checkbox"/> -) HCV抗体(〇+ <input checked="" type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌(部位) MRSA(〇+ <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> その他						
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> CT <input checked="" type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 血算 <input checked="" type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他()						
障害評価(月)	上肢	<input type="checkbox"/> 正常 左右差なし	<input type="checkbox"/> ほぼ正常	<input type="checkbox"/> 肘と手が一緒に 口の高さに挙がる	<input type="checkbox"/> 手が乳頭に挙がる	<input checked="" type="checkbox"/> わずかな動き	<input type="checkbox"/> 動かない
	手指	<input type="checkbox"/> 正常 左右差なし	<input type="checkbox"/> ほぼ正常	<input type="checkbox"/> 何とかが指が本づつ曲 げ伸ばしきれぬ	<input type="checkbox"/> 1本づつ動くが曲げ伸 ばしきれぬ	<input checked="" type="checkbox"/> 指全体のまとまった曲 げ伸ばしのみ	<input type="checkbox"/> 動かない
	股関節の曲げ	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかりと曲がる <input type="checkbox"/> 何とか曲がる <input type="checkbox"/> わずかに曲がる <input checked="" type="checkbox"/> 動かない					
	膝の伸ばし	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかりと曲がる <input type="checkbox"/> 何とか曲がる <input type="checkbox"/> わずかに曲がる <input checked="" type="checkbox"/> 動かない					
	足首のそり	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかりとそる <input type="checkbox"/> 何とかそる <input type="checkbox"/> わずかにそる <input checked="" type="checkbox"/> 動かない					
	座位	<input checked="" type="checkbox"/> 背もたれ無しで座位がとれる <input type="checkbox"/> 座位がとれるが傾く、指示にて戻せる <input type="checkbox"/> 指示をしても傾いている <input type="checkbox"/> 座位がとれない					
	感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 脱失		半側空間失認 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> マヒ側をみる <input type="checkbox"/> 正中まではみる <input type="checkbox"/> 健側のみ			
	失行	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		精神障害 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
	失語	表出	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input type="checkbox"/> 「時計」が呼称できる <input type="checkbox"/> 「時計」が呼称できない		状況判断能力 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
		理解	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input type="checkbox"/> 「手を挙げて」の指示が入る <input type="checkbox"/> 「手を挙げて」の指示が入らない				
	構音障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 「ハ」「タ」「カ」がしっかりと聞き取れる <input type="checkbox"/> なんとか聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞き取れない					
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ゼリーなどのみ試行 <input type="checkbox"/> 非経口					
変化・経過(転院時情報)		<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 薬歴添付あり(この場合処方記載不要)		最終処方・インスリン			
バイタルサイン制限	運動時上限	血圧	脈拍	入浴時上限	血圧	脈拍	体温
退院後回復期病院での経過観察	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要		内容	(次回診察日) 年 月 日			
その他特記事項、注意事項							

* 送付先: 退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院(報告)へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保 管: 回復期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
看護シート【回復期病院作成用】

発行病院
送り先

看護基本情報(月 日退院)記入者名										記入日	2月	8日
者名(イニシャル可)	千葉 太郎				生年月日	1939年2月8日			ID			
身体	身長	168cm		体重	56kg		利き手	■ 右 □ 左				
バイタルサイン	体温	36.8 ~ 37.3		脈拍	70~80 回/分		不整脈	□ なし ■ あり				
	収縮期	120~140mmHg		拡張期	70~80mmHg							
	SPO2	93~96 %										
処置	□ なし ■ あり 部位() 処置方法(吸引: 屋食後痰がらみあり自力排痰できないときあり 3~4回/日)											
褥瘡	□ なし ■ あり 部位(仙骨部) 大きさ(横5cm×縦6cm) グレード(I) 処置方法()											
意思疎通	ナースコール:	■ 可 □ 不可		コミュニケーション手段	■ 口頭 ■ ジェスチャー □ 筆談 □ その他()							
	補聴器:	□ なし ■ あり										
睡眠	□ 良眠 ■ 断眠 □ 不眠 眠剤(レンドルミン2.5mg不眠時胃瘦より注入): □ なし ■ 時々 □ 毎晩											
精神動と症状	精神症状	□ なし □ うつ ■ 感情失禁 □ 夜間せん妄 ■ その他(日によって覚醒状態に日内変動あり)										
	行動症状	□ 大声 □ 不穏 □ 暴力 □ 不潔 □ 徘徊 □ 転倒転落 □ 昼夜逆転 □ その他()										
	対応	■ なし □ 4点柵 □ ミトン □ センサー □ 四肢抑制 □ 体幹抑制 □ その他()										
移動	□ 自立歩行 □ 介助歩行 □ 杖 □ 歩行器 □ 車椅子自操 ■ 車椅子乗車(時間100分×3回/日) □ ストレッチャー											
食事栄養	経路	■ 経口: 屋のみ ■ 経管摂取 (銘柄、投与量) (朝、夕: 各ラコールNF400ml(1ml/1Kcal) + 水200ml 水先行) 投与時間 (2.5時間/回) (□ 鼻腔 ■ 胃瘻 □ 経口訓練)										
	形態	主食 □ ご飯、□ 軟飯、□ 全粥、■ ミキサー粥 副食 □ ゼリー、□ ゼリー食、■ ミキサーペースト食、□ やわらか食、□ 軟菜・刻み食、□ 常食 (下記の副菜コメント参照)										
	水分	■ とろみあり、(とろみの強さ ■ 弱め、□ 強め)、(とろみ剤の銘柄・分量など つるりんこ3g)、水分量 (200ml)										
	動作	□ 自立(□ 補助具使用)、□ 見守り必要、■ 一部介助(自力摂取可能だが疲れたら食べなくなる為途中から介助にて摂取)、□ 全介助										
	摂取量	□ 全量 ■ 3/4~1/2 □ 1/2~1/4 □ 1/4以下 □ その他()										
	治療食	□ なし ■ あり(DM)のため400kcal/食 □ 塩分 g □ ワーファリン食 □ タンパク制限()g										
	特記	□ 禁止食() □ その他()										
口腔の状態	□ 痛み □ 出血 □ 腫脹 ■ 乾燥 ■ 口臭 □ 舌苔 □ 開口障害 □ その他()											
排泄	方法	日中: トイレ		夜間: トイレ、時々失禁		伝達事項	次回交換日	サイズ	種類			
	尿意	■ あり □ 不明確 □ なし					□ 留置カテーテル	/	Fr			
	失禁	□ なし ■ あり					□ 鼻腔 ■ 胃瘻	7月8日	24Fr×3.5cm	イディアルボタン		
	便意	■ あり □ 不明確 □ なし					□ 気管切開	/	mm			
	排便コントロール	便秘傾向、失便も時々あり。下剤内服中。					□ その他()	/				
動作	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助				□ その他()	/						
入浴	一般浴(□ 自立 □ 介助) シャワー浴(□ 自立 □ 介助)						バイタル上限		BP170mmHg			
	■ 機械浴 □ ベッド上清拭						バイタル下限		BP80mmHg			
日常生活機能評価	患者の状況		得点			特記事項						
			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		□ 介助を要しない移動	■ 介助を要する移動(搬送含む)								
	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	□ できるときできないときがある	□ 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		■ はい	□ ある									
合計得点		8点			義歯 ■ なし □ あり							
入院時の経過: 心原性脳梗塞後の左片麻痺と軽度の構音障害あり、リハビリ目的にて入院。頻脈のため入院後3日間モニター装着し監視を行ったが、リハビリ中も胸部症状なく経過しモニター監視終了となる。入院時経鼻経管栄養でありVF施行し、嚥下食開始するが誤嚥性肺炎併発し抗生剤治療にて改善するが、再度嚥下食開始したところで発熱あり。胃瘻造設となる。その後本人の経口からの食事摂取の欲求が強く、現在屋のみ45° 座位でミキサー食摂取されている。屋食後痰がらみあり、自力排痰出来ないときには吸引も施行している。糖尿病に関しては入院時はスライディングスケール対応だったが、現在はトレシーバを10単位朝皮下注射し、空腹時血糖100~120mg/dlで経過中。妻にも血糖測定、インシュリン注射の指導行い、自信はないようだが妻のみにて可能である。仙骨部に発赤あり注意が必要。ADLについては声かけでの立ち上がり、トランス可能、またズボン下げ動作を介助することでトイレで排泄ができています。患者の家に帰りたい、好きなものを食べさせてあげたいとの妻の希望あり自宅への退院を予定している。												
指導内容				■ 移動・移乗指導 ■ 食事(経管)・栄養指導(経管栄養含む) ■ 服薬指導(血糖測定、インシュリン注射) ■ 排泄(オムツ)・トイレ指導 ■ 更衣指導 ■ その他(褥瘡処置、吸引手技を指導したが、確実な施行に至っていない)								
退院日バイタルサイン	体温	度	脈拍	回/分	不整脈	□ なし □ あり	血圧	/	mmhg	SpO2	%	

* 送付先: 退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院(報告)へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管: 回復期病院が作成し、原本を保管してください。

平成26年4月版

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
リハシート【回復期病院作成用】

発行病院

送り先

リハビリテーション退院時情報(退院)記入者		退院)記入者		記入日							
患者名(イニシャル可)	千葉 太郎		生年月日	昭和14年2月8日	ID						
担当	担当PT	担当OT	担当ST								
リハ開始日	PT開始日	OT開始日	ST開始日								
リハサービス処方単位数/週	PT 25単位	OT 25単位	ST	10単位							
禁忌・配慮事項	耐久性低い。注意障害、半側空間無視、記憶力の低下あり、日常生活上に見守り・介助必要。										
リハ拒否など	特になし										
評価項目	1. 認知症	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明(MMSE18点、計算、記銘、図形模写、見当識の低下)							
	2. うつの有無	<input type="checkbox"/> 評価困難	<input checked="" type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> やや重 <input type="checkbox"/> 重症)	PHQ-9	6点					
	2. 意欲	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明(自発性低下)							
	4. 訓練中のバイタル変動	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり								
	5. 日常的なコミュニケーション手段	<input checked="" type="checkbox"/> 能言	<input type="checkbox"/> 筆談	<input type="checkbox"/> Yes/No	<input type="checkbox"/> その他()						
	6. 握力	右	22 kg	左	測定困難 kg						
	7. 痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(左肩運動時痛)								
	8. Bratage(手/上肢/下肢)	右(上肢: 手指:)	手指: 下肢:)	左(上肢: III 手指: III 下肢: II)							
	9. 感覚障害(上肢/下肢)	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり: 上肢 <input type="checkbox"/> 重度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度	下肢 <input type="checkbox"/> 重度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度							
	10. ROM制限	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(肩屈曲・外転 90°、股関節屈曲100°、足関節背屈0°)								
	11. 見当識障害	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(日付が分からない。場所や人の認知は慣れれば概ね問題なし。)								
	12. 問題行動	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり								
	13. 半側空間無視障害	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(左半側空間無視あり。BIT通常検査95点、行動検査55点)								
	14. 失語	<input checked="" type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> あり								
	15. 失行・失認	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり								
	16. 記憶障害	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(日課を覚えてもらえない。)								
	17. 注意障害	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(注意の容量、持続に問題あり。)								
	18. 遂行機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり								
	19. 構音障害(有・無)	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(明瞭度3。聞き手が知っていれば内容が分かる。)								
	20. 嚥下障害(有・無)	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(送り込み不良で嚥下反射の惹起に遅延あり。喉頭蓋谷・梨状窩に残留あり、複数回嘔)								
	検査: VF, VE, 水のみテスト(有・無)	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり: <input checked="" type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input checked="" type="checkbox"/> 水飲みテスト								
	嚥下訓練開始日	記述									
21. 基本動作能力											
ベッド上動作	<input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立(手すり+。麻痺上下肢管理に介助。)							
座位	<input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 部分介助	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立(端座位は可。動的座位では見守りを要す。)							
立位	<input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 部分介助	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立(手すり+)							
院内歩行	<input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立 連続歩行距離約 15 m							
屋外歩行	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立 連続歩行距離約 m							
階段昇降	<input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立(10cm程度の段差、手すりあれば介助にて可能。)							
22. 下肢装具使用(記載)	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(記述)	プラスチック製短下肢装具(P-AFO)								
FIM		入院時点数	退院時点数	福祉用具・介助方法等							
セルフケア	食事・スプーン	1	1	胃瘻+、屋のみペースト食。すくいやすい皿、STスプーン、後半は摂食介助。整容は座位にて実施。歯磨き、髭の剃り残し介助。更衣動作は左半側空間無視の影響あり。トイレでのスポンジ上げ下げ部分介助。	移動	歩行	1	3	P-AFO、4点杖、軽介助にて15m歩行可能。屋外は車いす介助。		
	整容	2	3			車イス	1	4			
	入浴(洗い動作)	1	2			階段	1	2			
	更衣(上半身)	1	3			小計	2	9			
	更衣(下半身)	1	3			コミュニケーション	理解(聴覚・視覚)	3		4	注意力低下あり、会話は簡単な内容にする配慮必要。
	トイレ動作	1	3			表出(音声・非音声)	3	3			
小計	7	15	小計	6	7						
排泄	排尿	1	3	社会認識	社会的交流	4	4	他者との交流は受け身的。日常生活上の問題解決に援助が必要なおくことがある。日課を覚えておくことに援助が必要。			
	排便	2	4		問題解決	2	3				
	小計	3	7		記憶	2	3				
移乗	ベッド・イス・車イス	2	5	FIM合計	小計	8	10				
	トイレ	1	4		日常生活関連動作	<input type="checkbox"/> 実施 <input checked="" type="checkbox"/> 未実施					
	浴槽・シャワー	1	1		30	58					
	小計	4	10								
家屋調査の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
必要性のある環境設定	マンション入り口の階段は手すりを使って家族介助にて何とか可能。玄関の上り框は4点杖にて介助にて昇降可。2モーター式のベッド(L字バーつき)導入。昼間は介助歩行でトイレを使用、トイレ周りを取り外し可能な手すりを設置した。靴の着脱、整容は椅子座位。										
退院後リハの継続目標	家族等の援助者による介助を受け、自宅で安定した生活を送ることができる。摂食機能、認知機能、歩行能力の維持・向上のための指導および適切な介護保険サービス等の利用のための援助。在宅生活継続のための家族支援。										
家族指導	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(家族指導内容)	重度片麻痺に加え、左半側空間無視、注意障害が日常生活に影響している。起居・移乗、歩行、排泄、更衣等、ADLの介助や関わり方を指導した。車いすは、施設内であれば、駆動可能であるが、屋外は介助。嚥下障害の状態と嚥下食(ペースト食)・とりみ判の使用について指導した。									
添付資料	<input type="checkbox"/> VF結果 <input type="checkbox"/> SLTA結果 <input checked="" type="checkbox"/> 家屋調査報告書 <input type="checkbox"/> その他()										
特記事項 リハ内容など(サマリー代用可)											

* 送付先: 退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院(報告)へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管: 回復期病院が作成し、原本を保管してください。

平成26年4月版

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
MSWシート【回復期病院作成用】

発行病院
送り先

医療社会事業基本情報(月 日退院)記入者		記入日	月	日
患者名(イニシャル可)	生年月日	75歳	ID	
居住地	千葉(都・道・府・県) 千葉 (市) □ 自宅() 方 □ 施設()			
同居家族	□ 単身 ■ 配偶者 ■ 子 □ 子の家族 □ 両親 □ 兄弟姉妹 □ その他()			
キーパーソン	氏名 (イニシャル可)	続柄	妻	連絡先
介護力・主介護者	■ あり □ なし □ 配偶者 □ 子() □ 子の家族() □ 両親 □ 兄弟姉妹 □ その他()			
保険種別	□ 国保 □ 社保 ■ 後期高齢者 □ 共済 □ 自賠責・第三者行為 □ 労災 □ 生保 担当			
社会福祉制度等申請状況	□ 未申請 ■ 介護保険 ■ 身障手帳 □ 傷病手当金 □ 生活保護 □ 特定疾患 □ その他()			
発症前のADL	■ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助			
発症前の社会・生活状況の概要		家族構成		
<p>シルバー人材センターに登録し、週2回仕事をしていた。 糖尿病・高血圧・心房細動で徒歩10分のクリニックに通院していた。 家事全般は妻の仕事だったが、長男の状態が不安定な時や車の運転などは協力していた。</p>				
介護保険	■ 申請中 □ 支援1 □ 支援2 □ 介護1 □ 介護2 □ 介護3 □ 介護4 □ 介護5			
サービス調整状況	□ なし □ 住宅改修 ■ 福祉用具貸与 □ 訪問介護 □ 通所 □ 入所 □ その他()			
ケアマネージャー	□ なし ■ あり 氏名 ○・○ 事業所名 チューリップ訪問看護ステーション 連絡先 043-○○○○-			
障害者手帳	■ 身体障害者手帳(肢体 級;平衡 級;音声言語 級;そしゃく 級;聴覚 級;視覚 級;内部 級) ■ 申請中 □ なし □ 精神障害者保健福祉手帳(級) □ 申請中 ■ なし □ 療育手帳(□ A □ Aの1 □ Aの2 □ Bの1 □ Bの2) □ 申請中 ■ なし			
在宅主治医	医療機関名 ○○クリニック【往診】		主治医名 連絡先	
歯科医	医療機関名		主治医名 連絡先	
家族的背景+心理面	本人の方向性 ■ 変わらず □ 職場復帰 ■ 在宅 □ 病院(医療・介護) □ 施設 □ 未定 □ その他			
	希望阻害因子 ■ 経済力 ■ 介護力不足・介護協力不足等 □ 介護者不在 ■ 住宅改修不可能・住宅構造上 ■ 病態 □ 職場調整			
	家族の方向性 ■ 変わらず □ 職場復帰 ■ 在宅 □ 病院(医療・介護) □ 施設 □ 未定 □ その他			
	希望阻害因子 ■ 経済力 ■ 介護力不足・介護協力不足等 □ 介護者不在 ■ 住宅改修不可能・住宅構造上 ■ 病態 □ 職場調整			
本人・妻ともに当初より自宅退院を希望していた。栄養摂取方法が胃ろう中心となり、自宅で生活ができるのかについて、妻は自身の腰痛もあり不安が強かったが、本人の強い希望があったため、自宅退院方向となった。入院後半は妻への介助の指導と手技の指導を担当り、担当看護師が行った。 同居の長男に精神疾患があるも現状安定しており、仕事にも行っているが、状態の悪化も考えられ、妻としては長男に負担をかけられないと思っている。次男は隣の市に住んでいるが、次男は仕事が多忙で、次男の妻も仕事あり、子ども小さいため協力が難しい状況。				
社会的背景+経済面	発症前	□ 会社員 □ 公務員 □ 自営 □ 無職 ■ その他(自転車管理 週2回) ■ 年金(■ 老齢 □ 遺族 □ 障害)		
	退院時	収入 □ なし ■ あり □ 傷病手当金 ■ 年金(老齢厚生年金) □ 生活保護 □ 預貯金 □ その他() ■ 課税 □ 非課税 課税世帯ではあるが、息子の収入も少なく、経済的な不安の訴えがあった。		
その他	住宅環境	□ 戸建て(□ 所有 □ 賃貸) ■ 集合住宅(□ 所有 ■ 賃貸) (1)階 EV停止(□ あり ■ なし) □ その他()		
	障害となる構造	■ 階段: ■ 屋外 □ 屋内(手すり; □ なし □ 上り左 □ 上り右 □ 両方) ■ 家への出入り □ 段差(□ 浴室 □ トイレ □ 廊下 □ 玄関) □ トイレ □ 浴槽 □ その他()		
	改修状況(済=レ点)	□ 階段: □ 屋外 □ 屋内(手すり; □ なし □ 上り左 □ 上り右 □ 両方) □ 家への出入り □ 段差(□ 浴室 □ トイレ □ 廊下 □ 玄関) □ トイレ □ 浴槽 □ その他()		
	公団の1階に住んでおり、屋外に3段の階段あり。外出時、妻の介助で昇降が可能ではあるが、妻の腰痛を考えるとサポートが必要。改修は難しいため、行っていない。レンタルで手すり(突っ張り棒式)の設置をトイレに行った。その他、車いすとベッドをレンタル予定。			
退院後の生活の場	■ 自宅 □ 家族宅 □ 有料老人ホーム等 □ 介護施設等 □ 療養病床 □ その他()			

* 送付先: 退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院(報告)へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。
* 保 管: 回復期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
薬剤シート

発行機関 ○○病院
送り先

患者基本情報 (H27 年 2 月 3 日記入)		薬剤師名					
患者氏名		生年月日		年齢	75歳	性別	男性
薬剤の管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(<input checked="" type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 施設(施設名:) <input type="checkbox"/> その他()						
指導上の注意	投薬は経口ではなく、胃ろうから投与しています。妻はインスリン注射にはまだ自信がないようですので、適宜アドバイスをしてあげてください。						
服用方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃管 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他()						
副作用・アレルギー ※可能ならば原因薬剤と年月日を記載							
<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明							
服用薬剤							
※ 現在服用中の全薬剤(内服薬・外用薬・注射薬等、定時薬・臨時薬)を記録する。 ※ 「粉碎」・「簡易懸濁」は、現在の状況についてチェック(✓)を入れる。 ※ 数種類の散剤、軟膏剤を混合している場合には、内容も記録する。 ※ 「医療機関等」には、「処方した医療機関、調剤した薬局」の欄より対応する番号を記載する。							
No.	調剤医薬品	先発医薬品	用法・用量	粉碎	簡易懸濁	医療機関等	
1	エリキユース2.5mg		2錠 分2 朝・夕食後		<input type="checkbox"/>	①	
2	エクア錠50mg		2錠 分2 朝食後・夕食後		<input type="checkbox"/>	①	
3	オルメテック錠20mg		1錠 分1 朝食後		<input type="checkbox"/>	①	
4	カルブロック錠16mg		1錠 分1 朝食後	<input type="checkbox"/>		①	
5	マグラックス錠330mg		3錠 分3 朝・昼・夕(毎食後)		<input type="checkbox"/>	①	
6	シンラック内用液0.75%	ラキソベロン液	1回10滴 分1 就寝前			①	
7	レンドルミン錠0.25mg		1錠 分1 就寝前		<input type="checkbox"/>	①	
8	トレシーバ		朝 10単位			①	
調剤に関する特記事項							
錠剤の粉碎は、それぞれ乳糖で1包0.2gになるよう賦形しています。レンドルミンは不眠時投与しています。マグラックス錠は水に溶けます。							
その他							
内服薬、インシュリンの管理は家族(妻)が行っています。							
一般用医薬品、健康食品等				嗜好品			
<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				<input type="checkbox"/> 喫煙歴 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他			
医療機器・医療材料							
<input type="checkbox"/> 血糖自己測定器 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ペンニードル32Gテーパー使用							
処方した医療機関、調剤した薬局							
	医療機関等の名称	TEL		医療機関等の名称	TEL		
①	○○病院			⑤			
②				⑥			
③				⑦			
④				⑧			

※かかりつけ薬局には○を付けること。

※ 院外処方せんを発行する際には、「薬剤シート(本シート)」および「診療情報シート」の写しを添付してください。患者さんへは処方せんと写しを合わせて薬局に提示するように説明してください。

平成26年4月版

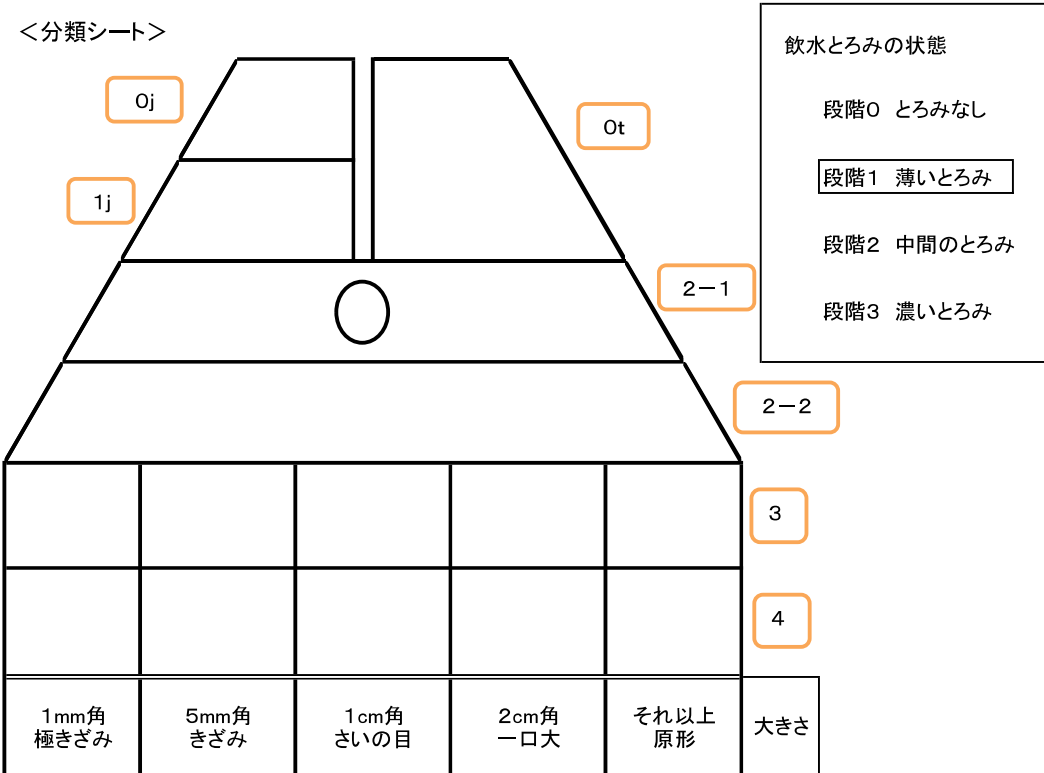
施設名: ○○病院 作成日: 平成 27 年 2 月 3 日

連絡先: 直通 代表 作成者

患者氏名: 千葉 太郎 様 年齢: 75 歳 性別: 男 女
 生年月日: M T 14 年 2 月 8 日 身長: 168 cm 体重: 56 kg
 S H BMI: 19.8 標準体重: 62.1 kg

<食事情報> 経口 経管 ※ 入院時(測定記録があれば記入)
 身長: 168 cm 体重: 55 kg
 食種 経管栄養(朝・夕)+嚥下ミキサーDM12(昼) エネルギー 1200 kcal 蛋白質 48.8 g
 摂取量: 主 100 % 副 100 % 400 kcal 経管水分量 追加 総量 400 ml

その他特記事項
 主病名: 脳梗塞(左片麻痺)
 既往歴: 糖尿病(インスリン投与)・腎機能低下あり
 胃ろう+昼のみ経口(ミキサー食・ミキサー粥)1200Kcal 昼食400kcal 日中経口水分400ml目標



- 説明
- Oj: 均質で、附着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー。
離水が少なく、スライス状にすくうことが可能。
 - Ot: 均質で、附着性・凝集性・硬さに配慮したとろみ水。
(原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみのどちらかが適している。)
 - 1j: 均質で、附着性・凝集性・硬さ・離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの。
 - 2-1: ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかでべたつかず、まとまりやすいもの。
スプーンですくって食べることが可能なもの。
 - 2-2: ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む。
スプーンですくって食べることが可能なもの。
 - 3: 形はあるが、押しつぶしが容易。
食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの。
多量の離水がない。
 - 4: 硬さ・ばらけやすさ・貼りつきのないもの。箸やスプーンで切れるやわらかさ。

歯科基本情報		月	日記入	歯科・口腔外科 歯科医師名		
患者氏名	千葉 太郎	ID		疾患名	脳梗塞	
口腔内状況	<p>右上7番がないが、リエスあり。緊急性は複数の根面力</p>			歯科傷病名		
				歯周病 摂食嚥下障害		
				抗血小板薬・抗凝固薬の使用状況等		
				使用薬剤	エリキュース	
				PT-INR値		
				その他止血機能検査等		
				口腔外科処置に係る注意事項・特記事項		
				アレルギーの有無		
				薬剤/麻酔	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
				その他(食物、ラテックス等)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
う蝕	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり()歯					
歯肉炎・歯周炎	<input type="checkbox"/> なし・軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度					
義歯の状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用)		上顎	<input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯		
			下顎	<input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯		
義歯の適合状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良・破損あり					
口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 重度					
その他粘膜疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
開口障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 強度					
構音障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ()					
肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
口腔衛生	食物残渣/歯垢	<input type="checkbox"/> なし・少量 <input checked="" type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 多量 (部位)				
	義歯清掃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良				
	舌苔	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1/2以下 <input checked="" type="checkbox"/> 全体にある <input type="checkbox"/> 全体に蓄積				
	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度				
	BDR指標	B 歯磨き(Brushing)	<input type="checkbox"/> ほぼ自分で磨く <input type="checkbox"/> 部分的には自分で磨く <input checked="" type="checkbox"/> 自分で磨けない			
		D 義歯着脱(Denture Wearing)	<input type="checkbox"/> 自分で着脱する <input type="checkbox"/> 着脱のどちらかができる <input type="checkbox"/> 自分ではまったく着脱しない			
R うがい(Mouth Rinsing)		<input type="checkbox"/> フクフクうがいをする <input type="checkbox"/> 水を口に含む程度はする <input checked="" type="checkbox"/> 水を口に含むことも出来ない				
口腔ケア用具等	<input checked="" type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input checked="" type="checkbox"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> 義歯ブラシ <input checked="" type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> 義歯洗浄剤 <input type="checkbox"/> その他()					
治療の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
食事(栄養方法・内容)	<input type="checkbox"/> 経口(<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下障害食) <input type="checkbox"/> 経管(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経静脈) <input checked="" type="checkbox"/> 経口・経管併用					
機能評価	検査	<input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> その他()				
	障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 先行期 <input checked="" type="checkbox"/> 準備期 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔期 <input checked="" type="checkbox"/> 咽頭期 <input type="checkbox"/> 食道期)				
	RSST	1回目()秒 2回目()秒 3回目()秒 30秒間の回数(回)				
	舌運動	1. 良好 2. やや不十分(左・右・上・下) 3. <u>不</u> 十分				
所見	嚥下造影ではペースト食で咽頭残留を認めるが明らかな誤嚥なし。食事開始も食事量増加得られず。現在屋のみペースト食。水分はとろみ必要。					
嚥下訓練必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
その他特記事項等	口腔衛生のセルフケアは困難であり介助者によるケア必要。口腔乾燥著名であり口蓋、舌に痲癢の付着認める。積極的な保湿必要。週1~2回の専門的介入必要と考える。					

千葉県地域生活連携シート(参考様式)【介護支援専門員 ⇄ 医療機関】

平成23年4月版

(1)入院先の医療機関等名称 様	下記利用者(家族)の同意に基づき、利用者の身体・生活機能等の情報を送付しますので、ご活用ください。	(2)送付日: (面談日):	平成 年 月 日
		(3)入院日: (退院日):	平成 年 月 日

(4)利用者氏名 <small>(ふりがな)</small>	千葉 太郎	(5)生年・性別等 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 14年 2月 8日 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (満 75歳)	(6)生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(7)障害等認定 <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 身障(申請中) <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神(級) <input type="checkbox"/> 特定疾患
(8)要介護度	要介護5	認定有効期間 ~ 年 月 日	(9)障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度) B1	(10)認知症高齢者日常生活自立度 IIa
(11)介護サービス利用状況	訪問介護(回/週) 訪問リハ(回/週) 通所介護(回/週) 訪問入浴(回/週) 訪問看護(回/週) 通所リハ(回/週) ショート(日/月) その他() 居宅療養管理指導() 福祉用具()			
(12)同居家族	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 ()		(13)住居: <input type="checkbox"/> 戸建 <input checked="" type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション(1階) <input type="checkbox"/> 施設 (エレベータ: <input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し)	
(14)主介護者	千葉 華子	続柄: 妻	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	電話: 就労状況: 無し 健康状態: 腰痛あり
(15)キーパーソン	千葉 華子	続柄: 妻	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	電話: (16)緊急連絡先:

(17) かかりつけ情報等 (医師・歯科医師・訪問看護ステーション・薬局等)

主病名	情報源	医療機関等名称	診療科名等	受診状況等	電話番号	特記事項(既往歴等)
1: 心房細動・糖尿病	<input checked="" type="checkbox"/> 意見書 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等	Sクリニック	内科	外来通院		心房細動・喫煙歴あり。同居の息子が就労中。かかりつけ医が訪問診療可能か確認。
2:	<input checked="" type="checkbox"/> 意見書 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等					
3:	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 家族等					

記入時の身体・生活機能等

(18)記入日: 平成 27年 2月 8日		入院時 <input checked="" type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()	
(19)麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位:	<input checked="" type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()
(20)褥瘡の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(部位:)	(21)皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り(肛門周囲発赤)
(22)視力	<input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input checked="" type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能	(23)眼鏡	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
(24)聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 大声なら何とか聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能	(25)補聴器	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り
(26)意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	(27)失語症	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明
(28)認知症症状	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()	感情失禁あり。家に帰りたいと泣く。傾聴が必要。	
(29)睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠障害()	(30)眠剤	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩
(31)起居動作	<input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input checked="" type="checkbox"/> 寝たきり <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要	(32)移動:	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子
(33)摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 経管(方法: 胃ろう 内容: フォール 量: 800 所要時間: 2.5時間)		
(34)食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	(35)水分トロミ	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り
(36)食動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(37)食事制限	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り
(38)口腔環境	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	(39)義歯使用	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input checked="" type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 義歯不要
(40)口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	(41)方法	<input checked="" type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> うがい
(42)排尿介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(43)排尿能力	<input checked="" type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル
(44)排便介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(45)PTイレ使用	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
(47)衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(46)オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input checked="" type="checkbox"/> 常時
(48)服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	(49)薬の形状	<input checked="" type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> 液剤 <input type="checkbox"/> その他()
(51)介護上、特に注意すべき点等	誤嚥性肺炎歴あり。朝夕に胃ろうからの栄養剤を注入しているが、昼は経口摂取でミキサー食合計1200カロリー。転倒と誤嚥性肺炎再発に注意。薬剤は簡易懸濁法で胃ろうから投与。インスリン・血糖測定は妻が施行、低血糖に注意。		(52)介護・看取りに関する本人・家族の意向等 できるだけ自宅で過ごしたい。また肺炎が起らないか心配。口からの摂取量を増やしたい。

(53) 本シートの記入者

所属	H居宅介護支援事業所	担当		住所	
電話		FAX		Eメール	
(54)ケアプラン: <input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未済					

千葉県地域生活連携シート使用上の留意点

1 千葉県地域生活連携シートの使用方法（入院時）

本シートは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、記入対象者である介護サービス利用者本人または家族の同意を得たうえで、利用者の身体機能等の情報について記入し、入院先の医療機関に送付するものです。

なお、居宅介護支援事業所が、利用者が入院してから7日以内に、入院先の医療機関に対し、本シートの送付等により利用者情報を提供した場合には、介護保険の医療連携加算の算定対象となります。

2 千葉県地域生活連携シートの使用方法（退院・退所時）

本シートは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、利用者の退院・退所の際、入院先の医療機関または入所先の施設の職員と面談し提供された利用者情報を記入しておき、居宅サービス計画の作成等に活用するためのものです。

なお、利用者の退院・退所に当たり、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設または介護保険施設の職員と面談を行い、必要な情報提供を受け、居宅サービス計画を作成し、居宅サービスの利用に関する調整を行った場合には、介護保険の退院・退所加算の算定対象となります。

3 個人情報の取り扱いについて

本シートには、利用者等の身体機能等、数多くの個人情報が含まれておりますので、取り扱いには最大限の注意を払ってください。

本シートの記入及び送付に当たっては、必ず本人または家族の同意を得てください。

特に、本シートをFAXまたはEメール等で医療機関に送付する際は、一旦、利用者及び主介護者等の氏名の欄を空欄にして医療機関に送付した後、医療機関に電話連絡し、医療機関のほうで氏名を記入してもらう等の配慮が必要です。

また、本シートは、利用者本人及び家族等が見ることを前提に作成してください。そのため、記入する内容（特に認知症症状や既往歴等）については十分に注意してください。

4 千葉県地域生活連携シートの記入頻度等について

概ね半年に一度、利用者の在宅安定時の状況を本シートに記入し、保管しておくことが、利用者の入院時に迅速に対応できるという点から、望ましいと考えます。

また、月一回のモニタリングの際、本シートをモニタリングシートとして使用することもできます。

ただし、利用者の身体機能等に変化があった場合には、その都度、本シートに直近の情報を記入してください。

なお、認定調査結果や主治医意見書等を参考に本シートを記入する場合には、認定調査結果や主治医意見書等に記載されている利用者の身体機能等の情報と、直近の情報が異なる場合には、直近の情報を優先して記入してください。

5 家族等との連絡体制

利用者が入院した際、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対し、家族等から即時その旨の連絡がなされるよう、利用者及び家族等には日頃から本シートの趣旨を説明し、理解を得ておく必要があります。

6 入院先の医療機関への送付について

利用者が入院した際、直ちに本シートを医療機関に持参または郵送、FAX、Eメール等により送付してください。

また、シートを送付した際は、居宅介護支援経過に、入院日、送付日及び送付先の医療機関等名称を必ず記録してください。

（記入例）

「平成22年4月1日△△病院に入院。平成22年4月2日△△病院に地域生活連携シートを送付し情報提供した」

なお、シートを送付する際の手段（郵送、FAXまたはEメール等）や、医療機関がシートを受領したか否かを確認する手段（電話、FAXまたはEメール等）については、地域の医療機関と事前に協議のうえ取り決めておくことが望ましいと考えます。

7 千葉県共用脳卒中地域医療連携パスとの関係

本シートは、千葉県共用脳卒中地域医療連携パスの中の「介護シート」として、脳卒中の患者が退院する際に、回復期医療機関等から提供されることもあります。介護シートは、脳卒中の再発に備え、上記と同様に概ね半年に一度記入しておくことが望ましいと考えます。

なお、介護シートは、本シートと記入項目が完全に一致しており、本シートから転記することが可能です。