

## 急性期・回復期病院間の退院支援ルール

### 1) 病院機能の特徴や役割を考えた上で、共に思いやりを持った連携をしましょう

#### ①急性期病院では、

- 急性期治療終了に焦点を当て退院（転院）を判断しがちですが回復期病院でのリハビリテーションが円滑にできるかどうかの視点で状態の安定や既往歴管理などに問題がないかを今一度確認し無理のない状況での退院（転院）をめざしましょう。
- また、回復期病院が、患者と面識がないままに入院を受け入れることを考慮しパスなどの書類は、正確かつ最新の情報とし、誰もがわかる言葉で記載しましょう。

#### ②回復期病院では、

- 急性期病院が短い入院期間内に急性期治療と並行して転院準備を行う状況を理解して、患者を受け入れ支援を継続しましょう。
- また、パスの内容に不備や不足があった場合、そのままにせず急性期病院担当者などに連絡し、状況を確認しましょう。  
（確認行動が、急性期病院専門職の気づきにつながります）  
急性期病院への確認の連絡は、急ぎの場合を除いて、人員的に余裕のある平日の日勤帯に行いましょう

### 2) 地域連携パス（書類）の特徴をふまえて、有効に活用しましょう

- パスは簡潔で効率的であるという利点を、最大限に連携に生かすツールです。全ての情報を詳細に伝達・確認することは難しい点を理解し、活用に向けましょう。
- 様々な専門職が作成したパスがひとつに集まって、はじめてパスとして機能します。他職種が作成したパスの内容も合わせて確認するようにしましょう。
- またパス項目によっては、複数のシートで内容が重複しています。項目によってシートに優先順位があることを知り上手く活用しましょう。

| パス項目        | 確認先の優先度                |
|-------------|------------------------|
| 脳卒中以外の病気    | 各診療科の診療情報提供書 > 診療情報シート |
| 既往歴         | 診療情報シート > 看護シート        |
| 嚥下困難        | 栄養シート > 看護シート          |
| インシュリン・血糖測定 | 診療・薬剤シート（薬説明書） > 看護シート |
| 内服薬         | 診療・薬剤シート（薬説明書） > 看護シート |

### **3) 双方の病院でパスの運用ルールや連携について定期的に職員教育を行いましょう**

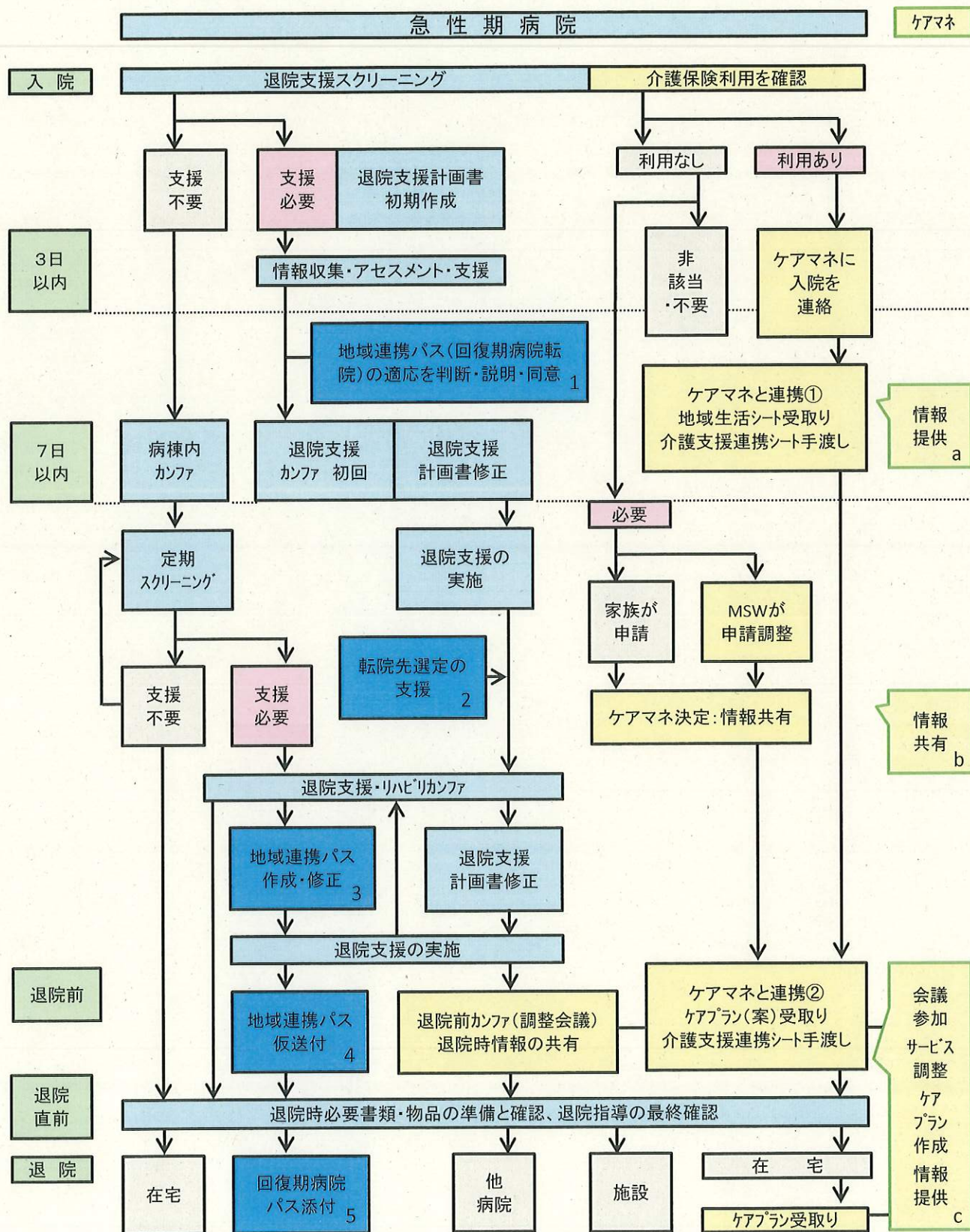
- ・ パスに関することの基本的事項や、新たに決定された運用ルールなどについて、定期的に職員教育を実施し、周知を図りましょう。  
その際、連携先となる病院の機能や連携のあり方についても、合わせて周知を図りましょう。

### **4) 病院間の連携については、実務者レベルで定期的に見直し、運用や連携を見直しましょう**

- ・ パスの運用ルールや連携に関することの窓口担当者を決め  
定期的にパスに関する効果や課題などの情報を収集し、整理しましょう。
- ・ 窓口担当者は、年に3回、地域連携パスに関すること（運用ルールや連携など）の実務者会議を企画し、課題や解決策について共有、定期的な見直しを行いましょう。

脳卒中地域連携パス-急性期病院と地域間連携の退院支援ルール

急性期病院(入院から退院までの支援の流れと連携・調整)



| 急性期病院→回復期病院転院の場合 退院支援実施時の留意点 |             |                                         |                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------|-------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              | 時 期         | 実施内容                                    | 留意点                                                                                                                                                                                                           |
| 1                            | 入院～<br>7日以内 | ・ 病状から回復期病院転院の <b>適応を判断</b>             | ・ 病状以外にも、患者・家族の意向や社会的背景なども考慮する                                                                                                                                                                                |
|                              |             | ・ パス用診療計画書の作成・説明・同意                     | ・ わかりやすい説明で、患者や家族に意識づける（説明後の反応をみて理解や受入れ状況を確認する）                                                                                                                                                               |
|                              |             | ・ 初回リハビリ・退院支援（多職種）カンファレンス               | ・ 回復期病院転院の可能性などの適応や支援内容を多職種で確認する                                                                                                                                                                              |
|                              |             | ・ 病状や治療（転院を含む）に関する <b>説明と同意</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 回復期病院の特徴や転院目的と共に、病状と適応を説明する</li> <li>・ 現時点での回復の可能性（リハビリゴール）と限界予測を説明する</li> <li>・ 患者希望時、転院後の入院期間（予測）を説明し、転院先での再確認を促す</li> <li>・ 患者や家族の理解や転院の受け入れ状況を確認・評価する</li> </ul> |
| 2                            |             | ・ 家族面談（ <b>意向の再確認、転院先の提案、選択のための支援</b> ） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必要時、時期をかえて意向を再確認する</li> <li>・ 転院先病院の概要を説明、費用や地理的要因なども踏まえて選択を支援する</li> </ul>                                                                                          |
|                              |             | ・ リハビリ・退院支援カンファレンス                      | ・ 回復期病院転院の適応や支援内容を、多職種で再評価・修正する                                                                                                                                                                               |
| 3                            |             | ・ <b>パス作成</b> （初期）                      | ・ 意向確認後すみやかに（1週間以内の完成に向けて）各専門職が作成する                                                                                                                                                                           |
| 4                            |             | ・ <b>パス仮送付</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 回復期病院での判定会開催に間に合うように送付する</li> <li>・ 記載できない詳細な情報は、直接口頭で伝達する</li> </ul>                                                                                                |
|                              |             | ・ 判定会結果を確認（回復期病院からの連絡受け）                | ・ 条件つき受け入れの場合、転院までの調整・確認事項を共有し対応する                                                                                                                                                                            |
|                              |             | ・ 患者や家族への結果伝達、転院先への連絡や面談の促し             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族へ、48時間以内を目安に転院先へ連絡するよう説明する</li> <li>・ また、1週間以内を目安に面談日程</li> </ul>                                                                                                  |

|   |    |                         |                       |
|---|----|-------------------------|-----------------------|
|   |    |                         | を組むよう説明する             |
| 5 |    | ・ パスの修正と完成              | ・ 各専門職が情報漏れのないように作成する |
|   | 退院 | ・ <b>パスの送付</b> （家族に手渡す） | ・ 直近の情報、正確な情報かを最終確認する |

| 急性期病院 ⇔ 居宅（ケアマネジャー）の場合 退院支援実施時の留意点 |             |                                  |                                                                                               |
|------------------------------------|-------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    | 時 期         | 実施内容                             | 留意点                                                                                           |
| a                                  | 入院～<br>7日以内 | ・ 介護保険の利用確認                      | ・ 看護問診票や介護保険証、名刺などから介護保険利用や担当ケアマネジャー（連絡先）の有無を確認                                               |
|                                    |             | ・ 連携の必要性を説明し、連携の同意を得る            | ・ 担当ケアマネジャーがいる場合、連携の必要性を説明し、同意を得る                                                             |
|                                    |             | ・ ケアマネジャーに入院を連絡<br>・ 連携日・方法を調整する | ・ 直接か家族などを介して入院を連絡、病院来院（地域生活シート持参）を依頼                                                         |
|                                    |             | ・ 介護支援連携シート作成                    | ・ 項目に従って、シートを作成                                                                               |
|                                    |             | ・ ケアマネジャーとの連携（1回目）を図る            | ・ 地域生活シートを受け取り、入院前の健康状態や生活状況などの情報を得る<br>・ 介護支援連携シートを渡し、入院後の経過、医療提供方針、予測される入院期間を伝え、今後の連携などを確認  |
| b                                  |             | ・ 介護保険の適応と必要性を判断する               | ・ 介護保険未利用、ケアマネジャー不在時、年齢や疾患から介護保険適応を判断<br>・ 医療的管理や生活自立度を評価、生活や介護の協力状況などを踏まえて、介護保険サービス利用の必要性を判断 |
|                                    |             | ・ 介護保険制度の説明と意向確認を行う              | ・ 介護保険が必要な場合、制度の概要を説明し、患者・家族の意向を確認                                                            |
|                                    |             | ・ 介護保険申請や担当ケアマネジャーの決定を支援する       | ・ 可能な場合は、申請手続きや担当ケアマネジャーの調整を家族に依頼<br>・ 家族対応が困難時は、MSW 介入を検討、申請や担当ケアマネジャー決定につなぐ                 |

|   |             |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                   |
|---|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネージャーと連携（1回）</li> </ul>                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域生活シート受け取り以外上記同様</li> </ul>                                                                                                                                             |
|   |             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 随時、ケアマネージャーと連携<br/>介護支援連携シート作成</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 変化や退院の見通しが立てば、情報提供しサービス調整を依頼</li> </ul>                                                                                                                                  |
| c | 退院前<br>1 週間 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院前カンファレンス（調整会議）を実施し、情報を共有する</li> <li>・ ケアマネージャーと連携（2回）</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院前 1 週間を目安に退院前カンファレンスを実施する（来院可能日を事前相談）</li> <li>・ 退院前カンファレンスでは、入院中の経過、退院後予測などを情報提供</li> <li>・ 退院日や退院準備について検討する</li> <li>・ カンファレンス未開催の場合は、介護支援連携シートなどで、情報共有する</li> </ul> |
|   | 退院          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必要時最終の情報提供</li> </ul>                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記連携後に状況変化があれば、ケアマネージャーに情報を伝える</li> </ul>                                                                                                                                |
|   | 退院後         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアプラン受け取り</li> </ul>                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネージャー作成のケアプランを受け取る</li> </ul>                                                                                                                                         |



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

君津中央病院

記載者の記入漏れを確認

| 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)                                                                                                                            | 様 生年月日                                                                                                                     |                                                                  |                                                                                      |                                 | 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)                                                                                                                  | (記述)                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 2. リハ拒否など                                                                                                                              | (記述)                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 3. 失語                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                    | <input type="checkbox"/> 不明                                      |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 4. 嚥下障害(有・無)                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                    | <input type="checkbox"/> 不明                                      |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 5. 端座位                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立        |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 6. 立位                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立        |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 7. 歩行                                                                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 特記事項                                                                                                                                   | <p>・FIMの運動・認知項目の各総点を記入(打診時は下のFIM欄+ここに総点を記載)</p> <p>・HDS-Rの点数を記入。打診時は全員対象</p> <p>・打診時に初診時との麻痺の改善・増悪があれば記載</p>               |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 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                                                                                                                         | OT                                                               | ST                                                                                   |                                 |          |     |  |  |  |
| 骨・関節疾患による禁忌・配慮事項                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| その他の配慮事項                                                                                                                               |                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 1. 機能的・能力的予後:mRS                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                  | b                                                                                    | i                               | b        | b   |  |  |  |
| 2. 認知症                                                                                                                                 | 運動負荷とバイタル変動を記載                                                                                                             |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 3. 意欲                                                                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 4. 訓練中のバイタル変動                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                    | 離床時間を記載<br>・昼食を車椅子なら記載なし<br>(基本はリハ時間+2時間の設定)<br>・上記以外の場合、離床時間を記載 |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 5. 配慮事項                                                                                                                                | (記述)                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 6. 日常的なコミュニケーション手段                                                                                                                     | (記述)                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 7. 握力                                                                                                                                  | 右                                                                                                                          | kg                                                               | /左                                                                                   | kg                              |          |     |  |  |  |
| 8. 痛み                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                    | <input type="checkbox"/> 不明                                      |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 9. Br.stage(手/上肢/下肢)                                                                                                                   | 右                                                                                                                          | 上肢( )                                                            | 手指( )                                                                                | 下肢( )                           | 小計 0     |     |  |  |  |
|                                                                                                                                        | 左                                                                                                                          | 上肢( )                                                            | 手指( )                                                                                | 下肢( )                           | 排泄コントロール |     |  |  |  |
| 10. 感覚障害(上肢/下肢)                                                                                                                        | 上肢                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり          | <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 不明     | 排尿       |     |  |  |  |
|                                                                                                                                        | 下肢                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり          | <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 不明     | 排便       |     |  |  |  |
| 11. ROM制限                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                    | <input type="checkbox"/> 不明                                      |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 12. 半側空間無視障害                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                    | <input type="checkbox"/> 不明                                      |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 13. 見当識障害                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                    | <input type="checkbox"/> 不明                                      |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 14. 問題行動                                                                                                                               | (記述)                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 15. 失語                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                    | <input type="checkbox"/> 不明                                      |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 16. 構音障害(有・無)                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                    | <input type="checkbox"/> 不明                                      |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 17. 嚥下障害(有・無)                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                    | <input type="checkbox"/> 不明                                      |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 検査:VF、VE、水のみテスト(有・無)                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                    | : <input type="checkbox"/> VF                                    | <input type="checkbox"/> VE                                                          | <input type="checkbox"/> 水飲みテスト | 移動       |     |  |  |  |
| 嚥下訓練開始日                                                                                                                                | 年 月 日 (記述)                                                                                                                 |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 18. リハ経過(動作練習実施の有無)                                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| ベッド上動作                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施                                                                   | : 開始                                                             | 年月日                                                                                  | 小計 0                            |          |     |  |  |  |
| 座位                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施                                                                   | : 開始                                                             | 年月日                                                                                  | コミュニケーション                       |          |     |  |  |  |
| 移乗                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施                                                                   | : 開始                                                             | 年月日                                                                                  | 理解(聴覚・視覚)                       |          |     |  |  |  |
| 立ち上がり・立位                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施                                                                   | : 開始                                                             | 年月日                                                                                  | 表出(音声・非音声)                      |          |     |  |  |  |
| 立ち上がり回数                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 1~10回 <input type="checkbox"/> 11~20回 <input type="checkbox"/> 20回以上 | 小計 0                                                             |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 歩行                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施                                                                   | : 開始                                                             | 年月日                                                                                  | 社会認識                            |          |     |  |  |  |
| 応用歩行(階段・屋外など)                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施                                                                   | : 開始                                                             | 年月日                                                                                  | 社会的交流                           |          |     |  |  |  |
| 19. 基本動作能力                                                                                                                             |                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| ベッド上動作                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立                                     | 問題解決                                                             |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 端座位                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立        | 記憶                                                               |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 立位                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 未実施                                                                                               | 小計 0                                                             |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 歩行                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 未実施                                                                                               | 装具を作成した場合は作成した経緯と設定を記載                                           |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 20. 下肢装具使用(記載)                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                    | (記述)                                                             |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| FIM合計 0                                                                                                                                |                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| <p>・HDS-Rは必要な患者のみ記載</p> <p>・さつき台病院の退院時に知りたい情報があれば記載</p> <p>※体重はリハシートには記載なし。<br/>バスとわかった時点で電カル上に記載 タイトル:体重測定で保存<br/>打診時と転院時の2回測定・記載</p> |                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 添付資料                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> VF結果                                                                                              | <input type="checkbox"/> SLTA結果                                  | その他                                                                                  |                                 |          |     |  |  |  |
| 在宅リハの継続目標                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問                                        |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |
| 本人・家族の希望                                                                                                                               |                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                      |                                 |          |     |  |  |  |



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】

記載時の留意点2016.12改訂

発行病院  
送り先

最終の経管栄養量を記入  
白湯量は栄養シート参照

看護基本情報( 月 日 記入) 記入者名

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |                                               |      |         |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------|------|---------|
| 患者名(イニシャル可)                                                                   | 身長                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | cm | 体重 | Kg                                            | 生年月日 | ID      |
| 身体                                                                            | 摂取量( 割) □経管栄養( - - )cal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |                                               |      |         |
| 動作                                                                            | <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子乗車(時間 分/回) <input type="checkbox"/> ベッド<br><input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br><input type="checkbox"/> スコール <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> コミュニケーション手段 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> ジェスチャー<br><input type="checkbox"/> 薬剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時折 <input type="checkbox"/> 毎晩 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |                                               |      |         |
| 問題行動                                                                          | 精神症状 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> その他( )<br>問題行動 <input 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( )<br>抑制 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミン <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 type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 間欠導尿<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |                                               |      |         |
| その他                                                                           | 危険行動などで枠が足りない場合はこの欄を使用し記入する<br>危険行動がある場合は、どんな抑制をしているのかを基本情報の部分に漏れがないように記入する<br>夜間勤務室で様子を見る場合などは記入する                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |                                               |      |         |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 度  | 脈拍 | 不整脈                                           | 血圧   | 収縮期 拡張期 |
| 褥そう(内容)                                                                       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処置方法: 銘柄が抜けないように                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    | <input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> ; ~ |      |         |
| 食事栄養                                                                          | 経路 <input type="checkbox"/> 経口、 <input type="checkbox"/> 経管摂取(銘柄、投与量)( )kcal、投与時間( 時間/回)( <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経口訓練併用) <input type="checkbox"/> TPN<br>形態 主食 <input type="checkbox"/> ご飯、 <input type="checkbox"/> 軟飯、 <input type="checkbox"/> 全粥、 <input type="checkbox"/> ミキサー粥<br>副食 <input type="checkbox"/> ゼリー、 <input type="checkbox"/> ゼリー食、 <input type="checkbox"/> ミキサー・ペースト食、 <input type="checkbox"/> やわらか食、 <input type="checkbox"/> 軟菜・多量<br>水分 <input type="checkbox"/> たっぷりあり、(トロミの強さ <input type="checkbox"/> 弱め、 <input type="checkbox"/> 強め)、(トロミ剤の銘柄・分量など)<br>動作 <input type="checkbox"/> 自立( <input type="checkbox"/> 補助具使用)、 <input type="checkbox"/> 見守り必要、 <input type="checkbox"/> 一部介助<br>摂取量 <input type="checkbox"/> 全量 <input 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( )<br>治療食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(DM食 kcal <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> ワーファリン食 <input type="checkbox"/> タンパク制限 )g<br>特記 <input type="checkbox"/> 禁止食( ) <input type="checkbox"/> その他( ) |    |    |                                               |      |         |
| 排泄                                                                            | 口腔の状態 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 口苦 <input type="checkbox"/> 開口障害 <input type="checkbox"/> その他( )<br>方法 日中; 夜間;<br>尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし<br>失禁 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし<br>排便コントロール <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/> 摘便<br>動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>伝達事項 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 最終交換日 サイズ 種類<br><input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> Fr<br><input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> Fr<br><input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                               |    |    |                                               |      |         |
| 入浴                                                                            | 一般浴( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭 <input type="checkbox"/> バイタル上限下限                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |                                               |      |         |
| 日常生活機能評価                                                                      | 患者の状況 得点<br>0点 2点<br>床上安静の指示 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>どちらかの手を胸元まで持ち上げられる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない<br>寝返り <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない<br>起き上がり <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない<br>座位保持 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない<br>移乗 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要 <input type="checkbox"/> できない<br>移動方法 <input type="checkbox"/> 介助を要しない移動 <input type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送含む)<br>口腔清潔 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない<br>食事摂取 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>他者への意思の伝達 <input 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<br>診療・療養上の指示が通じる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>危険行動 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり<br>合計得点 点         |    |    |                                               |      |         |
| その後の経過(サマリー代用可)                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |                                               |      |         |
| 排便コントロールのため毎日浣腸をしているなど、個別に行っている処置<br>転院に関する家族の受け入れの言動(状況)などを記入する 例)しぶしぶ納得している |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |                                               |      |         |

\* 退院時の記入は必ず 上段の基本情報も確認して最新の情報に修正する

\* 内分泌科受診(特にインスリン実施)の場合、内分泌科の紹介状添付が必要です。確認して下さい

|            |           |     |      |                                                           |
|------------|-----------|-----|------|-----------------------------------------------------------|
| 退院日情報      | 車椅子乗車可能時間 | 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 / <input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> ;          |

\* 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。