

「千葉県共用脳卒中地域医療連携パス」

平成 30 年 4 月版主な改訂

平成 28 年の診療報酬改訂で地域連携パスに対する診療報酬上の評価として設定された、地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）および（Ⅱ）が廃止され、退院支援加算に対する地域連携診療計画加算、診療情報提供料（Ⅰ）に対する地域連携診療計画加算に整理されました。これに伴い施設基準にも変更があり、急性期病院が退院支援加算（Ⅰ）の施設基準を満たしている必要が出てきました。これらを受けて、多くの地域連携パスが立ち消えたという話を耳にする機会が増えましたが、CAMP-S の集計は、その回答病院数が一旦下がりましたが、計画管理病院協議会の昨年度の報告数は報告病院数が 27 病院中 23 病院と過去最高数で、9853 名の脳卒中患者さんのうち 2506 名（25.4%）で CAMP-S が利用されていました。千葉県内で救急搬送される脳卒中患者数は年間 12000 名程度と言われているので、千葉県回復期リハ連携の会に属し、回復期病院として CAMP-S に参加している病院の中にも急性期診療を行い院内連携している病院が多く有りますので、CAMP-S のシステムの中で県内のほとんどの脳卒中患者さんをカバーしていると考えられます。

今年は診療報酬・介護報酬の同時改訂の年にあたり、地域連携診療計画加算が退院支援加算（Ⅱ）でも算定可能になりました。平成 26 年度から CAMP-S の親委員会である「脳卒中患者退院時支援推進」事業は平成 29 年度から「入退院支援推進」事業となり、地域生活期で生活する脳卒中以外の疾病も対象とした事業としてスタートしています。「千葉県脳卒中連携意見交換会」「千葉県脳卒中連携の会」もそれぞれ「千葉県脳卒中等連携意見交換会」「千葉県脳卒中等連携の会」と名称を改めました。しかし、その連携基盤の中心が CAMP-S であることに変更はありません。今後の「地域包括ケアシステム」のなかで、病院と地域がうまくつながっていくための重要なシステム・モデルとして脳卒中連携を培っていくことが今後ますます重視されていくと考えられます。

パスの主な改訂に関して以下に記載します。

・急性期看護シートの項目・表記の変更

看護基本情報に「合併疾患」、「発症前情報」の欄を追加、「食事動作」を「食事動作」と「食事内容」に分けました。「排泄」に「その他」の項目、「褥瘡」に「ケア」の項目を追加しました。

退院時情報の、「バイタルサイン」「バイタル上限下限」を削除、「要治療継続合併疾患」を追加しました。「褥瘡」、「食事栄養 経路」、「食事栄養 水分」、「食事栄養 形態 主食」、「排泄 方法」、「入浴」、「安静時バイタルサイン」の項目の整理・変更を行いました。「退院日情報」に「最終排尿」を追加しました。

・薬剤シートの項目・表記の変更

「指導上の注意」に「アドヒアランス」を追加しました。「嗜好品」に関する記載を削除しました。

「その他」を「その他（臨床検査値、TDM、薬剤変更の経緯、経時記録など）」に変更しました。

薬剤総合評価調整管理料算定に対応するため、個々の薬剤に関し、4 週間以上投与されているかどうかの表記を追加しました。

診療報酬・介護報酬改訂に伴い、「地域生活連携シート」の小変更、運用に関する小変更などが今年度想定されますが、引き続き CAMP-S をツールにした地域連携・地域作りに御協力お願いいたします。

平成 30 年 4 月

千葉県共用脳卒中地域医療連携パス計画管理病院協議会代表世話人

千葉県脳卒中等連携意見交換会代表

古口徳雄

CAMP-S の主な改訂履歴

平成 21 年 4 月

初版公開

平成 22 年 4 月

- ・誤植の訂正・表現の訂正などに留めました。
- ・歯科の参加による「歯科シート」を追加しました。
- ・運用マニュアルの改訂に当たり、「脳卒中治療ガイドライン 2009」の公開をうけて、地域生活期における「再発予防シート」にガイドラインの内容を盛り込みました。

平成 23 年 4 月

- ・平成 22 年度診療報酬改訂において新たに設けられた「地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）」に対応するために、地域生活期における連携パスの運用を変更しました。かかりつけ医から計画管理病院（急性期）に日常生活機能評価をふくむ経過報告を行う必要があるため、地域生活期におけるコミュニケーションツールとして準備しておいた「連絡票（福祉・介護発）」を「連絡票（A 票）」と改名し、かかりつけ医から計画管理病院に対する報告にも用いるようにしました。
- ・地域生活期における「介護シート」を「地域生活連携シート（千葉県参考様式）」（以下、「地域生活連携シート」）に変更しました。このシートの開発は「医療と介護の連携ワーキンググループ」が担当し、健康福祉部高齢者福祉課が普及に努めていますが、開発の初期段階から本ワーキンググループが関与しており介護シートとの合流を前提としていました。
- ・「歯科シート」の内容を一部見直しました。
- ・「嚥下障害食の県内統一規格」を目指した改訂を行いました。

平成 24 年 4 月

- ・診療報酬算定に関わる診療計画書の様式と運用について、関東信越厚生局からの御指導で、診療計画書に基づく患者・家族の同意は、“計画管理病院に入院後 1 週間以内”と“リハビリテーション病棟からの退院調整時期”の 2 回いただくように変更しました。
- ・それぞれのパスおよび連絡票は計画管理料・退院時指導料を算定しない場合、“診療情報提供書”として算定することができることを確認しました。
- ・地域生活期において、これまでにかかりつけ医からの要望が多かった定期的な専門医受診のメッセージを連絡票および再発予防シートに取り入れました。この変更に伴い連絡票は、連携パス初版の“介護・福祉発の連絡票（A 票）”、“医療機関からの返事用（B 票）”に戻し、新たに“専門医への連絡・報告用（C 票）”を新設しました。
- ・連絡票 C は地域生活期に戻った患者さんがかかりつけ医の初診時に計画管理病院に送付することで退院時指導料（Ⅱ）を算定できます。その後は、1 年後を含め定期的な専門医受診の際に“診療情報提供書”として算定できます。
- ・再発予防シートにも、専門医からの管理目標、発症時の血液データからの経時的な情報が記載できるように変更しました。
- ・薬剤シートが新設されました。
- ・パス開発当初から、共用パスワーキンググループとともにパス作成・運用・改定の実働部隊として活動してきた、“有志の会”を、“千葉県脳卒中連携意見交換会”と改め、正式な連携会議として位置づけることにしました。

平成 25 年 4 月

パス自体の変更は基本的に行わず、地域生活期における「かかりつけ医」（退院時指導料Ⅱ算定医療機関）との連携システムを構築しました。関東信越厚生局千葉事務所と打ち合わせを繰り返し、①連携医療機関の一括登録、②2段階方式の連携会議のシステムを構築しました。

このシステム運用のために必須である計画管理病院の一元化のために、「千葉県共用脳卒中地域医療連携パス（CAMP-S）計画管理病院協議会」を平成 25 年 2 月発足させました。発足時には 24 の急性期病院が参加しました。これにより、急性期→計画管理病院協議会、回復期→千葉県回復期リハビリテーション連携の会、地域生活期→医師会という体制が整いました。

CAMP-S に係わる連携会議は計画管理病院協議会が開催し、全県域を対象とした連携会議（千葉県脳卒中連携の会、千葉県連携の会脳卒中分科会、千葉県脳卒中連携意見交換会など）と各地区あるいは各計画管理病院が有機的に意見交換・情報共有することで、「かかりつけ医」ときめ細かな連携が図れるようにしました。

「第 4 回千葉県脳卒中連携の会」において、ケアマネージャー向けの講習会を開催しました。事前に行ったケアマネージャー向けのアンケートの結果を踏まえ、毎年テーマを変えながら開催することにしました。また、各地区における、これらの講習会あるいは連携会議開催に関し、計画管理病院協議会または県医師会が窓口になり、開催の支援（主催・共催、講師派遣など）を行うようにしました。

平成 26 年 4 月

・平成 26 年度診療報酬において新設された「経口摂取回復促進加算」算定に対応するため、急性期診療情報シートに、「鼻腔栄養開始日」または「胃瘻造設日」を記入するように改訂しました。

・再発予防シートの一部改訂

内服薬で NOAC を選択できるようにし、運用マニュアルに最新の心房細動に対する薬物療法の指針を加えました。

・リハシート「地域生活期シート」の全面改定

「急性期リハシート」「回復期リハシート」に準じた「より情報量の多い連携シート」（接着パス）として、地域生活期において、医療および介護にかかわるリハ療法士が情報共有するためのパスとして公開しました。

・栄養シートの新設

栄養部会では共用パス開発時から、嚥下障害食の用語統一など前向きな議論を進めてきましたが、今回、独自の「栄養シート」を新設・公開しました。

・「脳卒中後うつ」に関する情報の追加

脳卒中後のうつに関して、回復期リハシートに情報を追加しました。運用マニュアルではうつ評価スケールとして PHQ-9 を推奨し、初期の薬物治療についても言及しました。

・薬剤シート運用の見直し

発信源および疾患について広く利用して頂きたいと柔軟な運用をしていくこととしました。

・介護シート（地域生活連携シート）を別ファイルで提供

平成 27 年 4 月

・歯科シートの大幅改訂

平成 22 年に追加された歯科シートの大幅な改訂を行いました。旧版では歯科的な診察所見に重点が置かれていましたが、改訂後では口腔衛生の自立度に関する項目が大幅に増えており、嚥下機能の評価など自由記載がしやすいような改訂をしました。

・再発予防シートの一部改訂

新規抗凝固薬（NOAC）にリクシアナ™を加えました。今年、「脳卒中治療ガイドライン」が改訂されるため、

再発予防に関する運用マニュアルは来年度大幅改訂します。

- ・リハシート「地域生活期シート」の運用マニュアル充実

リハビリテーションの評価に関する詳細な解説を加え、県内どこでも一定の基準で評価できるようにしました。特に FIM に関する評価のアルゴリズムは急性期から地域生活期まですべての施設で利用して頂きたいと思います。

- ・栄養シートの一部改訂と運用マニュアルの追加

入院時の体重を記入する欄が追加されました。運用の手引きにスマイルケア食の参考資料を追加しました。(スマイルケア食の参考の手引きは農林水産省の HP に掲載されている資料で、農林水産省の許可を得て掲載しました。)

平成 28 年 4 月

- ・診療情報シート（急性期病院用）の一部改訂

すでに、既往歴等の欄はありましたが、脳卒中に直接関連しない既往歴・手術歴の記載が漏れていることが多いという指摘もあり、既往歴下の欄の「特記事項」の表記を「特記事項（手術・既往など）」に変更しました。選択肢にない疾病情報は、「要注意既往症および生活習慣」内の「その他」または「特記事項（手術・既往など）」に記載してください。

- ・再発予防シートの一部改訂

「脳卒中治療ガイドライン 2015」に準拠して変更しました。心房細動に対する治療方針に大きな改訂があります。第一選択薬がワルファリンから NOAC（非ビタミン K 阻害経口抗凝固薬）に変更になり、ワルファリン投与できない患者に対する抗血小板薬投与が削除されました。ワルファリン投与ができない患者さんに対する抗血小板薬 2 剤投与は行わないよう記載されています。

- ・栄養シートの一部改訂

情報の発信元と送り先の記載欄が変更されました。

「千葉県共用脳卒中地域医療連携パス」運用の手引き

1. 目的

千葉県共用脳卒中地域医療連携パス（以下、「連携パス」という。）は、脳卒中患者に安心して質の高い医療と手厚い福祉・介護を提供するため、脳卒中に関わる専門医、かかりつけ医をはじめとする医療関係者と地域生活におけるリハビリテーション・介護等に関与する福祉・看護関係者が、患者に関する情報を共有するためのツールとして活用されることを目的としています。

2. 連携パスの構成

連携パスは、『診療計画書』、『連携シート』、『診療経過表』、『連絡票』から構成されています。各パスの概要は次ページの表のとおりです。

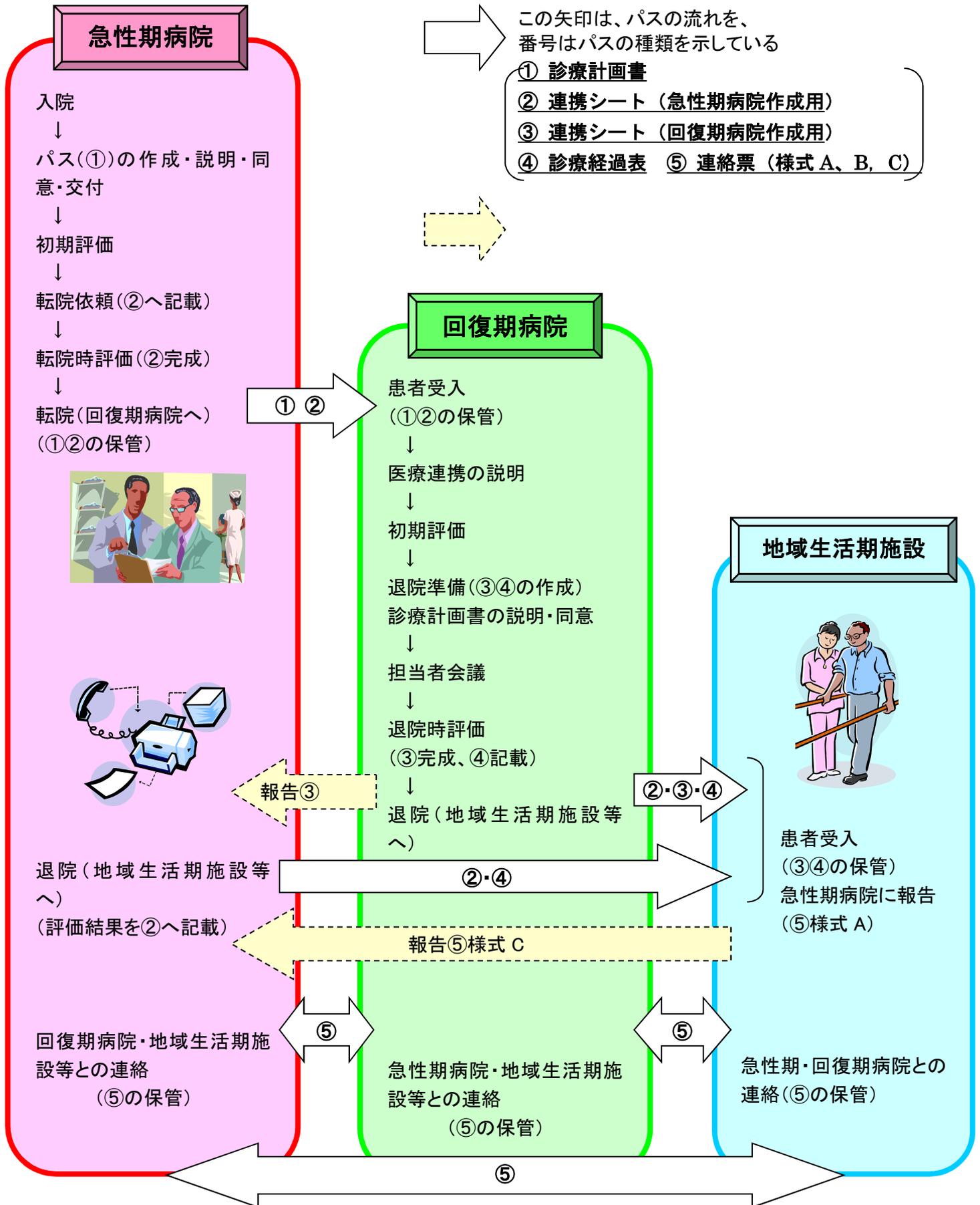
脳卒中の診療には、病期・障害の大きさにより多職種が複雑に関与し、医療と介護・福祉といった保険・行政・教育歴などの全く異なる分野の連携・協力が必要となるため、連携パスの構成と運用は一見非常に複雑になります。過不足のない効率的な連携のために、連携シートの発行元となる急性期病院および回復期病院（リハ病院）のために、チェックシートを設けました。「2. パスの構成」、「3. 連携パスの流れ」をもとに、それぞれの病院で発行する連携シート等と発行先についてチェックできるようにしてありますので確認ください。それぞれのチェックシートは、今年度の公開パスのエクセルシートに入っています。

なお、患者の病期については、専門治療が主体となる「急性期」及び「回復期」と、再発予防と地域での生活が主体となる「地域生活期」に分けています。通常、「維持期」と呼ばれることの多い回復期以降は「地域社会で生活しながら、機能の維持・回復に努める時期」と定義し、社会生活に重点をおく立場から、「地域生活期」と呼ぶことにします。

名 称	概 要
診療計画書	患者及び家族に、診療計画を説明するためのもので、診療報酬上の規定に基づく書類となります。
連携シート	<p>連携先の医療機関等が必要とする情報を記載し、接着パスとして使用します。</p> <p>この書類は、急性期病院作成用と回復期病院作成用とがあり、それぞれが『診療情報シート』、『歯科診療情報シート』、『看護シート』、『リハシート』、『MSWシート』、『薬剤シート』、『栄養シート』の7つで構成されています。</p> <p>『診療情報シート』は診療情報提供書として算定できます。</p>
診療経過表	<p>地域生活期において医療機関等が行う診療等の内容の一覧表です。</p> <p>『患者基本情報』、『再発予防シート』、『歯科シート』、『リハシート』、『地域生活連携シート（介護シート）』で構成されています。</p>
連絡票	<p>地域生活期におけるコミュニケーションツールとして使用します。</p> <p>『連絡票（様式 A）』、『連絡票（様式 B）』、『連絡票（様式 C）』で構成されています。</p> <p>『連絡票（様式 C）』は、計画管理料を算定している患者さんがかかりつけ医に紹介されたとき、計画管理病院に郵送します。</p> <p>『連絡票（様式 B）』、『連絡票（様式 C）』は、診療情報提供書として算定することが可能です。</p>

3. 連携パスの流れ

各パスの詳細については、「6. 各パスの運用方法」をご覧ください。



4. パスの作成・保管一覧

詳細については、「5. 各パスの運用方法」をご覧ください。

	急性期病院	回復期病院	かかりつけ医 介護・福祉事業所等	患者
診療計画書	<p><u>作成</u> <u>原本を保管</u></p> <p>→写しを患者に交付</p>	<p><u>急性期写しを保管</u> <u>回復期作成</u> <u>回復期原本を保管</u></p> <p>→急性期病院から送付される →写しを患者に交付</p>	<p><u>写しを保管</u></p> <p>→急性期病院および回復期病院から送付される</p>	<p><u>写しを保管</u></p> <p>→急性期病院・回復期病院から交付される</p>
連携シート 【急性期病院 作成用】	<p><u>作成</u> <u>原本を保管</u></p> <p>→回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付 →必要に応じて患者に写しを交付</p>	<p><u>写しを保管</u></p> <p>→急性期病院から送付される →退院時に写しを患者の移動先へ送付</p>	<p><u>写しを保管</u></p> <p>→急性期病院から送付される →回復期経由時には回復期病院から送付される</p>	<p><u>必要に応じて</u> <u>写しを保管</u></p> <p>→必要に応じて交付される</p>
連携シート 【回復期病院 作成用】	<p><u>写しを保管</u></p> <p>→回復期病院から回復期病院における経過報告として送付される</p>	<p><u>作成</u> <u>原本を保管</u></p> <p>→かかりつけ医，急性期病院等へ写しを送付 →必要に応じて患者に写しを交付</p>	<p><u>写しを保管</u></p> <p>→回復期病院から送付される</p>	<p><u>必要に応じて</u> <u>写しを保管</u></p> <p>→必要に応じて交付される</p>
診療経過表	<p><u>作成</u></p> <p>→地域生活期に移行する際に2通作成し、かかりつけ医と患者に交付</p>		<p><u>保管</u></p> <p>→急性期病院又は回復期病院から送付される →必要に応じて記入済の写しを患者に交付</p>	<p><u>保管</u></p> <p>→急性期病院又は回復期病院から交付される →必要に応じてかかりつけ医から記入済の写しを交付される</p>

※「連絡票」は、医療機関と介護・福祉事業所等との連絡に用い、必要に応じて保管等を行う。「連絡票（様式 C）」はかかりつけ医初診時に計画管理病院に送り、計画管理病院

で保管する。

5. 診療報酬算定に関して

平成28年診療報酬改訂で、地域連携パスに関する診療報酬が廃止になりました。これまでの地域連携パスの運用に沿って入院し他患者さんで退院支援加算ⅠまたはⅡを算定した患者さんに『診療計画書』を発行した場合、地域連携診療計画加算の算定が出来ます。また、その患者さんを紹介された医療機関での初診時に診療情報提供料（Ⅰ）を算定した場合に、地域連携診療計画加算を算定することになりました。

改定後の地域連携計画加算についての算定実績がないため、以下の診療報酬に関する運用記載は、旧制度において算定要件に準じて記載しました。

6. 各パスの運用方法

(1) 診療計画書（計画管理病院用・回復期用）

診療報酬上必要な書類であり、計画管理病院（急性期）入院時とリハビリテーション病院（回復期）退院時に作成・説明し、同意をいただきます。

計画管理病院で診療報酬を算定するためには、入院7日以内に、計画管理病院である急性期病院が作成し、患者や家族の同意を得る必要があります。

入院期間の見込みを記入してください。チェックボックスで診療内容を選択し、入院後何日目から実施するかなど個別に書き加えてください。

リハビリテーション病院では、同意をとるタイミングについて明らかな記載はありませんが、地域生活期に向けての診療計画を作成するという目的を考慮すると、退院調整に入る時期～退院時まで作成・説明し、同意をいただくのがよいと考えられます。（関東信越厚生局）

診療報酬の対象とならない患者でも、脳卒中連携パスの対象となるため、入院後速やかに交付します。

(2) 連携シート【急性期病院作成用】

急性期病院から回復期病院に発信するものです。

急性期病院から退院又は転院する場合は必ず記載して下さい。

職種ごとに、個別のシートに記載します。回復期病院に入院申込みをする段階で記載する部分と、転院時に記載する部分に分かれています。

前半部分を記入後、ファクシミリなどで入院申し込みを行い、転院時に後半部分まで完成させ、患者および回復期病院に交付します。

回復期病院では、患者の移動先（かかりつけ医、療養病床、施設等）に写しを交付してください。

医師・看護師・MSW・リハ担当者それぞれが関与する情報を分かる範囲で記載します。

○ 診療情報シート【急性期病院作成用】

医師の診療情報提供書、医学的基本情報です。簡潔な現病歴、治療内容、特記事項などを記載します。

脳卒中の麻痺の機能評価としては、SIAS (Stroke Impairment Assessment Set) を基本にしました。脳外科医、神経内科医には筋力評価としての MMT はなじみ深いものですが、脳卒中の麻痺の機能評価としては共同運動・分離運動の表現が必要であり、その表現として一般的にはBrunnstrom Stageが使われています。しかし、Brunnstrom Stageは急性期診療に携わる脳外科医、神経内科医にはなじみが薄く、それぞれの回復 Stage の表現は困難と思われます。SIASは検査とその結果の表現に連続性があるためBrunnstrom Stageに比較して評価が簡単と思われます。SIASで運動機能の評価のために行う検査は以下の4項目です。

膝・ロテスト（上肢近位の評価）：

座位において麻痺側肢の手部を対側膝（大腿）上より挙上し、手部を口まで運びます。この際、肩は90°まで外転させ、それを膝上に戻します。

手指テスト（上肢遠位の評価）：

手指の分離運動を母指から小指の順に屈曲、小指から母指の順に伸展することにより評価します。

股関節屈曲テスト（下肢近位の評価）：

座位にて股関節を90°より最大屈曲させます。

膝伸展テスト（下肢近位の評価）：

座位にて膝関節を90°屈曲位から十分（-10°程度まで）伸展させます。

下肢遠位テスト（下肢遠位の評価）：

座位または臥位にて、踵部を床につけたまま、足部の背屈運動を強調しながら背屈・底屈を3回繰り返す、その後なるべく速く背屈・底屈を繰り返します。

課題が遂行できれば3点、健常側と全く同じに出来れば5点、全く筋収縮がなければ0点となります。連携パスでは、分離運動が表現される3点までを具体的な表現に置き換え、SIASの知識がなくても表現できるようにしました。

退院時情報の中には、急性期病院での専門的な経過観察を必要とするか、否かを記載する欄を設けました。

経過観察が必要な場合、具体的な再来時期について記入します。

診療報酬算定の要件を満たす場合、「現病歴 治療内容」の欄にある「地域連携診療計画管理」をチェックして下さい。（診療報酬算定の最終決定）

鼻腔栄養の状態で転院する場合、急性期病院で鼻腔栄養を開始した日を記入してください。（胃瘻造設の場合にはその日）

○ 看護シート【急性期病院作成用】

看護サマリーとして活用します。ADL・食事・排泄などの情報が中心です。

退院時の申し送りに重点をおいています。診療報酬算定のために必要な「日常生活機能評価」は退院時に記入します。「日常生活機能評価」の評価時に、“出来そうだ”、“出来るはず”という思いこみで評価が甘くなる傾向があるようです。実際に行っている日常生活動作を基に評価するようにしてください。

○ リハシート【急性期病院作成用】

退院時の具体的なリハ内容と詳細なADL評価に重点をおいています。ADL評価はFIM (Functional Independence Measure) を基本にしました。ADLには“出来るADL (最大努力による)”と“実際に行っているADL (安全に出来ている)”があります。どちらで評価したかをチェックしてください。

○ MSWシート【急性期病院作成用】

患者背景等に関する情報を記載します。

退院時情報に重点をおいています。MSWが介入できない病院では、医師又は看護師が分かる範囲で記載して下さい。

(3) 連携シート【回復期病院作成用】

回復期病院から、退院又は転院する場合は必ず記載して下さい。

急性期病院作成用連携シートと同一の構成になっています。退院調整時の担当者会議の前に記入する部分と、退院時に補足する部分に分かれています。

前半部分を記入後、担当者の調整・会議を行い、転院時に後半部分まで完成させ、患者および地域生活期担当者に交付します。また、必ず急性期病院にも送付してください。急性期病院に対する経過報告として病歴の一部として保管され、診療報酬算定の要件である急性期管理病院から社会保険事務所への報告に必要になります。

急性期病院と同一施設内のリハ病棟を退院する場合にも、こちらのシートを使用して下さい。

○ 診療情報シート【回復期病院作成用】

基本的な構成は急性期病院作成用と同様ですが、介護保険を意識して認知症に関する項目を設けた点、リスク因子に関するコントロール具合に関する項目を加えました。

退院時には、介護担当者から求められる運動時・入浴時の血圧および脈拍制限について記載します。

かかりつけ医が退院時指導料(Ⅱ)の算定が可能な場合は、病歴枠内の計画管理病院名の記入と「地域連携診療計画算定可能」のボックスへのチェックを忘れずに行ってください。かかりつけ医の登録名簿は、計画管理病院協議会ホームページ、共用パス公式ホームページからダウンロードできます。

○ 看護シート【回復期病院作成用】

主に、コミュニケーション、食事、排泄など介護者が必要とする情報を多く取

り込みました。また、伝達事項には留置カテーテルなどの最終交換日も記載します。診療報酬算定のため、「日常生活機能評価」は必ず記載して下さい。

状態が安定していることが前提であり、担当者会議の資料とするため、ほとんどの項目は担当者会議の前に記載します。

○ リハシート【回復期病院作成用】

「看護シート」同様、担当者会議前に記載します。家屋改造に関する情報、退院後のリハ指導が重要です。FIMによるADL機能評価も踏襲します。

平成26年度版から「“うつ”の有無」についての記載を追加しました。記載および診療に関する手引きは別項で解説しますので御参照ください。

○ MSWシート【回復期病院作成用】

回復期作成用シートの骨格となる情報です。医師・看護師・リハ療法士と協力しながらすべての項目を記載することが、経済状況・家屋状況の把握と支援、社会保障制度の活用、ケアマネジャーの選定支援など、地域生活期にむけた準備になります。また、介護担当者が最も知りたい本人の希望・家族の希望なども記載します。担当者会議前に情報を収集し、記載しておく必要があります。

(附：回復期リハシート「評価項目 2. “うつ”の有無」運用と解説)

リハシート【回復期病院作成用】に「“うつ”の有無」が加えられました。脳卒中後の“うつ”を見逃さずに、診断治療に結びつけることが重要です。

2. “うつ”の有無 評価困難 | なしあり
(軽症 中等症 やや重症 重症) _____ 点

“うつ”の評価尺度は可能であれば以下の「こころとからだの質問票 PHQ-9」を用いて点数化し記載してください。(_____ 点 部分に PHQ-9 あるいは他の評価尺度名と点数を記載してください。)

「脳卒中治療ガイドライン 2009¹⁾」において、脳卒中後うつ病 (Post-Stroke Depression: PSD) は「積極的に発見に努めるべき」とあり、有病率も「一般に脳卒中では18~62%にうつ状態を合併し、大うつ病は23~34%、小うつ病は14~26%に認められる」と記載されています。PSDに罹患すると認知機能がより障害され、ADLの回復が遅延し、死亡率も3.4倍になることが示されています²⁾。しかし、PSDを適切に治療することで、認知機能の改善、ADLの回復ばかりでなく、生存率までもが改善することが示されており²⁾、その診断と治療は非常に重要です。

○「こころとからだの質問票 PHQ-9」の評価・採点方法

「こころとからだの質問票 Patient Health Questionnaire (PHQ-9)」

この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁に悩まされていますか？		全くない	数日	半分以上	毎日 ほとんど
1	物事に対してほとんど興味がない、または楽しめない	0	1	2	3
2	気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	0	1	2	3
3	寝つきが悪い、途中で目が覚める、または逆に眠りすぎる	0	1	2	3
4	疲れた感じがする、または気力がない	0	1	2	3
5	あまり食欲がない、または食べすぎる	0	1	2	3
6	自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または、自分自身あるいは家族に申し訳ないと感じる	0	1	2	3
7	新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい	0	1	2	3
8	他人が気づくぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいは反対にそわそわしたり、落ちつかず、普段よりも動きまわることがある	0	1	2	3
9	死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある	0	1	2	3

※上の1～9の問題によって、仕事をしたり、家事をしたり、他の人と仲良くやっていくことがどのくらい困難になっていますか？

全く困難でない やや困難 困難 極端に困難

「大うつ病性障害」：1と2のどちらか1項目以上が2点以上であり、かつ1～9の網掛け部分が5項目以上

「その他のうつ病性障害（小うつ病性障害）」：2項目以上5項目未満
質問※から生活機能全般の困難度を評価します。

PHQ-9 採点による重症度は、以下のように判断します。

軽症：9点以下、中等症：10～14点、やや重症：15～19点、重症：20点以上

○ケアとリハビリテーションのポイント

うつが有の場合：本人のつらさを理解し、受容的な傾聴と共感による信頼関係の構築が大前提です。うつ症状が、やや重症か重症の場合には、他動的な運動程度にして休養させるか、時間を短縮して、負荷をあまりかけないリハビリテーションを行います。うつ症状が軽症から中等症の場合には、無理をさせない程度の有酸素運動がうつ症状の改善に有用です。

○薬物療法

中等症以上の PSD の場合、薬物療法を考慮します。

脳卒中による脳の脆弱性があり、薬剤の副作用が出現しやすいため、抗うつ薬の使用は、低用量から開始し、増量も緩徐に行うことが原則です。また、多剤を服用している場合があり、抗うつ薬の選択では、薬物相互作用が少なく、良好な忍容性と過量服薬時の安全性が求められます。

処方例 下記のいずれかを用います。

○選択的セロトニン再取込み阻害薬 (SSRI)

- 1) レキサプロ錠 (10mg) 0.5-2 錠 分1 夕食後
- 2) ジェイゾロフト錠 (25mg) 1-4 錠 分1-2 朝・夕食後
- 3) パキシル錠 (10mg) 0.5-4 錠 分1-4 分1-2 朝・夕食後
- 4) デプロメール錠 (25mg) 1-6 錠 分1-2 朝・夕食後

○セロトニン・ノルアドレナリン再取込み阻害薬 (SNRI)

- 5) トレドミン錠 (15mg) 1-4 錠 分1-2 朝・夕食後
- 6) サインバルタカプセル (20mg) 1-3 カプセル 分1 朝食後

○ノルアドレナリン作動性/特異的セロトニン作動性抗うつ薬 (NaSSA)

- 7) リフレックス錠 (15mg) 0.5-3 錠 分1 就寝前

上記の薬剤のうち肝薬物代謝酵素チトクローム P450 (CYP) に対して、パキシルは 2D6、デプロメールは 1A2、3A4、2C19 の阻害作用に注意する必要があります。レキサプロは QT 延長に注意してください。不安焦燥や不眠、食欲不振が強い場合には、リフレックスが有用ですが、抗ヒスタミン作用による初期の過鎮静に注意する必要があります。

いずれも単剤使用が望まれますが、反応が乏しい場合、SSRI あるいは SNRI のいずれかに NaSSA を併用することで寛解率が高まるとの指摘があります。

ベンゾジアゼピン系薬剤は、認知機能の低下や転倒などのリスクがあり、抗うつ薬の効果が現れるまでの使用に留め、半減期の短い薬剤を頓用で用いることが望まれます。

○専門医への紹介のタイミング

- ・ うつ症状が重症または希死念慮を訴える場合。

- ・抗うつ薬を2剤まで使用しても、治療効果が得られない場合。
- ・専門医の診療が望ましいと考えた場合。

○参考文献

- 1) 脳卒中合同ガイドライン委員会: 脳卒中治療ガイドライン 2009, pp. 150-151, 338-340.
- 2) Robinson RG: The Clinical Neuropsychiatry of Stroke 2nd edition Cambridge (MA): Cambridge University Press, 2006. (木村真人監訳: 脳卒中における臨床神経精神医学第2版. 星和書店, 東京, 2013.)

(附: 口腔の観察—連携パス運用の手引き看護シート解説—)

- 【痛み】 口腔内に係る明確な痛みをご本人が訴える場合や理由不明で口腔ケアを嫌がる場合、動揺歯がある場合に記載します。
- 【出血】 目視時歯肉から出血が認められる場合や口腔ケア時に出血が認められる場合に記載します。
- 【腫脹】 歯肉部に浮腫性の腫脹が認められる場合に記載します。
- 【乾燥】 唾液の粘性が亢進している場合や泡が見られる場合、舌粘膜上に唾液が認められない場合に記載します。
- 【口臭】 明確な口臭がある場合に記載します。
- 【舌苔】 舌苔が舌の 1/2 以上認められる状態の場合記載します。
- 【開口障害】 開口距離がおおよそ2横指(約3.5cm)以下しか開くことが出来ない場合記載します。
- 【その他】

このような症状が有る方は、歯科の受診が必要です。

腫脹について

ピンク色

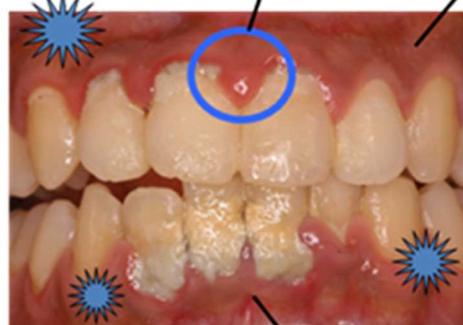


三角形

丸い

赤色

引き締まっている



左が健康な歯肉

右が歯周病の歯肉です。

ぶよぶよ



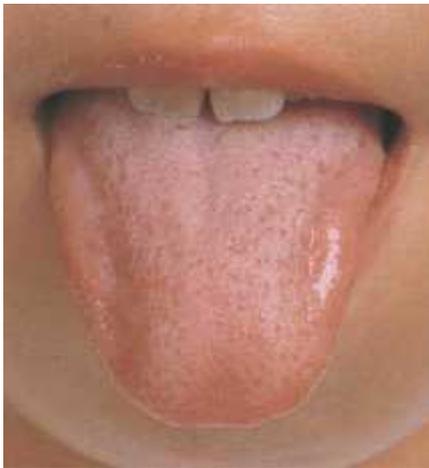
歯周病の歯ぐきの特徴

- ・ 赤い色をしている
- ・ 腫れてむくんでいる
- ・ 血や膿が出る

歯周病の症状

- ・ 歯ぐきから血や膿が出る
- ・ 歯ぐきが腫れる
- ・ 歯がぐらつく

舌苔について



①正常な舌



②厚い舌苔のある舌

①の正常な舌は全体にうっすらと白い舌苔が認められます。正常な舌には、舌の回りと先端には舌苔がなく、舌先1センチくらいから奥に行くにしたがって、薄い白い舌苔が付着しています。このように見える時は、ベストコンディション。起床時や、疲れた時はこの白い舌苔の量は増加します。

②は白く、分厚い舌苔がついている状態で、口臭に結びつく過剰な分厚い舌苔が見られます。舌の周辺にまで白い苔がびっしりとついており、正常な舌表面に赤い点状に見えていた味蕾細胞はまったく見ることはできません。舌表面を傷つけない方法で、過剰な舌苔を取ることは意味のあることですが、口臭を治療する目的で舌苔を除去することは、一時的効果しか認められません。

(4) 歯科シート（診療情報・経過表）記入の手引き

脳卒中における重要な症候・障害として仮性球麻痺・球麻痺による構音障害・嚥下

障害が長期にわたり問題となることがしばしばあります。これらの障害は口腔内の環境とそのケアに密接な関係があり、口腔内の衛生環境悪化が加わると口腔内細菌に起因する誤嚥性肺炎の発症に大きく関与します。また、口腔内の環境悪化はう蝕・歯周病の原因となり、咀嚼障害を引き起こします。咀嚼障害・嚥下障害は低栄養の直接的原因となり、結果的に入院日数の増加を引き起こすため、口腔内は常に管理しておく必要があります。

(5) 薬剤シート記入の手引き

脳卒中は基礎疾患がさまざま、さらに急性期・回復期・地域生活期では、各期に対応した治療・管理が求められます。それに伴い、服用薬剤の種類や用量も変化することがあります。そこで、薬剤師が作成した薬剤シートを多職種で共有し、現時点の薬剤情報を明確にすることで、質の高い薬物療法をめざします。

急性期・回復期を退院、転院する際に発行します。

○薬剤の管理者

主に薬剤を管理する者をチェックします。

○指導上の注意

服薬方法や薬剤の管理などについて、シートの対象となる患者さんごとに注意点を記入します。

※一般的な薬剤の注意事項ではありません。

※アドヒアランスの状態にチェックを入れてください。不良の場合には、何に問題があるか記載してください。

(例) バイアスピリン錠 100mg を服薬する意味をあまり理解していないようです。定期的に服薬されているか確認してください。

○服用方法

内服薬の服用方法をチェックします。

○副作用・アレルギー

これまでに経験した医薬品の副作用を記載します。また、アレルギーについては、医薬品以外でも記載してください。

○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）を記載してください。過去に服用していたとしても、現在服用していない薬剤は記載しないでください。
- ・お薬手帳に貼付するシールを使用してもかまいません。
- ・「粉碎」・「簡易懸濁」は、現在の状況についてチェック（✓）を入れてください。
- ・数種類の散剤、軟膏剤を混合している場合には、内容も記載してください。
- ・4週間以上服用している薬剤についてはチェック（✓）を入れてください。薬剤総合評価調整管理料、服用薬剤調整支援料の参考にしてください。
- ・「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してください。

○調剤に関する特記事項

粉碎や簡易懸濁法、分包、賦形の方法など、調剤の標準化に関する事項を記載してください。

○その他（臨床検査値、TDM、薬剤変更の経緯、経時記録など）

臨床検査値（PT-INR など）、TDM、薬剤変更の経緯、経時記録（症状、徴候）など、必要な事項を記載してください。

○一般用医薬品、健康食品等

現在使用している一般用医薬品や健康食品等を空欄に記載してください。過去に使用していたとしても、現在使用していないものは記載しないでください。

○医療機器・医療材料

使用している医療機器や医療材料（カテーテルやチューブなど）を記載してください。必要に応じて血糖自己測定器等は使用頻度も記載してください。

○処方した医療機関、調剤した薬局

- ・現在服用中の薬剤を処方した医療機関、調剤した薬局の名称を記載してください。また、かかりつけ薬局には名称の横に○を付けてください。

例) AAA 薬局 ○

- ・問い合わせ方法が定められている場合は、備考欄に記載してください。

○運用

- ・急性期・回復期・地域生活期、あるいは病院・診療所・薬局のいずれから開始してもかまいません。
- ・必要に応じてお薬手帳に添付し、脳卒中以外の患者さんにも発行してください。

(6) 栄養シート記入の手引き

お食事に関する名称や形態は施設ごとに様々です。

転院先、退院先に正確な食事情報が伝わることで、継続的な栄養・食事管理が可能になり、誤嚥や窒息のリスクを減らすことができます。

それは、利用者や家族の混乱や不安を軽減し、治療や生活に有益と考えます。

以上を目的とし、栄養シートは作成されました。

分類は日本摂食嚥下リハビリテーション学会の『嚥下調整食学会分類 2013』を指標としています。

分類シート（表）には、学会分類に対する各施設で提供している食事内容の名称を記載します。

急性期・回復期を退院、転院する際や生活期での利用者の動きに合わせて、管理栄養士・栄養士が記入し発行します。（ファックス送信に関しては、院内で十分協議してください。）

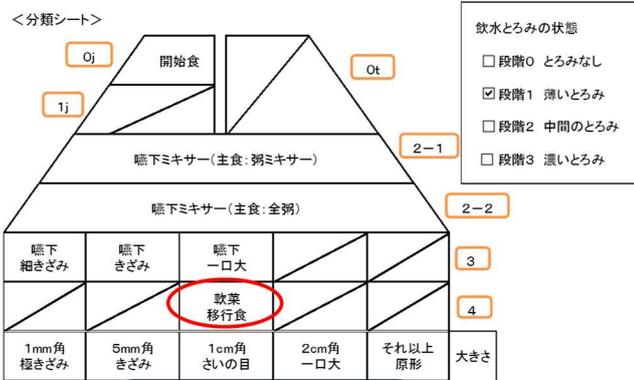
その際、電話・メールで情報を発信したことを連絡し、受け取り施設との情報交換を開始します。

自施設の内容を記入したシートを食事オーダーする場所に提示してあります。送られてきたシートを見て自施設ではどれに相当するか確認してください。

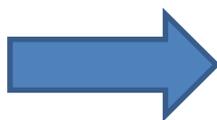
シートは事前に栄養士に届いています。不明な場合は栄養士に問い合わせてください。

情報は最新とし、利用者の一歩先からお食事を全面サポートします。

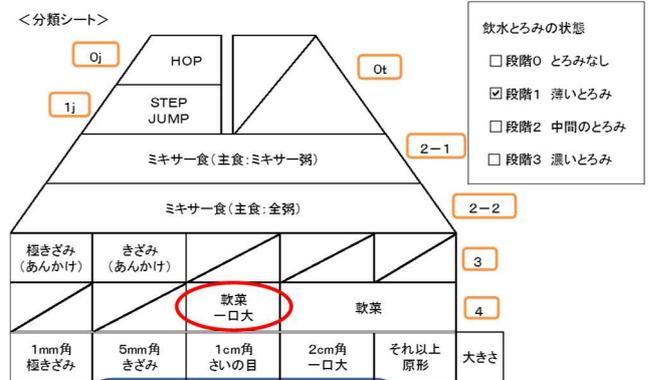
栄養シート		発行施設 A 病院	
患者氏名: K K 様	連絡先: <input type="checkbox"/> 直通 <input type="checkbox"/> 代表	作成日: H 年 月 日	
生年月日: □ M □ T □ S □ H 年 月 日	作成者:	送先: <input type="checkbox"/> 急性期	
年齢: 歳 計測日 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 回復期	<input type="checkbox"/> 生活期	
身長: cm () BMI: ()	B 病院		
体重: kg () 標準体重: kg	エネルギー 1600 kcal	蛋白質 60 g	
※入院時体重(測定記録があれば記入): kg	経管水分量 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 総量 ml		
<食事情報> <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管			
食種 軟飯 軟菜移行食			
摂取量: 主 60 % 副 60 % 1400 kcal			
その他特記事項			
摂取不良につき、高栄養ゼリー(80kcal)×3個付加しています。			



A 病院
軟菜移行食



栄養シート		発行施設 B 病院	
患者氏名: K K 様	連絡先: <input type="checkbox"/> 直通 <input type="checkbox"/> 代表	作成日: H 年 月 日	
生年月日: □ M □ T □ S □ H 年 月 日	作成者:	送先: <input type="checkbox"/> 急性期	
年齢: 歳 計測日 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 回復期	<input type="checkbox"/> 生活期	
身長: cm () BMI: ()	B 病院		
体重: kg () 標準体重: kg	エネルギー 1600 kcal	蛋白質 65 g	
※入院時体重(測定記録があれば記入): kg	経管水分量 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 総量 ml		
<食事情報> <input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管			
食種 軟飯 軟菜一口大			
摂取量: 主 % 副 % kcal			
その他特記事項			



B 病院
軟菜一口大

(7) 診療経過表

地域生活期に入る際に作成します。

回復期病院から、支援・介護が必要な状態で退院することを前提に構成されています。しかし、リハビリテーションを目的に回復期リハ病院に転院する患者は、全脳卒中患者の約 1/3 程度です。残りの 2/3 の患者でも再発予防としての内科的管理は必須ですので、急性期病院を退院し、かかりつけ医で内科的管理をする場合には、急性期病院で作成します。

○ 患者基本情報

地域生活期におけるすべてのシートに共通した基本情報になります。

入院の記録には、(対象となる発作の)急性期病院以来の入院歴と病院の連絡先、担当医を記載します。

重要な項目は、専門医の経過観察の必要性、外来予定についての記載です。急性期病院から申し送られている場合、記載漏れがないようにして下さい。

外来予定は病院の番号と通院の目安又は日時を記入します。

ケアマネージャー、リハ事業所が決定している場合は記載して下さい。

回復期病院においては、他の連携シートを参考にしながらMSWが記載します。

MSWが介入できない急性期病院では医師が記載します。

○ 再発予防シート

かかりつけ医のカルテの一部として使用することができます。急性期病院又は回復期病院の専門医は、リスク因子の管理のために必要な項目にチェックを入れ、必ず最初の行を記入します。体重は、全身状態の良い指標となるため毎回記載して下さい。個々のリスク因子の管理目標等は次項を参考にしてください。

経過観察が必要な項目がある場合は、空白部分に項目名を記載して下さい。

ただし、CT、MRI、頸部エコーなどの画像検査、特殊項目の検体検査は専門医が行うようにして下さい。

注意すべき症状（肩や手の疼痛など）は「症状」の欄に記載して、注意を喚起します。

血液検査の時期については、かかりつけ医の判断で行って下さい。（糖尿病などを併発している場合、他の連携パスで指定されるかも知れません。）

シート一面が満たされたら、そのページをコピーして患者・家族に渡します。

(8) 脳卒中発症予防に関する指針

再発予防シートには脳卒中（主に脳梗塞）の発症予防に重要な内科的管理・生活習慣に関する項目、脳卒中慢性期治療に関する項目が整理されています。主な項目に関して、「脳卒中治療ガイドライン 2015」における推奨グレードA（行うように強く勧め

る)・B (行うように勧める)、C1 (行うことを考慮してもよいが、十分な科学的根拠がない)、C2 (科学的な根拠がないので、勧められない)、D (行わないよう勧められる) をもとに“かかりつけ医”における指針を記載しておきますので参考にしてください。再発予防のために特に記載された事項に関しては、特記するようにしました。

○高血圧症

1. 降圧目標として、140/90mmHg 未満が強く勧められます (グレード A)。糖尿病やタンパク尿を合併した患者さんには 130/80mmHg 未満、後期高齢者には 150/90mmHg 未満を目標としても良いとされています (グレード C1)。
2. 降圧薬の選択としては、Ca 拮抗薬、利尿薬、アンギオテンシン変換酵素 (ACE) 阻害薬、アンギオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB) などが強く推奨されています (グレード A)。特に、糖尿病、慢性腎臓病、および発作性心房細動や心不全を合併した患者さん、左室肥大や左房拡大が明らかな患者さんには、ACE 阻害薬や ARB が推奨されています (グレード B)。血圧変動性の点からは Ca 拮抗薬が勧められています (グレード B)。

○糖尿病

糖尿病は脳卒中の重大なリスク因子であり、糖尿病患者さんに血糖のコントロールが必要なのは言うまでもありませんが、ガイドラインでは次のような推奨項目を挙げています。

1. 2型糖尿病患者さんでは血圧の厳格なコントロールが推奨されます (グレード A)。
2. 2型糖尿病患者さんでは HMG-CoA 還元酵素阻害薬 (以下、スタチン) の投与による脂質管理が推奨されています (グレード A)。

○脂質異常症

脂質異常症患者さんには LDL-コレステロールをターゲットにした、スタチンの投与が推奨されています (グレード A)。また、日本人では低 HDL 血症が脳卒中および脳梗塞で独立したリスク因子であることが報告されています。

脳卒中患者さんの二次予防に具体的な数値目標が示されているものはありませんので、参考として「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2014」で示された冠動脈疾患の一次予防の概略を御紹介します。高 LDL 血症以外の主要リスク因子 (“加齢”、“高血圧”、“糖尿病 (耐糖能異常を含む)”、“喫煙”、“冠動脈疾患の家族歴”、“低 HDL 血症 (<40mg/dL)”) の重積度合いによって分類して脂質管理目標を示しています。脳梗塞、糖尿病、閉塞性動脈硬化症の合併は高リスク群になり、脂質管理目標は LDL<120mg/dL、HDL≥40mg/dL、TG<150mg/dL とされています。

○心房細動

非弁膜生心房細動 (NVAf) 患者さんに対する投薬に関して、非ビタミン K 阻害経口薬 (NOAC) が第一選択として推奨されるようになりました。

発症予防に関しては、CHADS₂ スコア 2 点以上、すばわち (1) 脳卒中または一過性

脳虚血発作（TIA）の既往があるか、（2）“うっ血性心不全”、“高血圧”、“75歳以上”、“糖尿病”のいずれかのリスク因子を2つ以上合併した場合にはNOACまたはワルファリン（グレードA）が、スコア1点の場合にはNOACによる抗凝固療法（グレードB）が勧められています。再発予防に関しては、NOACまたはワルファリンを投与することになりますが、NOACはワルファリンと比較して、頭蓋内出血を含め重篤な出血合併症が少ないため、NOACが第一選択として推奨されています（グレードB）。またNOACに関し、エビデンスの多さなどからダビガトラン、リバーロキサバン、アピキサバン、エドキサバンの順に記載されていますが、それぞれ剤形（カプセルか錠剤か）、服用方法（1日1回か2回か）、減量基準（年齢、体重、腎機能）を参考にして決定します。また、現時点では簡易懸濁に関する正式コメントはありませんが、簡易懸濁や粉碎による投与が可能か否かも脳卒中患者さんでは重要な選択基準になります。

新規に抗凝固療法を開始する場合ワルファリンを積極的に第一選択とする根拠はありませんが、ワルファリン療法の強度は、PT-INR2.0~3.0が推奨されます（グレードA）が、高齢（70歳以上）では出血性合併症を防ぐため1.6~2.6にとどめることが推奨されています（グレードB）。

脳梗塞で入院した患者さんで、いまだにNVAFに対して抗血小板薬が投与されている方が多くいらっしゃいます。「脳卒中治療ガイドライン2009」では、ワルファリンが禁忌の患者さんで抗血小板薬投与が推奨されていましたが、今回のガイドラインでは削除されました。日本国内で行われた低リスクNVAF患者に対するアスピリンの効果を検討したランダム化試験（JAST）では抗血小板薬投与は脳梗塞の予防効果はなく、重大な出血性合併症が増加する傾向が見られたなど、いくつかの大規模試験の結果からワルファリン療法ができない患者に抗血小板療法を行うことは推奨されません。また、抗血小板薬2剤投与は行わないようにしてください。出血リスクを増やすだけで、予防効果は期待できません。このような患者さんでは減量基準などを厳格に守りながらNOACを投与してください。

○喫煙

喫煙は脳梗塞・くも膜下出血のリスク因子であり、喫煙者には禁煙が強く推奨されます（グレードA）。また、受動喫煙も脳卒中のリスク因子になりうるので、受動喫煙を回避することが勧められます（グレードB）。喫煙者には禁煙教育、ニコチン置換療法、経口禁煙薬が推奨されます（グレードB）。

○飲酒

脳卒中の予防のためには大量の飲酒を避けるべきです（グレードA）。

日本人の研究で、大量飲酒（エタノール450g/週以上）者で脳卒中（特に出血性脳卒中の中でもくも膜下出血）の発症率が高くなることが知られています。一方で、少量~中等量（エタノール1~149g/週）の飲酒者で虚血性脳卒中（特にラクナ梗塞）の発症率が低くなると言われていています。

○睡眠時無呼吸症候群（SAS）

SAS は、独立して、あるいは種々の脳卒中危険因子に関連して脳卒中発症リスクを高めている可能性があります。

○慢性腎臓病 (CKD)

慢性腎臓病(CKD)は脳卒中の予知因子の一つであり、生活習慣(禁煙、減塩、肥満の改善、節酒)の改善と血圧の管理が推奨されています(グレード A)。血圧の管理目標は、130/80mmHg 未満であり、緩徐に降圧することを原則とします(グレード C1)。2型糖尿病を有する場合は、CKD の進行抑制に厳格な血糖コントロールが重要ですが(グレード A)、それによる脳卒中発症予防効果は明らかではありません(グレード C1)。降圧薬としてはアンジオテンシン変換酵素(ACE)阻害薬やアンジオテンシン受容体阻害薬(ARB)が推奨される(グレード B)。CKD に NVAf が合併した場合には Ccr が 30ml/min 以上あれば、NOAC を含む抗凝固療法を行ってください(グレード B)。

○メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームは脳梗塞のリスク因子であり、適切な体重までの減量と運動・食事による生活習慣の改善を基本に、各コンポーネントに対する必要に応じた薬物治療を行うことが推奨されます(グレード B)。

(参考資料)

「脳卒中治療ガイドライン 2015」

日本循環器病学会ホームページ <http://www.j-circ.or.jp/guideline>

「心房細動治療(薬物)ガイドライン 2013 年改訂版」

Mark J. Alberts: Using Dabigatran in Patients With Stroke - A Practical Guide for Clinicians (Special Report),
Stroke (43) 271-279, 2012

※CHADS2 スコア

C : Congestive heart failure (心不全)	1 点
H : Hypertension (高血圧)	1 点
A : Age (年齢 75 歳以上)	1 点
D : Diabetes Mellitus (糖尿病)	1 点
S : Stroke/TIA (脳卒中・一過性脳虚血発作)	2 点

※「心房細動治療(薬物)ガイドライン 2013 改訂」による推奨

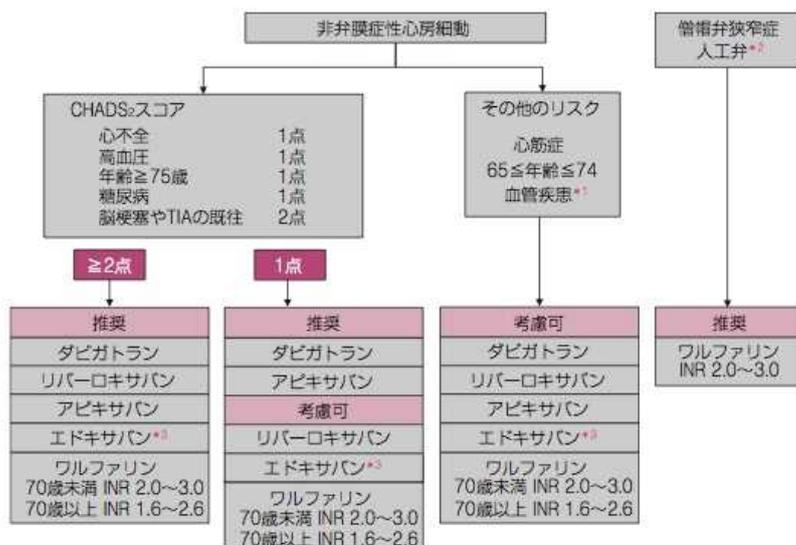


図1 心房細動における抗血栓療法

同等レベルの適応がある場合、新規経口抗凝固薬がワルファリンよりも望ましい。

*1：血管疾患とは心筋梗塞の既往、大動脈プラーク、および末梢動脈疾患などをさす。

*2：人工弁は機械弁、生体弁をともに含む。

*3：2013年12月の時点では保険適応未承認。

※DOACの使い分け

○ダビガトラン（商品名：プラザキサ）

通常投与量：1回150mgを1日2回（減量時：1回110mgを1日2回）

剤形：75mg・110mgカプセル（粉砕溶解不可）

主な減量基準：CCr 30-50mL/min、P-糖蛋白阻害剤（経口剤）併用、70歳以上

（注）P-糖蛋白阻害剤（ケトコナゾール、ベラパミル、アミオダロン、キニジンなど）では効果が過剰になる可能性があります。イトラコナゾール（経口剤）服用者は禁忌です。また、市販後調査後の報告では低体重患者への注意が記載されていますが、体重基準などはありません。

○リバロキサバン（商品名：イグザレルト）

通常投与量：15mgを1日1回（減量時：1回10mg、腎機能により変更）

剤形：15mg錠、10mg錠（粉砕・簡易懸濁は正式コメントなし）

主な減量基準：CCr 30-49mL/min：10mgを1日1回、CCr 15-29mL/min：投与の適否を慎重に検討し投与する場合10mgを1日1回、CCr 15mL/min未満：禁忌

中等度異常の肝障害（Child-Pugh分類BまたはC）：禁忌

（注）高齢者・低体重に関して明解な基準はありませんが、市販後調査報告書によると、75歳以上、50kg以下で区切っています。

○アピキサバン（商品名：エリキュース）

通常投与量：1回5mgを1日2回（減量時：1回2.5mgを1日2回）

剤形：5mg 錠、2.5mg 錠

主な減量基準：80 歳以上、体重 60kg 以下、血清クレアチニン 1.5mg/dl 以上（CCr ではありません）

CCr 15mL/min 以下：禁忌

○エドキサバン（商品名：リクシアナ）

通常投与量：60mg を 1 回投与（減量時：30mg1 回）

剤形：60mg 錠、30mg 錠、15mg 錠

主な減量基準：体重 60kg 以下、CCr50mL/min 以下

CCr 15mL/min 以下：禁忌

○抗血小板療法

非心原性脳梗塞の再発予防には、抗凝固療法よりは抗血小板療法が推奨されます（グレード A）。現段階で非心原性脳梗塞の再発予防上、最も有効な抗血小板療法（本邦で使用可能なもの）は、シロスタゾール 200mg/日、クロピドグレル 75mg/日、アスピリン 75～150mg/日（以上グレード A）、チクロピジン 200mg/日（以上グレード B）です。ラクナ梗塞の再発予防にも抗血小板薬の使用が奨められます（グレード B）。ただし、十分な血圧のコントロールを行う必要があります。

1 年以上の抗血小板薬 2 剤投与は、単剤投与と比較して有意な脳梗塞再発抑制効果は実証されておらず、むしろ出血性合併症を増加させるために行わないように記載されています（グレード D）。

○脳出血の一次予防・二次予防

脳出血の発症予防には高血圧症に対して降圧療法が推奨され（グレード A）、大量飲酒者への節酒および喫煙者への禁煙継続の指導が勧められます（グレード B）。また、抗血栓療法における多剤療法や過量投与による出血性合併症の増加を反映して、虚血性疾患リスク低下と相反する脳出血合併症増加を考慮した管理が必要です（グレード B）。

高血圧性脳出血では血圧コントロール不良な患者さんでの再発が多く、再発予防のために、血圧を 140/90mmHg 未満、可能であれば 130/80mmHg 未満にコントロールするように勧められます（グレード B）。

○くも膜下出血の発症予防

くも膜下出血をきたすリスク因子としては、“喫煙習慣”、“高血圧”、“過度の飲酒”があげられ、これらのリスク因子を持ち合わせる人では、その改善が推奨されます（グレード A）。

(9) リハシート

地域生活期にてリハサービスを行う場合には必ず作成します。

複数のリハサービスを受ける場合、ケアマネージャーが評価事業所を指定します。

概ね3ヶ月に1回程度を目安に記録して下さい。ただし、今後の介護報酬の規定に留意する必要があります。

今回、地域生活期リハシートが大幅変更となりました。

『10m歩行』、『握力』の項目が削除となります。(詳細はシート参照)

記入方法は、各項目チェック方式となります。該当項目がない場合備考欄に記載します。(評価に関する詳細なマニュアルは追補1として巻末に添付しました。)

複数の事業所・医療機関で同時に情報を共有するため原本は患者が持ちます。

必要に応じてコピーして事業所・医療機関で保存して下さい。リハ評価担当事業者は、時間差なく原本と同等の記録を保存します。

(10) 介護シート(地域生活連携シート～千葉県参考様式～)

地域生活期で、ケアマネージャーが6ヶ月に1度記入します。サービス内容や介護度に変更された場合も記録して下さい。地域生活連携シートに情報を記入すると、介護シートに情報を転記することが可能となるシートとなっています。

複数の事業所・医療機関で同時に情報を共有するため原本は患者が持ちます。

必要に応じてコピーして事業所・医療機関で保存して下さい。ケアマネージャーは、時間差なく原本と同等の記録を保存します。

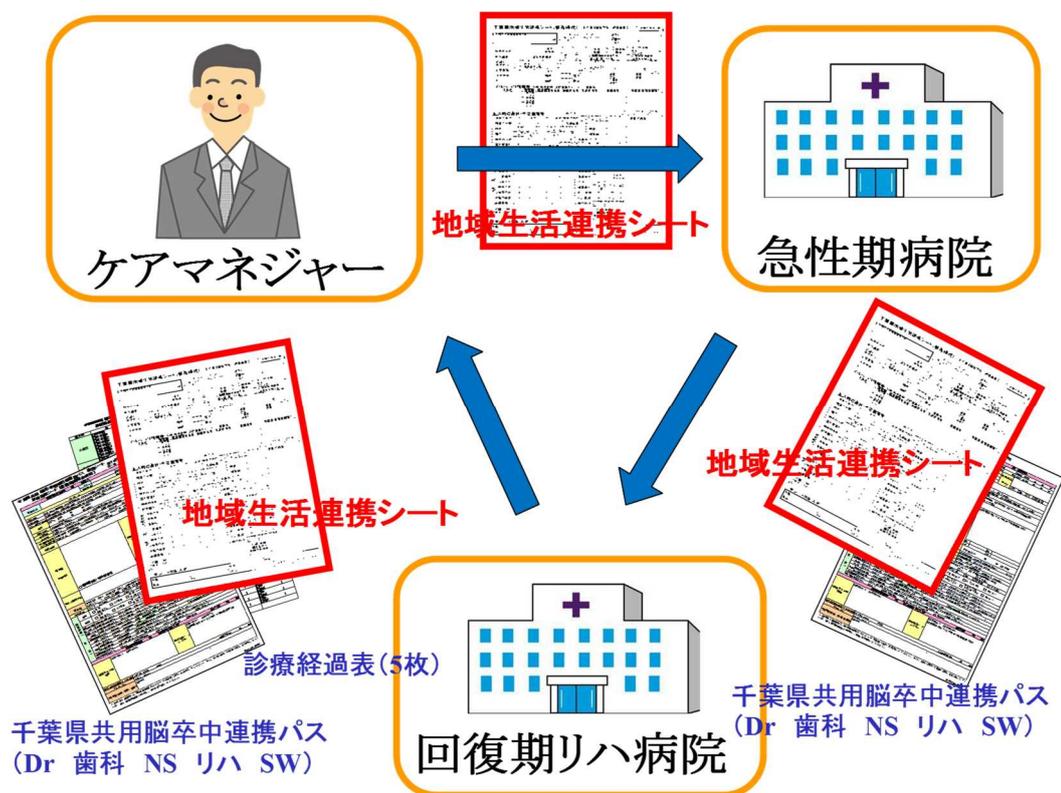
なお、急性期病院入院時に地域生活連携シートを受け取った場合、回復期病院にもコピーを送付してください。また、何らかの介護保険サービスを使用する患者の場合は回復期病院退院時の初回の評価は回復期病院で作成して、ケアマネージャーにお渡しください。

※「地域生活連携シート」の最新版と記入のためのガイドラインなど詳細については、千葉県のホームページから入手してください。

インターネットで「千葉県」「地域生活連携シート」で検索すれば、エクセル版、PDF版、記入例など入手可能です。

※元々地域生活連携シートは、地域生活期から急性期病院に情報提供をするために作られた様式ですが、回復期病院においても発症前の状況を確認する上で非常に有用なツールでもあります。また、回復期病院退院時に地域生活期にこの様式で情報提供することで、介護から医療へ、そして医療から介護へ循環するシートとなります。医療と介護の連携ツールとして活用していくことを推奨します。

《介護シート（地域生活連携シート）循環のイメージ》



(11) 連絡票

○ 様式 A

介護・福祉関係者から医療機関に報告・問い合わせ・依頼・相談などの際の連絡のために使用します。「現在の情報」の欄には、相談内容に関係のある必要事項について記載します。

○ 様式 B

主に医療機関から発信する可能性の高い項目が記載しやすいような様式になっています。ケアマネージャーからの相談に対する返信、かかりつけ医から専門医に対する相談と返信などの際に使用します。「診療情報提供書」として算定可能ですが、「地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）」の算定のための要件は満たしていませんので御注意ください。

受診予定があれば、必ず次回の予約日を記載します。

○ 様式 C

かかりつけ医から専門医に向けて発信する項目が記載しやすいような様式になっています。診療報酬における「地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）」の算定のためには、当該患者が回復期病院を退院した月の翌月までに様式Cの「日常生活機能評価」を記載し、計画管理病院（急性期病院）に送付する必要があります。

回復期病院を退院する際に、「日常生活機能評価」等の項目を回復期病院で記載しておき、かかりつけ医が初診時に診察所見と比較・確認・記載して送付する様にしてください。

2回目以降に使用する場合は、「診療情報提供書」として算定してください。特に指定がない場合、発症1年目に計画管理病院に受診の予約を取る様に指導し、様式Cを受診時に持参するようにしてください。

7. 連携パスの適用

急性期に担当医が不相当と判断した場合を除く、すべての脳卒中患者を対象とします。リハビリテーションを目的として転院する場合、急性期病院で地域連携診療計画管理料、回復期病院で地域連携診療計画退院時指導料を算定します。（「地域連携診療計画書」は入院後7日以内に交付します。）

リハビリテーションが必要ではない患者では、再発予防（2次予防）のために、かかりつけ医との間のみでパスを適用してください。

（1）退院基準

- 退院時に全く症状がないか、症状はあるが特に問題となる障害がなく、日常生活及び活動が可能であること。
- 退院時、軽度の障害で、以前の活動は制限されるが、介助なしに自分のことができ、外来でのリハビリテーションが可能であること。
- 認知症・せん妄・全身状態不良などでリハビリテーションの実施が困難で、既に自宅介護の体制が整っていること。
- 障害が残っているが、生活環境の整備がされており退院可能なこと。
- 発症前に重度の障害があり、既に自宅介護の体制が整っていること。
- 本人又はご家族が入院でのリハビリテーションの継続を希望していないこと。

（2）転院基準

- 退院時、何らかの介助を要し、リハビリテーション実施困難な合併症や後遺症がないこと。
- 退院時、軽度の障害であっても、入院によるリハビリテーションが望ましいこと。

8. アウトカム

地域生活期における、機能の維持・向上、再発防止状態の継続をゴールとします。したがって、以下のバリエーションが生じるまでパスは継続します。

9. バリアンス（連携パスからの逸脱）

- 新たな脳卒中を発症した場合。
- リハビリテーションを継続できない新たな疾患を発症した場合。

10. 地域生活期における新しい連携の仕組み

現行の診療報酬制度において脳卒中地域医療連携パスに関わる請求を行うためには、計画管理病院から厚生局に、連携する全ての医療期間が届けられていることと、連携に関する話し合いの機会が設けられていることが必要となります。現時点で千葉県内の計画管理病院、回復期リハビリテーション病院はそれぞれ30病院弱と40病院弱ですが、外来担当医療機関の候補は3000医療機関近くになりますので、県全域をカバーする共用パスが混乱なく運用されるためには、組織的な連携関係の届け出と連携会議の運営が必要となります。平成24年度にその基盤を作りましたので、平成25年度からその運用を始めます。

○外来担当医療機関の届出

1. 外来担当医療機関として登録するためには

外来担当医療機関として登録できるのは、200床以下の病院または診療所で、千葉県保健医療計画で脳卒中担当医療機関として登録されていること、すなわち「ちば医療ナビ」で脳卒中担当医療機関として登録されていることが必要です。該当する医療機関で共用パスによる算定を希望する場合は、所属する地区医師会に所定の様式（医療機関登録用紙）で登録します。地区医師会からは年2回程度登録情報の更新をしていただきます。医師会に所属していない医療機関で算定を希望する場合は、千葉県共用脳卒中地域医療連携パス 計画管理病院協議会（以下、CAMP-S 計画管理病院協議会）に登録してください。登録様式は千葉県医師会または共用パスまたはCAMP-S 計画管理病院協議会のホームページからダウンロードできますので、必要事項を記入後、CAMP-S 計画管理病院事務局にFAX または電子メールで登録してください。

2. CAMP-S 計画管理病院の届け出に関して

計画管理病院協議会に加盟している計画管理病院はそれぞれの医療機関ごとに、連携先のリハビリテーション担当医療機関と登録されているすべての外来担当医療機関を厚生局に届け出て下さい。リハビリテーション担当医療機関に関してもパスの利用者が行く可能性のある全ての医療機関を届けておくことをお勧めします。

3. リハビリテーション担当医療機関の必要事項

退院時指導料(Ⅱ)を算定する場合、リハビリテーション担当医療機関は、外来担当医療機関が登録された医療機関かどうかを確認してください。

○連携会議の仕組み

診療報酬算定のための地域連携の条件として、年3回程度の連携会議の開催が求められています。しかし、共用パスは千葉県内全域で同一パスが運用されるため、すべての計画管理病院が主催する連携会議に参加することは不可能であり、合同の連携会議は千葉市周辺で行なわれるため遠方からの参加は困難です。そこで、合同の連携会議の開催に関わった計画管理病院がそれぞれの地区で開催する小規模な連携会議に参加することで、県全体で行われた連携会議に参加したと見なすことができるようになりました。この仕組みを創るために、本年の千葉県脳卒中連携の会から共用パスの24計画管理病院が一体となり、「千葉県共用脳卒中地域医療連携パス計画管理病院協議会」（以下、計画管理病院協議会）を設置し、千葉県脳卒中連携の会の開催に直接関わっていることを明言いたしました。計画管理病院協議会に加盟している計画管理病院がそれぞれの地区で連携会議の開催に関わり、県全体の連携会議との中継役を担うことで、かかりつけ医は近くで行われる連携会議に参加するだけで、どの計画管理病院から発行された共用パスも診療報酬に定める退院時指導料（Ⅱ）を算定することが可能になります。計画管理病院が近くにない地区の場合、直近の計画管理病院の開催する連携会議に参加していただく必要がありますが、CAMP-S計画管理病院協議会に相談していただければ計画管理病院協議会が協力して連携会議を開催します。

県全体の主な連携会議

「千葉県脳卒中等連携の会」（毎年2月頃開催します）

「千葉県連携の会」（毎年7月頃、千葉大学医学部附属病院で開催します）

「千葉県脳卒中等連携意見交換会」（不定期開催ですが、年4-5回開催されます）

CAMP-S 計画管理病院協議会参加医療機関

国立病院機構千葉医療センター

千葉市立青葉病院

千葉県救急医療センター

千葉大学医学部附属病院

千葉脳神経外科病院

船橋市立医療センター

谷津保健病院

東京女子医科大学八千代医療センター

国立国際医療研究センター国府台病院

東京歯科大学市川総合病院

順天堂大学医学部附属浦安病院

行徳総合病院

国保松戸市立病院

千葉西総合病院

新東京病院

成田赤十字病院

東邦大学医療センター佐倉病院

日本医科大学千葉北総病院
国保旭中央病院
亀田総合病院
君津中央病院
千葉県循環器病センター
千葉ろうさい病院
帝京大学ちば総合医療センター
東京ベイ・浦安市川医療センター
千葉県済生会習志野病院
千葉メディカルセンター
小山記念病院（茨城県）

ホームページ：<http://www.camp-s.org>
事務局：〒261-0012 千葉市美浜区磯辺3-32-1
千葉県救急医療センター地域連携室内
TEL:043-279-2211/FAX:043-279-2866
office@camp-s.org

千葉県回復期リハビリテーション連携の会

みつわ台総合病院
最成病院
千葉県千葉リハビリテーションセンター
千葉中央メディカルセンター
千葉南病院
千葉健生病院
柏戸病院
おゆみの中央病院
平山病院
千葉みなとりハビリテーション病院
富家千葉病院
市川市リハビリテーション病院
五香病院
化学療法研究所附属病院
大野中央病院
千葉徳洲会病院
船橋市立リハビリテーション病院
船橋二和病院
セコメディック病院
船橋総合病院
下総病院

津田沼中央総合病院
東京湾岸リハビリテーション病院
八千代リハビリテーション病院
新八千代病院
旭神経内科リハビリテーション病院
松戸リハビリテーション病院
千葉・柏リハビリテーション病院
東葛病院
流山中央病院
千葉愛友会記念病院
野田病院
平和台病院
東松戸病院
柏厚生総合病院
北柏リハビリ総合病院
佐倉厚生園
八街総合病院
総合成田病院
長谷川病院
佐原中央病院
九十九里病院
季美の森リハビリテーション病院
山之内病院
高根病院
亀田リハビリテーション病院
館山病院
袖ヶ浦さつき台病院
五井病院
リハビリテーションさらしな
白金整形外科病院

事務局：

千葉県脳卒中等連携意見交換会事務局

医療法人社団保健会

東京湾岸リハビリテーション病院

医療連携室　：　津川　恭平

275-0026　千葉県習志野市谷津4-1-1

電話：047-453-9000(代) FAX：047-453-9002

携帯：080-4455-1171

E-mail：renkei@wanreha.net

【参考資料】

「脳卒中患者の機能評価 SIASとFIMの実際」

里宇明元, 園田茂, 道免和久 1997 シュプリンガー・ジャパン

「印旛脳卒中地域連携パス」

「上総脳卒中地域連携クリニカルパス」

「千葉県救急医療センター地域連携パス」

「北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会パス」

「脳卒中治療ガイドライン2009」

日本脳卒中学会ほか

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007」

日本動脈硬化学会

「内視鏡治療時の抗凝固薬・抗血小板薬使用に関する指針」

日本内視鏡学会 (Gastroenterol Endosc 2005;47:2691-2695)

「循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン」

日本循環器学会ほか

追補1) 地域生活期リハシート記載マニュアル

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート				発行施設 ①	
リハシート【生活維持期作成用】				記入日 ②	
リハビリテーション基本情報		記入者 <input type="checkbox"/> PT <input checked="" type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> ST (④)			
患者名(イニシャル可)	⑤		生年月日	⑥	
リハ開始日	⑧		リハ頻度	⑨	
診断名・既往歴	1) ⑪	発症日	2) ⑫	3) ⑬	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input checked="" type="checkbox"/> ⑭ ⑮2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
禁忌・配慮事項	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他⑮				
評価項目	1. 身体機能	運動障害 ⑯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 麻痺() <input type="checkbox"/> 失調() <input type="checkbox"/> その他()		
		筋力低下 ⑰	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 上肢(<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) 下肢(<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) <input type="checkbox"/> 左 体幹(<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度)		
		感覚障害 ⑱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
		痛み ⑲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
		関節可動域 ⑲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
		呼吸循環機能 ⑲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	2. コミュニケーション	コミュニケーション ⑲	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他())		
		認知症 ⑲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明		
	3. 高次脳機能・精神機能	その他 ⑲	<input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 問題行動 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認(<input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> うつ症状 <input type="checkbox"/> その他()		
		寝返り <input type="checkbox"/> 不可	道具 ⑲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 柵 <input type="checkbox"/> その他)	
	5. 起き上がり <input type="checkbox"/> 不可	介助量 ⑲	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		道具 ⑲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 柵 <input type="checkbox"/> その他)		
6. 座位 <input type="checkbox"/> 不可	介助量 ⑲	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	道具 ⑲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 柵 <input type="checkbox"/> 背もたれ <input type="checkbox"/> クッション等 <input type="checkbox"/> その他)			
7. 立ち上がり <input type="checkbox"/> 不可	介助量 ⑲	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	連続保持時間 ⑲	<input type="checkbox"/> 1分~ <input type="checkbox"/> 5分~ <input type="checkbox"/> 10分~ <input type="checkbox"/> 30分~ <input type="checkbox"/> 1時間~ <input type="checkbox"/> 保持困難			
8. 立位 <input type="checkbox"/> 不可	道具 ⑲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他)			
	介助量 ⑲	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
9. 移動 <input type="checkbox"/> 不可	歩行補助具 ⑲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 屋内装具 <input type="checkbox"/> 屋外装具)			
	介助者 ⑲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	介助量 ⑲	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	連続移動距離 ⑲	<input type="checkbox"/> 移動不可 <input type="checkbox"/> ~1m <input type="checkbox"/> ~3m <input type="checkbox"/> ~5m <input type="checkbox"/> ~10m <input type="checkbox"/> それ以上 (m)			
10. TUG	⑲	右回り 分 秒 左回り 分 秒			
11. 生活範囲	移動範囲 ⑲	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外			
12. 寝たきり度ランク	⑲	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
セルフケア	FIM	点数	福祉用具・介助方法等		
	食事・スプーン		移動	歩行	
	整容			車イス	
	入浴(洗い動作)			階段	
	更衣(上半身)			小計	
	更衣(下半身)			コミュニケーション	理解(聴覚・視覚)
トイレ動作		表出(音声・非音声)			
小計		小計			
排泄	排尿		社会認識	社会的交流	
	排便			問題解決	
	小計			記憶	
移乗	ベッド・イス・車イス		小計		
	トイレ		FIM合計		
	浴槽・シャワー		<small>※FIM観測方法(目安) 7: 自立 6: 修正自立 5: 見守り 4: 軽介助 (75%自立) 3: 中介助 (50%自立) 2: 重介助 (25%自立) 1: 全介助</small>		
	小計				
特記事項(意欲・栄養状態・家屋状況・福祉用具・介護力・コミュニケーション方法、IADLなど・・・)					

★はじめに★

- ・回復期病院を退院後、概ね3か月毎、もしくは著しく状態の変化が見られた場合に再評価をお願いします。
- ・状態変化があまり見られない方に関しては6か月～1年を目安に再評価を行ってください。
- ・原本は患者様（利用者様）にお渡しし、必要に応じてコピーを各施設にて保管して下さい。
- ・地域生活期パスシート（以下：本シート）がお手元に回ってこない場合は担当ケアマネ、もしくは回復期病院に問い合わせてください。
- ・本シートにおける疑問点、問題点、ご希望等ございましたら、谷津居宅サービスセンターの医療連携委員までご連絡いただければ幸いです。
- ・多職種の方々、利用者御本人様、利用者御家族様も見er書類となりますので、可能な限り分かりやすく記入するようご配慮をお願いします。

基本情報

①発行施設

- ・本シートを作成した施設名を記入して下さい。

②評価日

- ・本シートの評価日を記載して下さい。

③測定者

- ・測定、記載を行った職種にチェックを入れて下さい。
- ・多職種にて行った場合はそれぞれの職種に入れます。

④測定評価を行った者の氏名を記載して下さい。

- ・多人数にて行った場合は、連名記載して下さい。

⑤患者名（イニシャル可）

- ・利用者様の氏名を記載します。
- ・発行施設の方針等によりフルネーム記載を禁止している場合はイニシャルでも結構です。

⑥生年月日

- ・利用者様の生年月日を記載します。
- ・個人情報などの関係により不具合がある場合は空白でも結構です。

⑦ID

- ・発行施設にて利用者様がID管理されている場合は記載して下さい。
- ・管理されていない場合は空欄で構いません。

⑧リハ開始日

- ・発行施設でのリハビリ開始日を記載して下さい。
- ・改めて開始日を設定した方が望ましいと思われる場合にはリセットし記載して下さい。

（例）・途中一旦リハビリが中止となり、医師の指示にて再開された場合

- ・主疾患が変更となった場合。（大腿骨頸部骨折⇒脳梗塞 など）

⑨リハ頻度

- ・1週間で行っているリハビリの時間数を記載して下さい。

- ・多職種が介入している場合はそれぞれの1週間の時間数、多施設が介入している場合はパス作成施設が実施している1週間の時間数を記載して下さい。

⑩性別

- ・利用者様の性別にチェックを入れて下さい。

⑪診断名・既往歴

- ・主疾患の病名を記載して下さい。

⑫発症日

- ・主疾患の発症日を記載して下さい。

⑬既往歴を記載し、分かる範囲での発症年月日を（ ）で記載して下さい。

(例)・糖尿病 (H10 頃)

・右大腿骨頸部骨折 (H20, 10, 11) など

- ・既往歴が書ききれない場合は最下欄「特記事項」に記載して下さい。

⑭要介護度

- ・利用者様の要介護度にチェックを入れて下さい。

⑮禁忌・配慮事項

- ・禁忌・配慮事項で当てはまる項目全てにチェックを入れて下さい。
- ・当てはまる項目が無い場合は「その他」にチェックを入れた後、（ ）内に記載して下さい。
- ・書き切れない場合には最下欄「特記事項」に記載して下さい。

(例)・BP150 以下、HR130 以下

・てんかん発作あり

・右 THA 後。股：屈曲、内転、内旋禁 など

【評価項目】

- ・各評価項目は「している動作」を記入して下さい。
- ・訓練時のみや、通院時のみ行っている場合は「特記事項」に記載して下さい。

1-身体機能

⑯運動障害

- ・無い場合には「なし」にチェックを入れてください。
- ・麻痺が見られる場合は、「麻痺」にチェックを入れ、（ ）内に「麻痺側」、「麻痺の種類」を簡潔に記入してください。
- ・麻痺の詳細な評価 (BRST-Stage、SIAS-m など) に関しては書ききれないようであれば、最下欄特記事項に記載して下さい。
- ・失調が見られる場合は「失調」にチェックを入れ、（ ）内に「左右上下肢どこに症状が見られるのか」、「程度」等に関して記入して下さい。
- ・それ以外の運動障害が見られる場合は「その他」にチェックを入れ（ ）内に具体的な内容を記載してください。
- ・書ききれない場合や、該当項目がない場合は最下欄の特記事項に記載してください。

⑰筋力低下

- ・左右どちらに筋力低下があるのかをチェックし、上下肢・体幹それぞれの筋力にチェックを入れて下さい。
- ・筋力低下「軽度」「中度」「重度」の判定基準に関しては、身体障害者手帳測定に合わせ
 - ・軽度：MMT 4 《身障測定（○）》
 - ・中度：MMT 3 《身障測定（△）》
 - ・重度：MMT 1or2 《身障測定（×）》を基準に判定して下さい。
- ・両側に筋力低下が見られる場合は、左右共にチェックを入れチェックを入れて下さい。
- ・評価が困難な場合は、粗大筋力もしくは動作の中で評価を行い記載し、最下欄の特記事項に判断理由を記載してください。

⑱感覚障害

- ・無い場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・感覚障害が見られる場合は「あり」にチェックを入れ、（ ）内に「左右どちらのどの部位に症状が見られるのか」、「表在なのか深部なのか」などを記載してください。
- ・評価困難な場合は「不明」にチェックを入れ、（ ）内に評価困難理由の記載をして下さい。

⑲痛み

- ・無い場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・痛みの訴えがある場合には「あり」にチェックを入れ、（ ）内に「いつ」、「どの部位に」、「どのような痛み（原因が判明していればその旨）」分かる範囲で記載して下さい。
- ・評価困難な場合は「不明」にチェックを入れ、（ ）内に評価困難理由の記載をして下さい。
- ・発語は見られないが、表情などの変化により痛みを訴える場合は、「あり」にチェックをいれ、その旨（ ）内に記載して下さい。
- ・VAS や Face Scale 等の評価を使用した場合は、使用したスケールと、結果を（ ）に記載して下さい。

⑳関節可動域

- ・無い場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・関節可動域制限がある場合は、「あり」にチェックを入れ、（ ）内に「左右」、「関節名」、「角度」の記載をして下さい。
- ・関節可動域制限が複数の関節にみられる場合は最下欄に記載、もしくは別紙評価用紙を添付して下さい。

㉑呼吸循環機能障害

- ・無い場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・呼吸循環機能障害がある場合「あり」にチェックを入れ、（ ）内に具体的内容を記載して下さい。
 - （例）・呼吸機能障害の場合：平均 SpO₂、呼吸数、過呼吸の有無、睡眠時無呼吸症候群の有無など
 - ・循環機能障害の場合：平均 BP、不整脈の有無・頻度、平均 HR、むくみ、チアノーゼの有無など

㉒嚥下障害

- ・嚥下障害が無い場合には「なし」にチェックを入れて下さい。

- ・嚥下障害がある場合「あり」にチェックを入れ、() 内に具体的内容、評価結果などの記載をしてください。

(例)・食事形態、トロミの量、水飲みテストの結果など。

2-コミュニケーション

②③コミュニケーション障害

- ・コミュニケーション障害が無い場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・コミュニケーション障害がある場合「あり」にチェックを入れ、それぞれ該当する項目にチェックを入れて下さい。
- ・該当する項目が無い場合には「その他」にチェックを入れ() 内に具体的内容を記載して下さい。

3-高次脳機能・精神障害

②④認知症

- ・意識状態の低下などにより判断が困難な場合は「不明」にチェックを入れて下さい。
- ・認知症が無い場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・認知症がある場合「あり」にチェックを入れ、() 内に認知症状の具体的な内容を記載して下さい。
- ・神経心理学検査 (HDSR、MMSE など) を用いて評価した場合は、別紙評価用紙を添付、もしくは最下欄「特記事項」に使用スケール、点数を記載して下さい。

②⑤その他

- ・高次脳機能障害・精神機能障害が見られない場合は「無し」にチェックを入れて下さい。
- ・その他の高次脳機能障害、精神機能障害が見られる場合は該当項目にチェックを入れてください。
- ・該当項目が無い場合は「その他」にチェックを入れ、() 内に症状を記載して下さい。

4-寝返り

- ・介助しても寝返りが困難な場合は「不可」にチェックを入れて下さい。
- ・不可の場合、小項目(「道具」、「介助量」)に関しては空白で結構です。

②⑥道具

- ・道具を使用せず寝返りを行える場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・道具を使用している場合は「あり」にチェックを入れ、該当する道具全てにチェックをして下さい。
- ・該当する道具が無い場合は「その他」にチェックを入れ() 内に使用している道具を記載して下さい。

②⑦介助量

- ・該当する項目全てにチェックを入れてください。

5-起き上がり

- ・起き上がりが介助しても困難な場合は「不可」にチェックを入れて下さい。
- ・不可の場合小項目(「道具」「介助量」)に関しては空白で結構です。

⑳ 道具

- ・ 道具を使用せず起き上がりが行える場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・ 道具を使用している場合は「あり」にチェックを入れ、該当する道具全てにチェックをして下さい。
- ・ 該当する道具が無い場合は「その他」にチェックを入れ（ ）内に使用している道具を記載して下さい。

㉑ 介助量

- ・ 該当する項目全てにチェックを入れてください。

6-座位

- ・ 車椅子座位ではなく、端坐位で評価して下さい。
- ・ 道具の使用や介助しても座位が困難な場合は「不可」にチェックを入れて下さい。
※リスクの面や股関節などの関節拘縮などがあり、そもそも座位がとれない場合などを指します。
- ・ 不可の場合、小項目（「道具」「介助量」「連続保持時間」）に関しては空白で結構です。
※不可の理由を特記事項に記載して下さい。

㉒ 道具

- ・ 道具を使用せず座位が行える場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・ 道具を使用している場合は「あり」にチェックを入れ、該当する道具全てにチェックをして下さい。
- ・ 該当する項目が無い場合は「その他」にチェックを入れ（ ）内に使用している道具を記載して下さい。

㉓ 介助量

- ・ 該当する項目全てにチェックを入れてください。

㉔ 連続保持時間

- ・ 上記の「道具」、「介助」を要した状態で、どの程度座位保持が可能かをあてはまる項目にチェックを入れてください。
- ・ 座位が1分未満の場合は「保持困難」にチェックを入れてください。

7-立ち上がり

- ・ 介助や道具を使用しても立ち上がりが困難な場合は「不可」にチェックを入れて下さい。
- ・ 不可の場合、小項目（「道具」「介助量」「回数/30秒」）に関しては空白で結構です。
※不可の理由を特記事項に記載して下さい。

㉕ 道具

- ・ 道具を使用せず立ち上がりが行える場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・ 道具を使用している場合は「あり」にチェックを入れ、該当する道具全てにチェックをして下さい。
- ・ 該当する項目が無い場合は「その他」にチェックを入れ（ ）内に使用している道具を記載して下さい。

㉖ 介助量

- ・ 該当する項目全てにチェックを入れてください。

③⑤回数/30 秒

- ・腕を体の前で組んだ状態で 30 秒間で何回立ち上げられるかを測定し記載して下さい。
- ・実施困難な場合は「0 回」と記載して下さい。
- ・使用器具の種類（車椅子、ベット）、高さ等の記載は「環境」欄に記載して下さい。
- ・測定方法に関しては、下記測定方法を参照。
- ・定期的に評価する際、同じ環境設定で行って下さい。

8-立位

- ・介助や道具を使用しても立位保持が困難な場合は「不可」にチェックを入れて下さい。
- ・不可の場合、小項目（「道具」「介助量」「連続保持時間」）に関しては空白で結構です。
※不可の理由を特記事項に記載して下さい。

③⑥道具

- ・道具を使用せず立位が行える場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・道具を使用している場合は「あり」にチェックを入れ、該当する道具全てにチェックをして下さい。
- ・該当する項目が無い場合は「その他」にチェックを入れ（ ）内に使用している道具を記載して下さい。

③⑦介助量

- ・該当する項目全てにチェックを入れてください。

③⑧連続保持時間

- ・上記の「道具」、「介助」を最大限利用した状態でどの程度座立位保持が可能かをあてはまる項目にチェックを入れてください。
- ・保持時間が 60 秒未満の場合は、「～60 秒」にチェックを入れ（ ）内に時間を記入してください。
- ・60 秒以上立位保持が可能な場合は「それ以上」にチェックを入れて下さい。

9-移動

- ・車椅子や歩行補助具、介助などを利用しても移動が困難な場合は「不可」にチェックを入れて下さい。
- ・不可の場合、小項目（「歩行補助具」「介助者」「介助量」「連続移動距離」「上記の要する時間」）に関しては空白で結構です。
※不可の理由を特記事項に記載して下さい。
- ・日常生活の中で最も利用頻度の高い移乗手段の項目にチェックを入れて下さい。
- ・該当する項目がない場合（電動車椅子、ストレッチャーなど）は「その他」にチェックを入れ（ ）内に使用している道具を記載して下さい。
- ・「車椅子」、「その他」にチェックが入った場合、「③⑨歩行補助具」は空欄で結構です。
- ・歩行の場合は、屋内歩行で評価します。屋外歩行の記載は、特記事項に記載して下さい。

③⑨歩行補助具

- ・歩行補助具を使用せず移動が行える場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・車椅子、ストレッチャーなどを使用し、歩行以外の手段で移動する場合は空白で結構です。
- ・歩行補助具を使用している場合は「あり」にチェックを入れ、該当する歩行補助具全てにチェ

ックをして下さい。

- ・家具や壁を伝い歩きしている場合は「手すり」にチェックを入れ、最下欄の「特記事項」に記載をしてください。
- ・TP0によって歩行補助具を使い分けている場合は最下欄「特記事項」に記載をしてください。

④①介助者

- ・自立した移動が可能な場合は「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・介助者が必要な場合は「あり」にチェックを入れ、() 内に誰が介助を行っているのかを記載して下さい。
- ・普通の移動手段であれば、訓練時のみ歩行を行っている人は「車椅子」になります。

④②介助量

- ・該当する項目にチェックを入れて下さい。

④③連続移動距離

- ・歩行補助具、介助を利用して最大連続歩行距離を測定します。
- ・該当する項目にチェックを入れて下さい。
- ・10m以上歩行可能な場合は「それ以上」にチェックを入れ() 内に最大歩行距離を記載して下さい。
- ・外出、買い物等においても歩行可能であり、距離の測定が困難な場合はおおよその距離を記載して下さい。

④④上記に要する時間

- ・④③で可能な歩行距離にかかる時間を記載して下さい。
- ・10m以上歩行可能な為、おおよその距離を記載した場合は、() 内におおよその連続歩行可能時間を記載して下さい。

10-TUG

④④TUG

- ・TUGの測定時間を記載して下さい。
- ・在宅など測定困難な場合は空白で結構です。
※TUG (Time Up Go Test)
- ・測定方法に関しては、下記測定方法を参照。

11-生活範囲

④⑤移動範囲

- ・日常生活において移動している範囲にチェックを入れて下さい。
- ・歩行補助具を使用する歩行、介助者付きでの歩行、車椅子での移動など移動手段は問わず、移動している範囲を選択して下さい。
- ・屋外移動の場合は、特記事項に方法などを記載して下さい。

12-寝たきり度ランク

④⑥寝たきり度ランク

- ・当てはまる項目にチェックを入れて下さい。
- ・具体的な評価内容に関しては、(表1)、留意事項を参照にしてください。

FIM

- ・実際に『しているADL』を記載して下さい。
- ・詳細は福祉用具・介助方法等の欄に記載して下さい。

④移動

- ・歩行か車椅子、階段の2項目の合計を出して下さい。
- ・歩行と車イスを併用されている場合は、それぞれの点数を記載し、小計は各項目に分けて記載して下さい。

(例) 道路状況により、車椅子と歩行を分けて使用し自立されている。

参考資料 1 : CS-30 測定方法

《30秒椅子立ち上がりテスト》

- ・測定は30秒間で何回立ち上がれるかを測定する。

準備 :

ストップウォッチ、肘掛けの無い高さの昇降運動用踏み台、もしくは椅子

測定の手順 :

- ① 椅子の中央部より少し前方に座り、両足は肩幅に開き（両膝は握りこぶしひとつ分程度）足底を床に着け、踵を少し引く。
- ② 両手は胸の前で腕組みして胸につける。
- ③ 用意、「始め」の合図でその人の体幹および両膝が最大限に伸びる姿勢まで立ち上がり、腕を組んだまま素早く座位姿勢に戻る。
- ④ 測定は1回とし、5～10回の練習を行う。

測定上の注意・配慮

- ① 開始時座位姿勢では、床から座面までの高さと同様に膝の高さが同じになるように設定をする。
- ② 立ち上がってしまい、立ち上がった時点もしくは座る途中で30秒に達した場合は1回にカウントする。
- ③ 立ち上がった姿勢については、体幹および膝がその人の最大限に伸びる姿勢に達していない場合は合計の回数からその回数を減らす。(変形性関節疾患の場合は最大伸展位まで伸びていれば可)
- ④ 測定が困難な場合は途中で中止する。
- ⑤ 座る動作に勢いがあると、椅子が動きやすいので固定性のある椅子の準備をする。また、バランスを崩し後方へ倒れる場合があるので壁際に椅子を設置するなどの工夫が必要である。

参考資料 2 : TUG 測定方法

準備 :

ストップウォッチ、椅子、コーン（目標物）

測定方法 :

- ① 開始肢位は背もたれに軽くもたれ掛け、手は大腿部の上に置いた姿勢とします。その際、両

足が床につくように配慮します。

- ② 椅子から立ち上がり、3m先の目印を回って、再び椅子に座るまでの時間を測定します。0 m地点は椅子の前脚とし、3m地点はコーンの中心とします。
- ③ 測定者の掛け声に従い、一連の動作を「右回り」と「左回り」を各1回ずつ（計2回）行ってもらいます。順番はどちらからでも構いませんので、利用者様の行いやすい方から行ってください。
- ④ 測定者は対象者の身体の一部が動き出す時からお尻が接地するまでの時間を測定します。厳密な規定ではなく、立ってから座るまでとご理解ください。
- ⑤ コーンの回り方は対象者の自由とします。
- ⑥ 日常生活において歩行補助具を使用している場合には、そのままご使用ください。
- ⑦ 椅子については、オリジナルは肘かけタイプですが、肘掛けが無くても構いません。

(表1：障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度))

	ランク	判定基準
生活自立	J	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する J1: 交通機関などを利用して外出する J2: 隣近所へなら外出する
準寝たきり	A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない A1: 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する A2: 外出の頻度が少なく、日中も寝たきり起きたりの生活をしている
寝たきり	B	屋内殿の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ B1: 車椅子の移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う B2: 介助により車椅子に移乗する
	C	一日中ベッドの上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する C1: 自分で寝返りをうつ C2: 自分では寝返りもうたない

【留意事項】

《朝昼夜などの時間帯や体調等によって能力の程度が異なる場合》

一定期間（調査日よりおおむね過去一週間）の状況において、より頻回にみられる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況などについて、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

《ランク J》

何らかの身体的障害などを有するが、日常生活はほぼ自立（介助なし）し、一人で外出する者が該当する。なお“障害等”とは、疾病や障害及びそれらの後遺症あるいは老衰により生じた身体機能の低下をいう。

J-1 はバス、電車などの公共交通機関を利用して積極的にまた、かなり遠くまで外出する場合が該当する。

J-2 は隣近所への買い物や老人会等への参加等、町内の距離程度の範囲までなら外出する場合が該当する。

《ランク A》

「準寝たきり」に分類され、「寝たきり予備軍」ともいうべきグループであり、いわゆる house-bound に相当する。屋内での日常生活活動のうち食事、排泄、着替に関してはおおむね自分でいき、留守番などをするが、近所に外出するときは介護者の援助を必要とする場合が該当する。

なお“ベッドから離れている”とは“離床”のことであり、布団使用の場合も含まれるが、ベッドの使用は本人にとっても介護者にとっても有用であり普及が図られているところもあるので、奨励的意味からベッドという表現を使用した。

A-1 は寝たり起きたりはしているものの食事、排泄、着替時はもとより、その他の日中時間帯もベッドから離れている時間が長く、介護者がいればその介助のもと、比較的多く外出する場合が該当する。

A-2 は日中時間帯、寝たきりの状態にはあるもののベッドから離れている時間の方が長い、介護者がいてもまれにしか外出しない場合が該当する。

《ランク B》

「寝たきり」に分類されるグループであり、いわゆる chair-bound に相当する。B-1 と B-2 とは座位を保つことを自力で行うか介助を必要とするかどうかで区分する。日常生活活動のうち、食事、排泄、着替のいずれかにおいては、部分的に介護者の援助を必要とし、一日の大半をベッドの上で過ごす場合が該当する。排泄に関しては、夜間のみ“オムツ”を付ける場合は、介助を要する者とはみなさない。なお、“車椅子”は一般の椅子や、ポータブルトイレなどで読み替えても差し支えない。

B-1 は介助なしに車椅子に移乗し食事も排泄もベッドから離れて行う場合が該当する。

B-2 は介助の元、車椅子に移乗し、食事または排泄に関しても、介護者の援助を必要とする。

《ランク C》

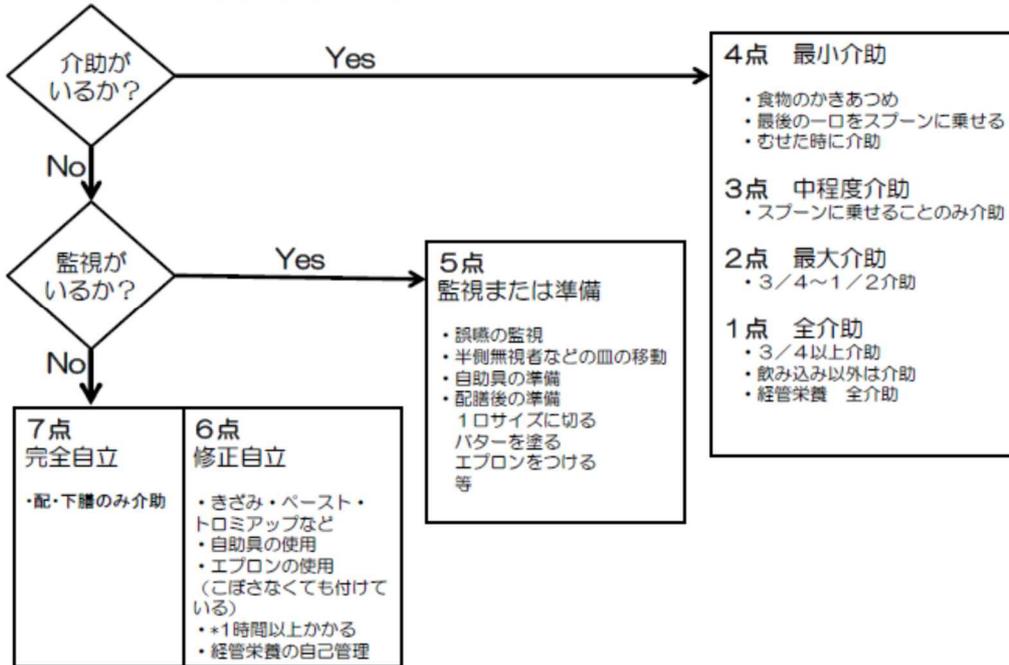
ランク B と同様、「寝たきり」に分類されるが、ランク B より障害の程度が重い者のグループであり、いわゆる bed-bound に相当する。日常生活活動の食事、排泄、着替のいずれにおいても介護者の援助を全面的に必要とし、1日中ベッドの上で過ごす。

C-1 はベッドの上で常時臥床しているが、自力で寝返りをうち体位を変える場合が該当する。

C-2 は自力で寝返りをうつこともなく、ベッド上で常時臥床している場合が該当する。

食事動作

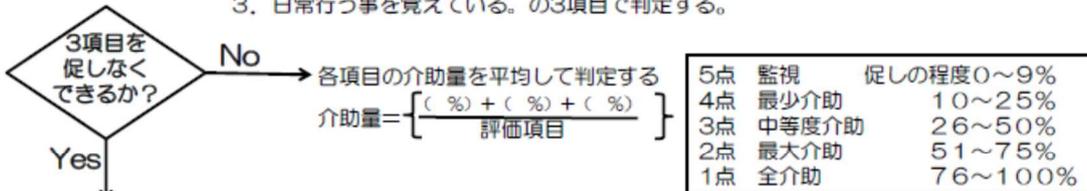
食べ物を口へ運ぶ動作が主。咀嚼・嚥下についても評価。
配・下膳は除く。



記憶

日常生活を行うときの認知と記憶に関連した技能

1. 他人の依頼を実行する。
2. 良く出会う人を認識する。
3. 日常行う事を覚えている。の3項目で判定する。



7点 完全自立 手がかり、繰り返し、助言なく記憶している。	6点 修正自立 ・わずかに困難。 ・補助具（日課について書かれたメモリーノート等）を使用する。
----------------------------------	---

※注意事項

- ・促しとは、手がかり、繰り返し、助言のこと。
- ・失語症により支持を理解できない場合、3つのジェスチャーを依頼して評価する。本当に評価できない場合は2. 3. の2項目で評価する。

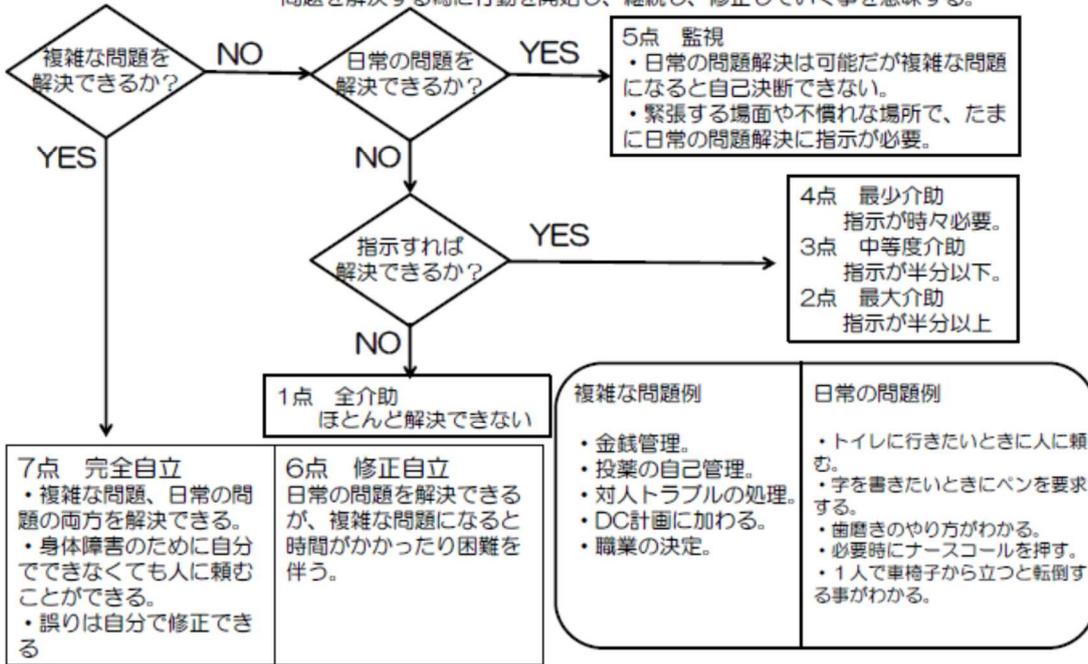
介助量	1. 他人の依頼 (3段階の無関係な指示) を実行する。 「ブレーキを止めて」 「手を挙げて」 「左を見て」など	2. 良く出会う人を認識する。	3. 日常行う事を覚えている。
0%	1回の指示で実行できる	ほぼ認識できる。	ほぼ、覚えている。
25%	2回繰り返せば実行できる	時々、認識できない。	時々、忘れている。
50%	2段階の指示を実行できる	半分以上、認識できる	半分以上、覚えている。
75%	1段階の指示を実行できる	半分以上、認識できない。	半分以上、忘れている。
100%	ほとんど実行できない	ほとんど認識できない。	ほとんど忘れている。

問題解決

日常生活の問題解決に関連した技能。

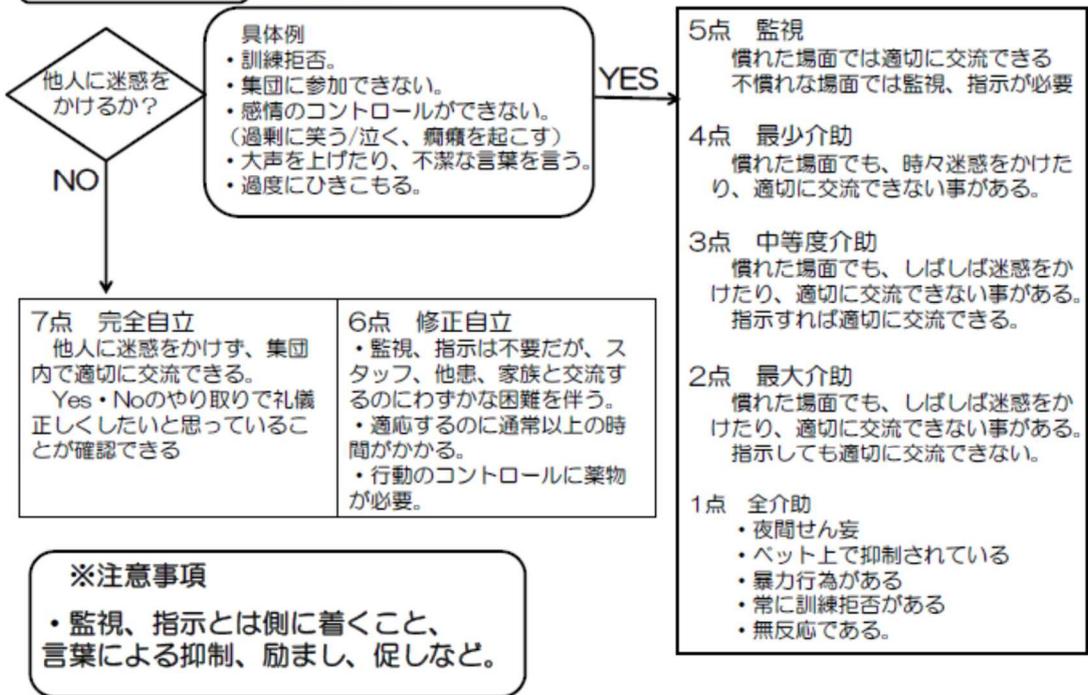
金銭的、社会的、個人的な出来事に関して、合理的かつ安全にタイミング良く決断する

問題を解決する為に行動を開始し、継続し、修正していく事を意味する。



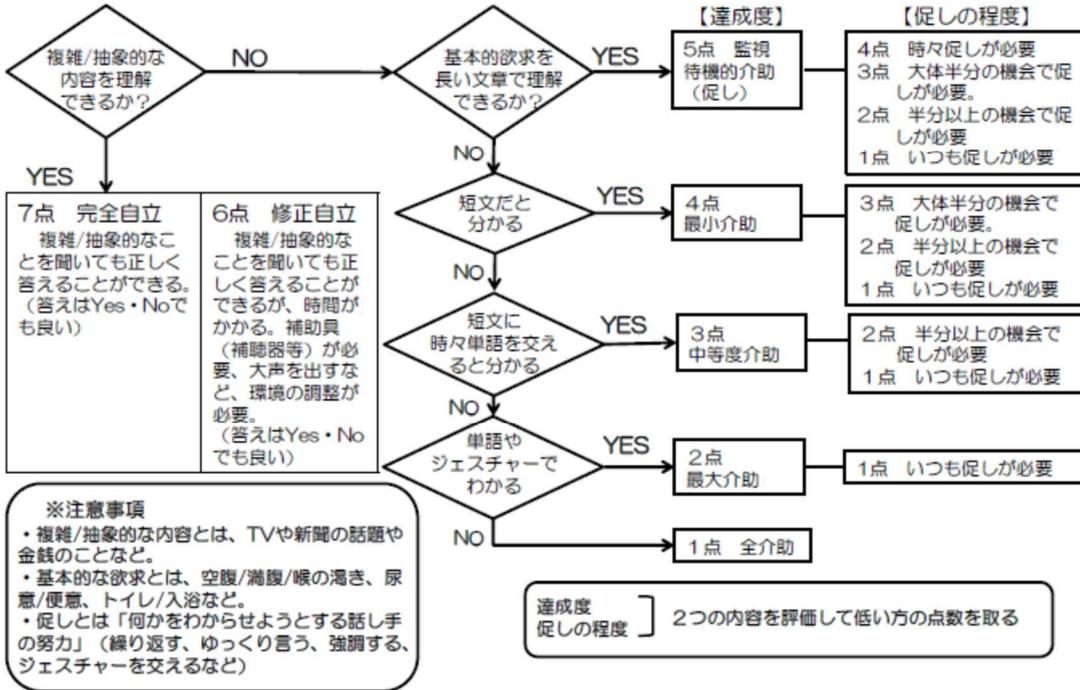
社会的交流

病棟及び訓練室で、他人に迷惑をかけずに適切に交流できるかを採点する。



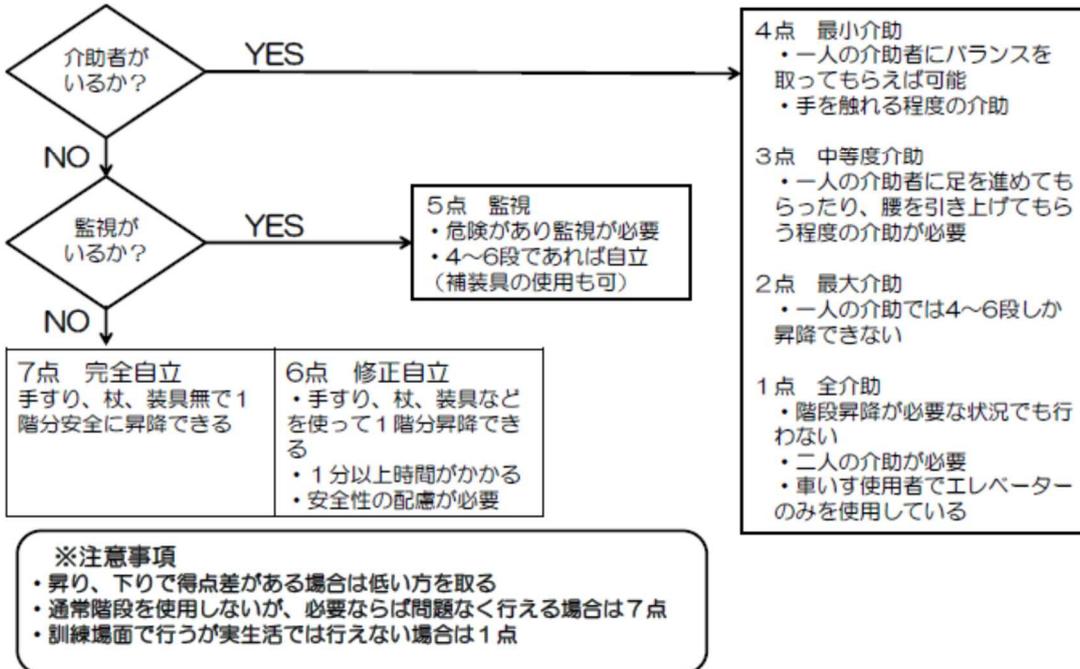
理解

聴覚・視覚によるコミュニケーションの理解。
文字、サイン言語、ジェスチャーなども含まれる

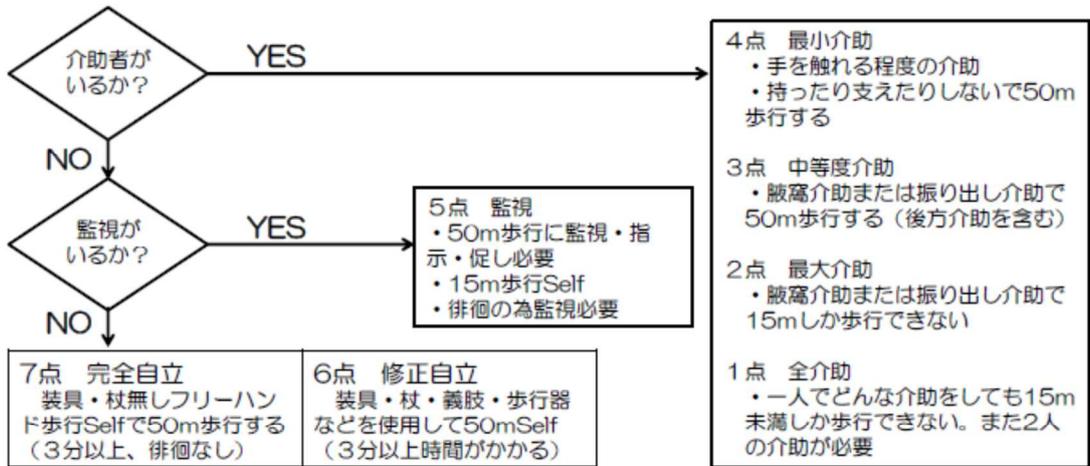


階段

階段を1階分(12~14段)昇降する

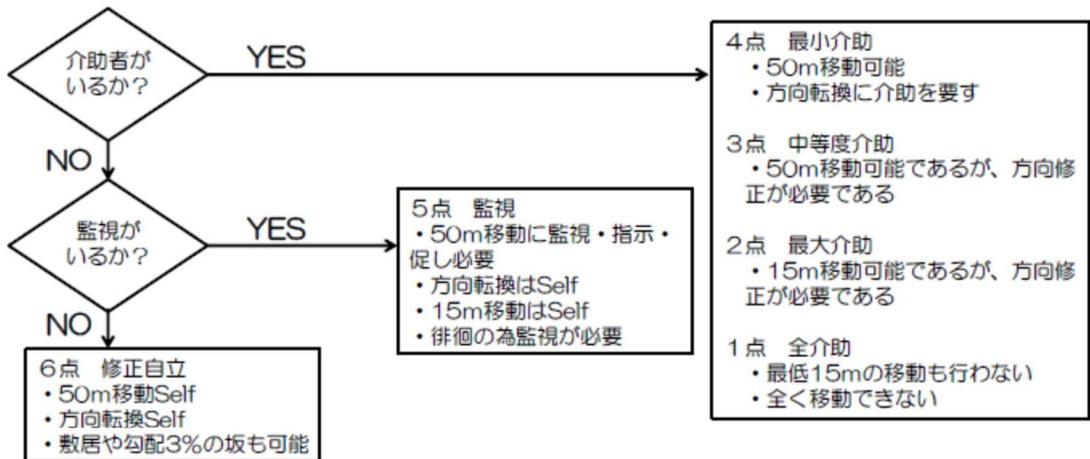


移動 歩行



※注意事項
 ・退院時の主な移動手段を想定して入院時に採点しておく
 ・退院時の移動手段が不明瞭な場合、様々な手段で評価しておく
 （例：四つ這い、電動車いす・・・）

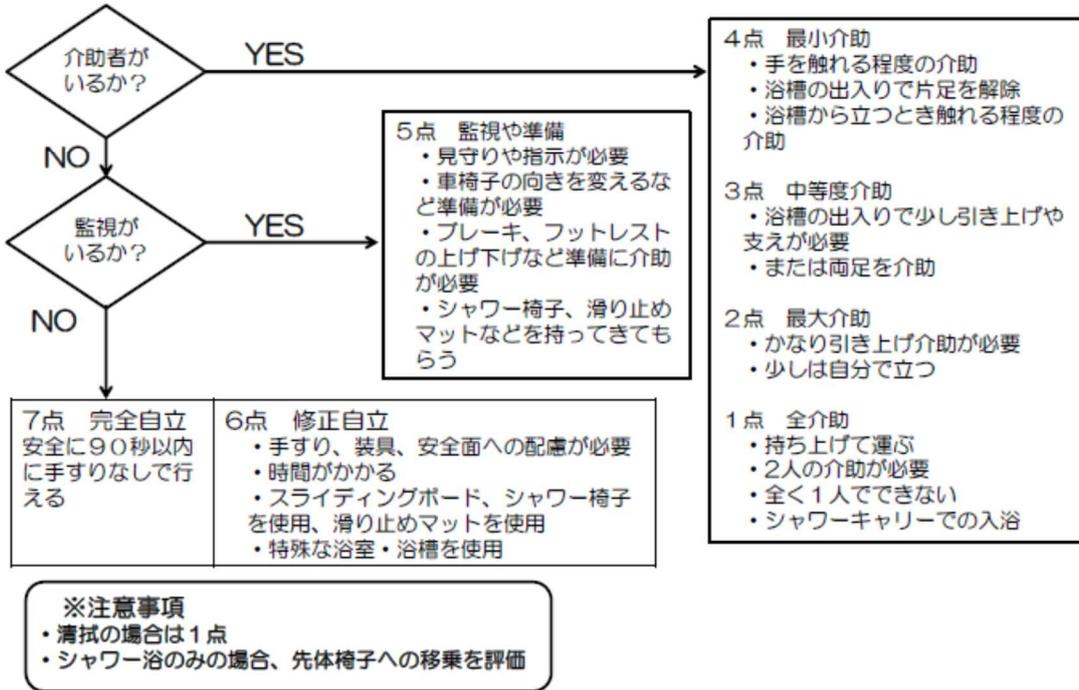
移動 車椅子



移乗

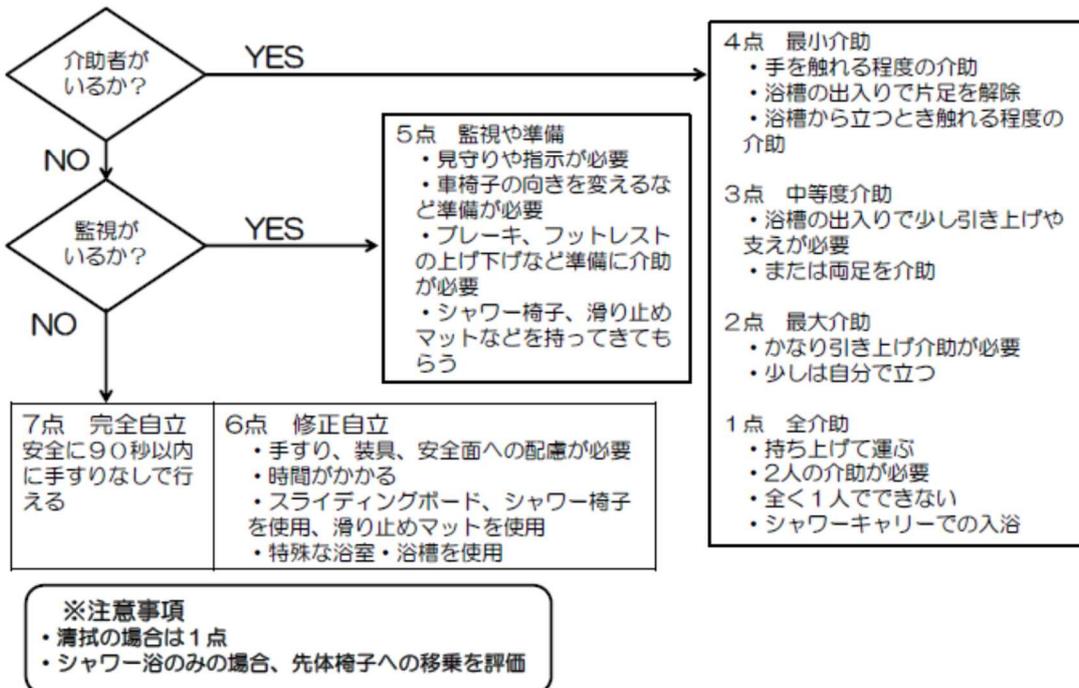
浴槽・シャワー

浴槽またはシャワー室への出入り、浴槽かシャワーをチェック

**移乗**

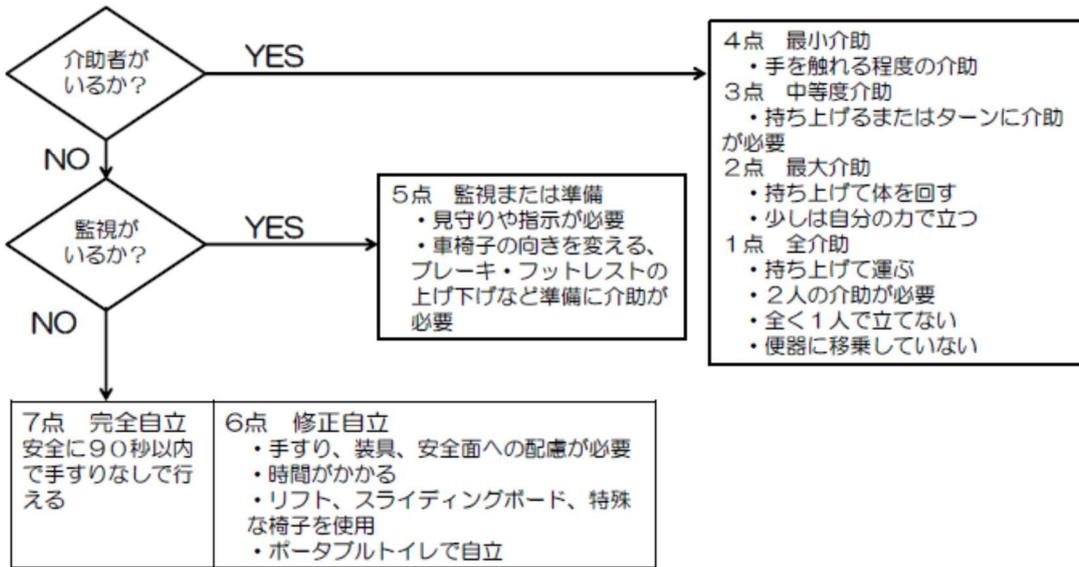
浴槽・シャワー

浴槽またはシャワー室への出入り、浴槽かシャワーをチェック



移乗

トイレ
便器への乗り移りおよび便器から離れる事

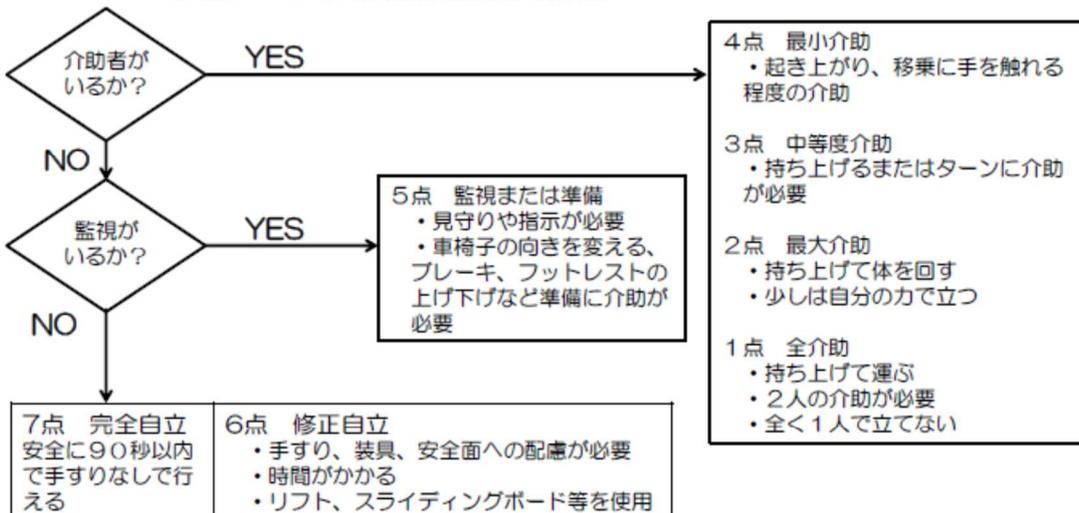


※注意事項

- ・ブレーキ、フットレストの操作を含む
- ・服の上げ下げは含まない

移乗

ベッド・車椅子
ベッド、椅子、車椅子の間でのすべての段階を含む
歩行レベルの場合は起立動作を含む



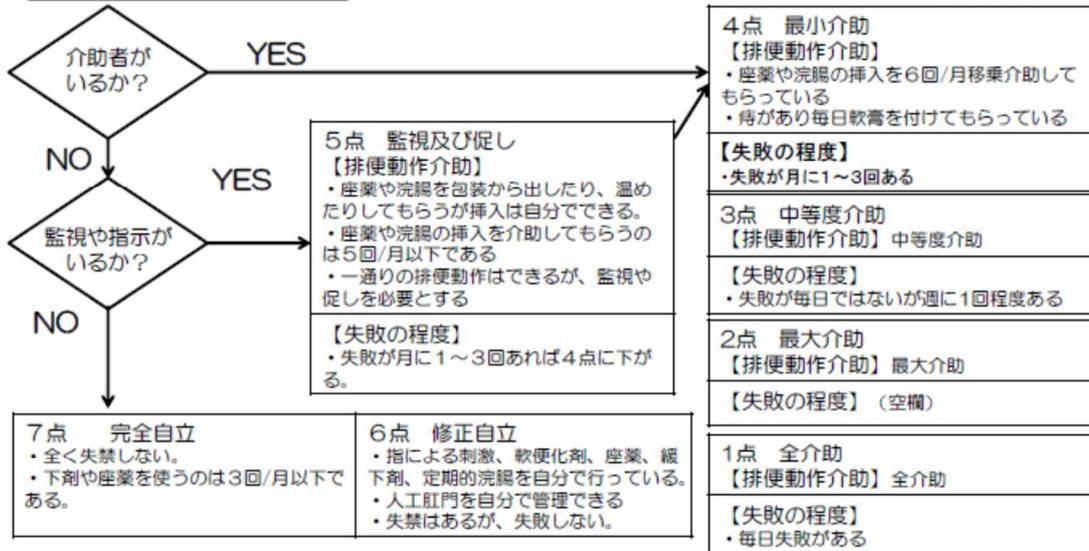
※注意事項

- ・起き上がり動作を含む
- ・起き上がりが全介助で乗り移りが自立の場合は3点
- ・ベッド⇒車椅子、車椅子⇒ベッドの低い方を取る

排便コントロール

排便動作介助

失敗の程度 2つの内容を評価して低い方の点数を採用



※注意事項

排便動作とは：・適切な時に括約筋を緩める事

排便の失敗とは：・排尿同様、衣服やシーツを汚してしまう事

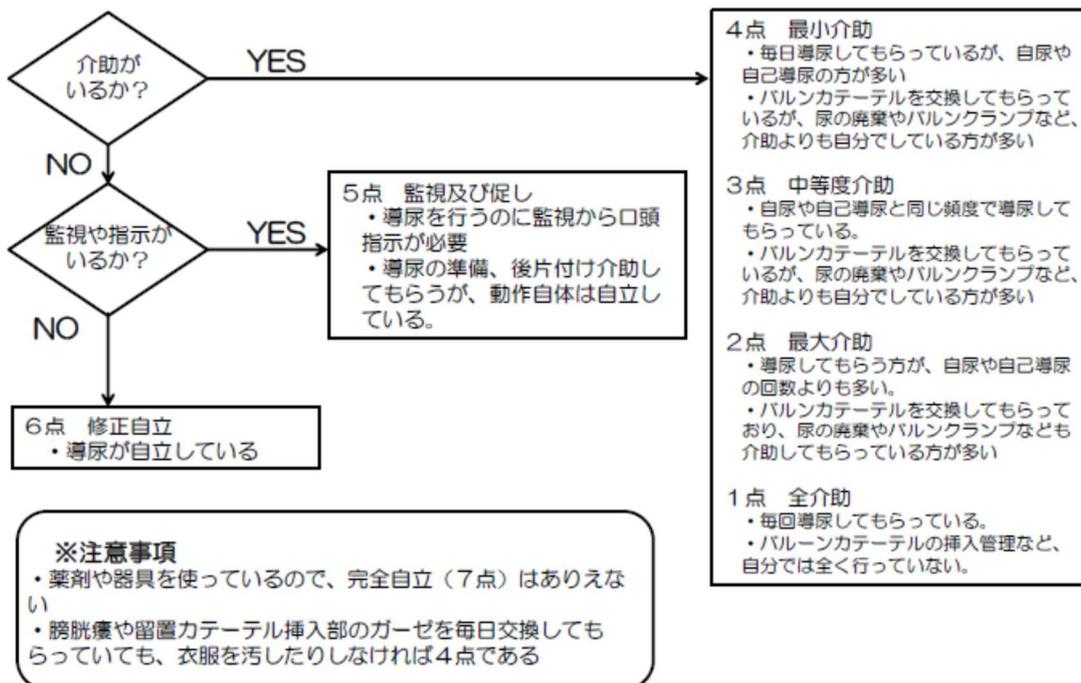
・便失禁とは自分で括約筋を緩めようとしないうちの排便をさすので、失禁してもオムツに留まっていれば失敗したことになる。

・後始末に介助がいる場合を失敗とする（オムツ交換なども）

介助量について・道具を使って排便している場合、その介助量を測る（座薬、浣腸、排便など）

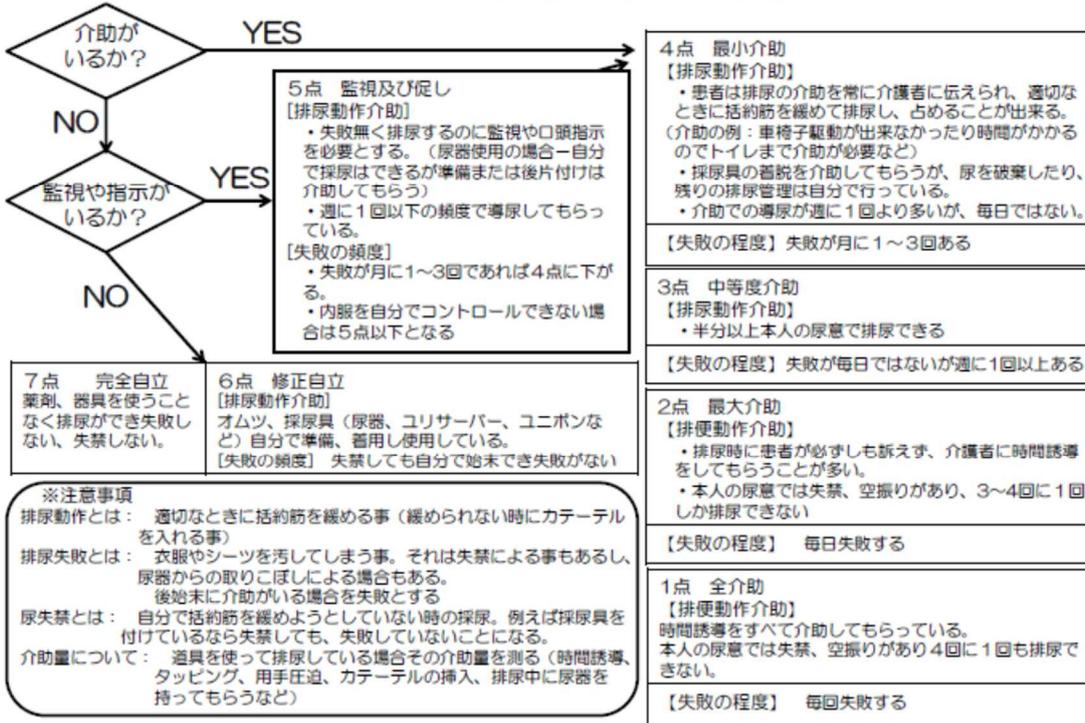
排尿コントロール

導尿、カテーテル留置の場合



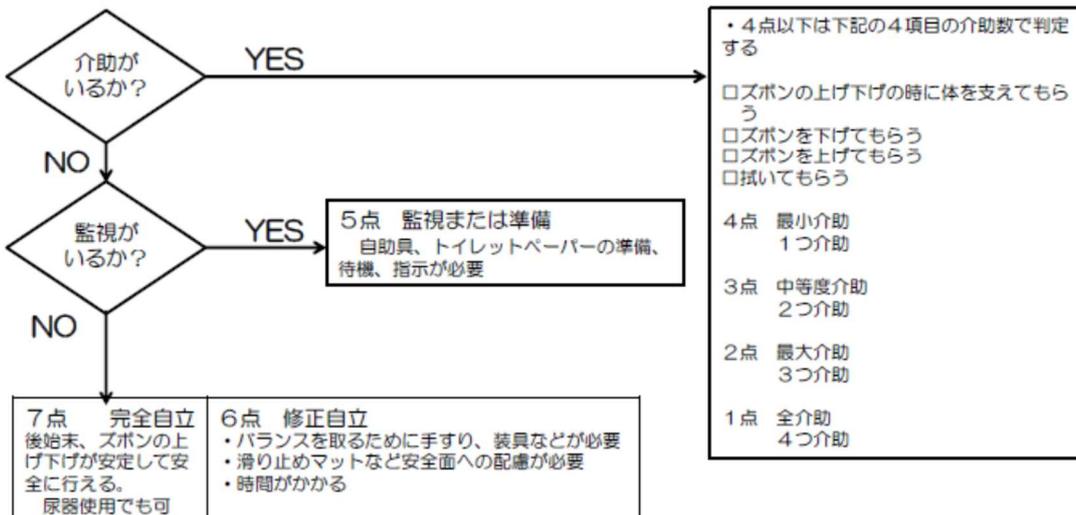
排尿コントロール

【排尿動作介助】
【失敗の程度】：2つの内容を評価して低い方の点数を採用
昼夜で差がある場合は低い方を取る



トイレ動作

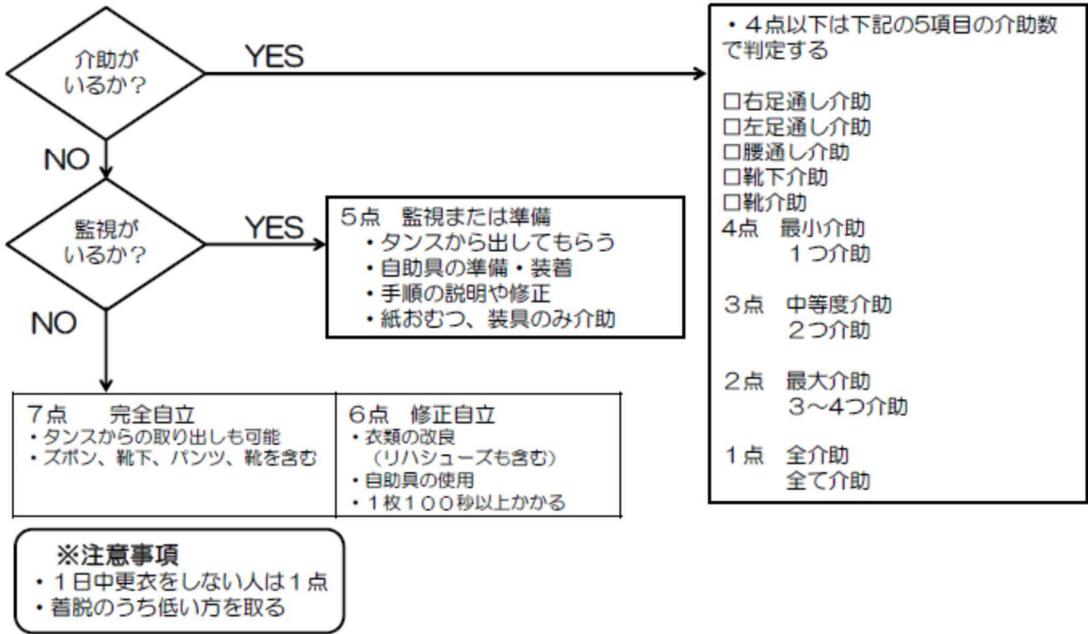
会陰部の清拭と衣服の上げ下げ



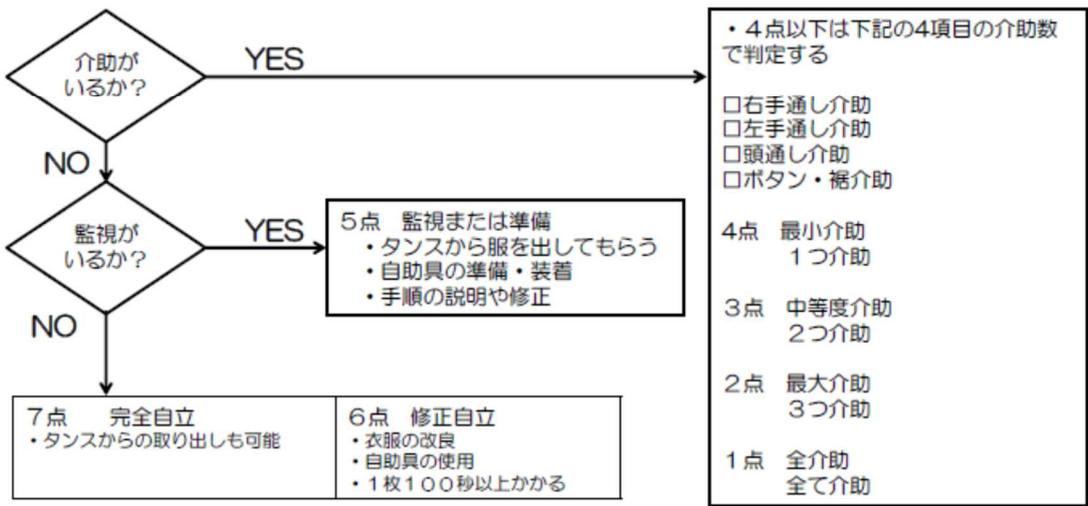
※注意事項

- ・排尿、排便のうち低い方を取る
- ・昼と夜で違う場合も低い方を取る

更衣動作（下） 普段着用している服を評価。義肢・装具の着用も含む。

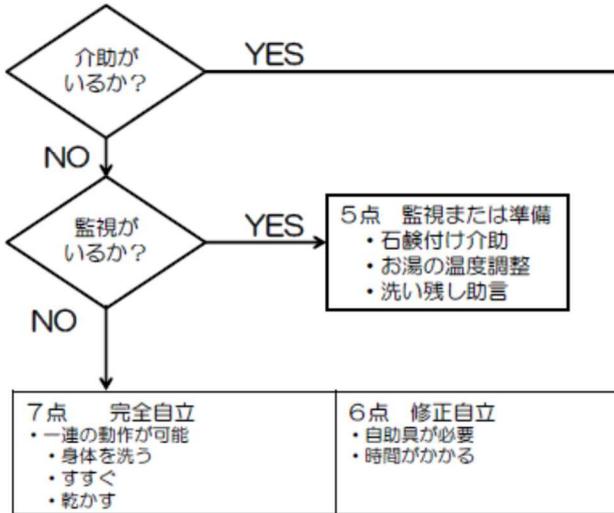


更衣動作（上） 普段着用している服を評価。義肢・装具の着用も含む。



清拭

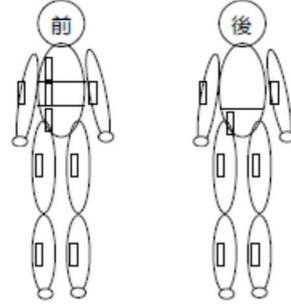
身体を洗い、それを乾かす動作
シャワー浴・ベッド浴でもよい



- | | |
|---|--------------------------------------|
| 7点 完全自立
・一連の動作が可能
・身体を洗う
・すすぐ
・乾かす | 6点 修正自立
・自助具が必要
・時間がかかる |
|---|--------------------------------------|

※注意事項
・洗髪、背中は含まない

・4点以下は下記の10項目の介助数で判定する



- 4点 最小介助**
 - ・8~9か所洗える
 - ・お湯掛け・足洗い介助
- 3点 中等度介助**
 - ・5~7か所洗える
 - ・全てが洗えるが乾かせない
- 2点 最大介助**
 - ・3~4か所洗える
 - ・一連の動作が半分以上介助
- 1点 全介助**
 - ・自分では何もしない
 - ・すべて不十分

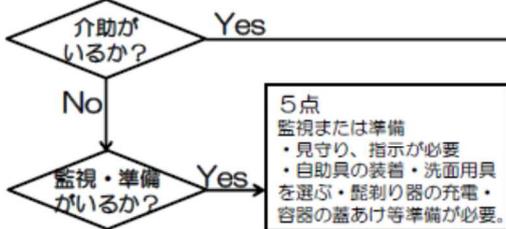
整容

男性：整髪・洗顔・口腔ケア・髭剃り・手洗い
女性：整髪・洗顔・口腔ケア・手洗い・化粧

等、普段行っていることを基準とする

各項目の介助量を平均して判定する

$$\text{介助量} = \left[\frac{(\%) + (\%) + (\%) + (\%) + (\%)}{\text{評価項目}} \right]$$



- | | |
|----------|----------|
| 4点 最少介助 | 介助量25%未満 |
| 3点 中等度介助 | 25~49% |
| 2点 最大介助 | 50~74% |
| 1点 全介助 | 75%以上 |

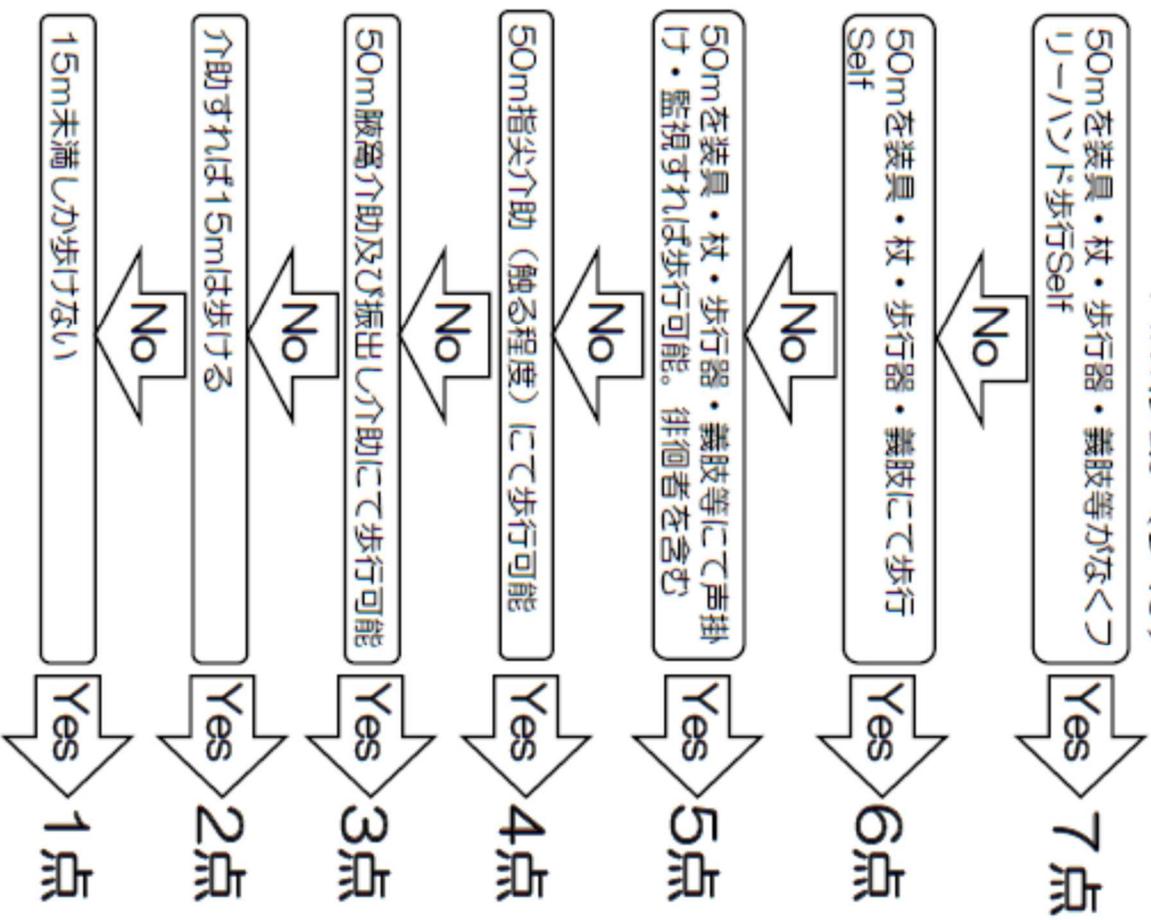
介助量	整髪	洗顔	口腔ケア	手洗い	化粧	髭剃り
0%	自立・監視または準備のみ					
25% 最小介助	(例) 後ろのみ介助		(例) ゆすいでもらう	(例) 石鹸を付けてもらう		(例) エラの部分だけ剃ってもらう
50% 中等度介助	(例) 頭髪の半分を介助	(例) 顔の半分を介助	(例) 片側の奥だけ磨いてもらう	(例) 指の間を洗ってもらう		(例) 半分の範囲を剃ってもらう
75% 最大介助			(例) 前歯以外磨いてもらう			
100% 全介助	全介助					

※注意事項
・行う必要のない項目は評価しない

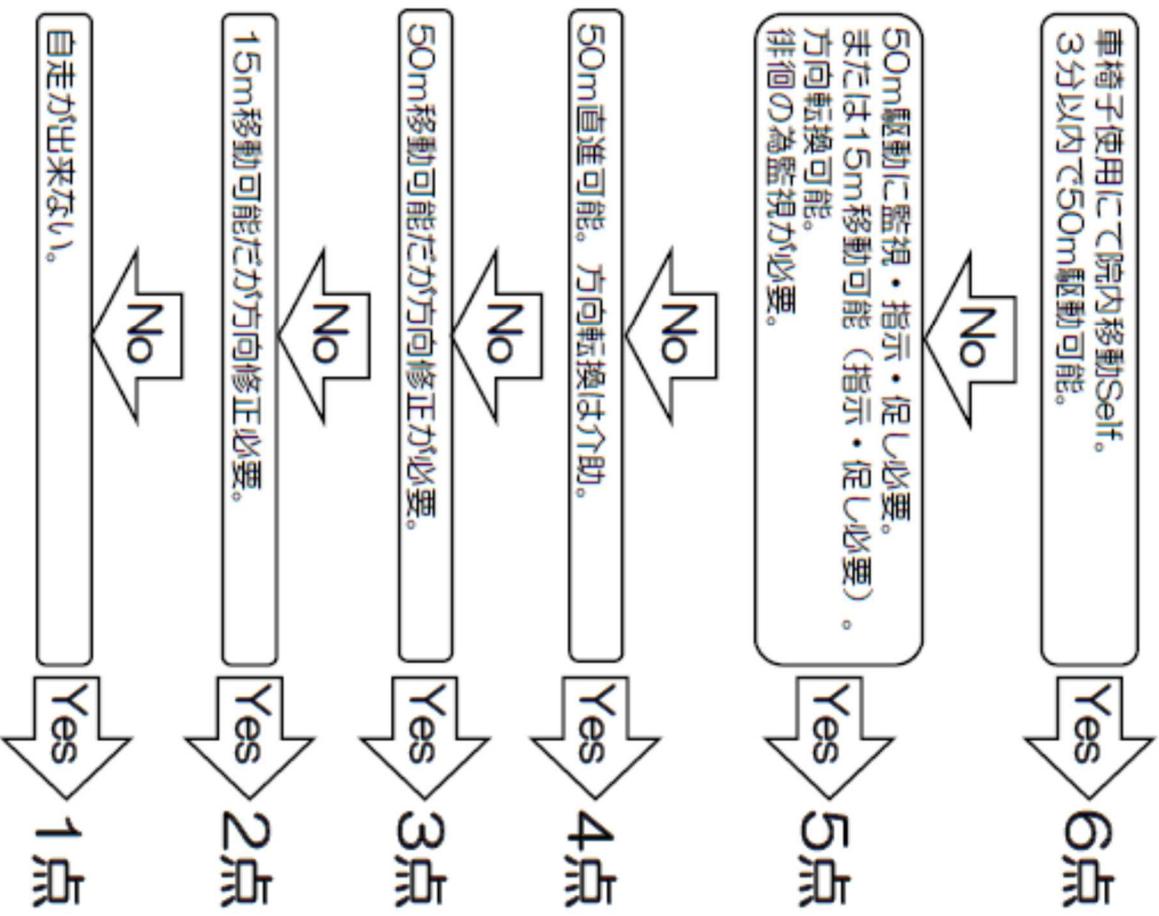
FIM移動レベル判定表

	歩行レベル	車椅子レベル
7点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 装具・杖なし。フリーハンド歩行Selfで、50mを歩行する。(徘徊無し) 	<ul style="list-style-type: none"> 該当なし
6点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 装具・杖・義肢・歩行器などを使用して50m歩行Self。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 車椅子使用にて50m移動Self。 ・ 方向転換Self (時間：3分以内)
5点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 50m歩行又は車椅子操作に環視・支持・促しを必要とする。 ・ 15mの短距離歩行Self。 ・ 徘徊の為監視が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 15mの車椅子操作可能 (指示・促し必要) で方向転換可能。 ・ 徘徊の為監視必要。
4点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手を触れる程度の介助。 ・ 持ったり支えたりしない ・ 50m歩行する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 50m移動可能 (直進) ・ 方向転換に介助要す。
3点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腋窩介助または振り出し介助で50m歩行する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 50m移動可能であるが、方向修正が必要である。
2点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腋窩介助又は振り出し介助で15mしか歩行できない (後方介助含む)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 15m移動可能であるが、方向修正が必要である。
1点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1人でどんな介助をしても15m未満しか歩行できない。 ・ 2人の介助が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全く自走できない

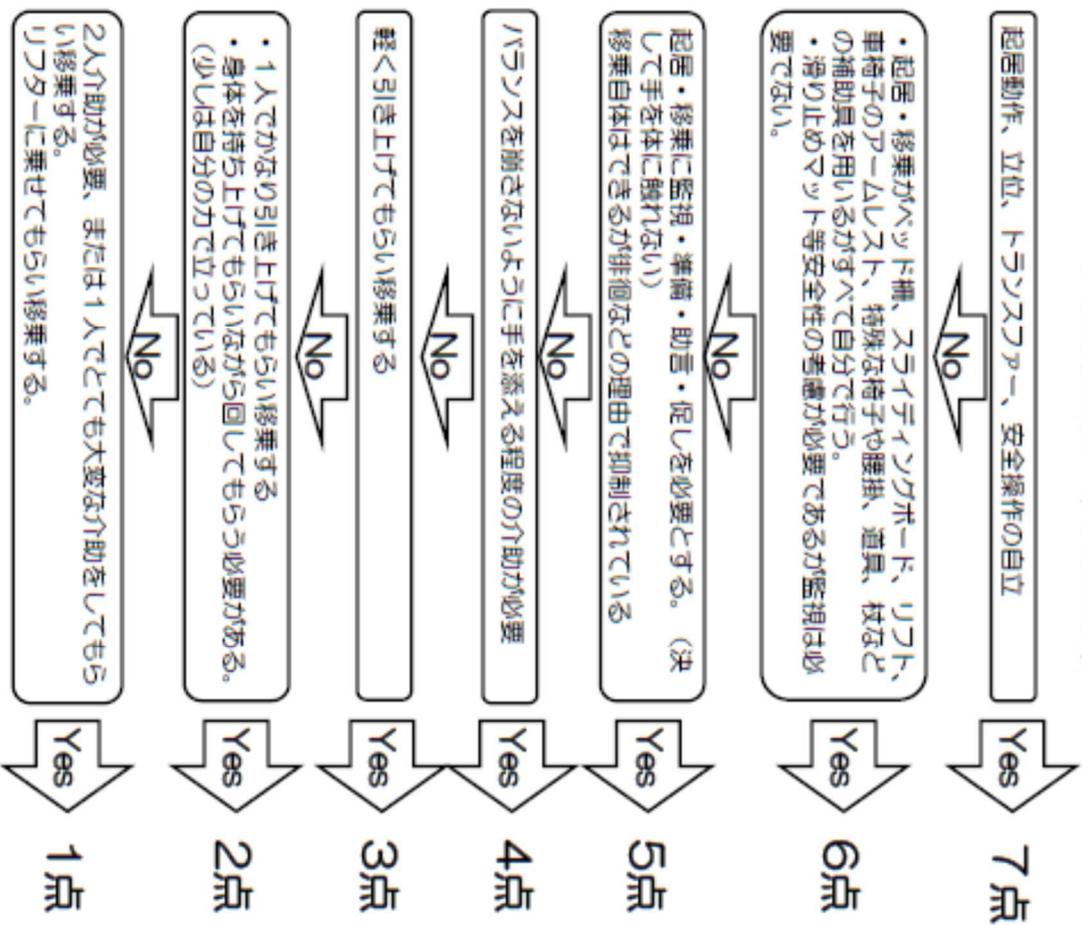
FIM移動（歩行）



FIM移動（車椅子）



FIM移乗（車椅子）



※AからBへの移乗が4点で逆の移乗が3点の場合は低い点数となる

分類	学会分類 2013	他の分類との対応	該当する主な商品名
青0(介護予防のための食品)	-	嚥下食ピラミッドJ	管理栄養士等への相談の結果を受けて、個別に対応。 該当する主な商品の一例：やわらか百菓(やわらか常食タイプ)等
黄A(嚼い力で噛める食品)	嚥下調整食4	嚥下食ピラミッドL4 UDF区分1 高齢者ソフト食1	おいしく飯茶、黒いやり常食、食事は楽し、晴珍茶茶、ホスピタブルメ、明治やわらか食、メディアケア食品、やさしい飯立、やわらか百菓(やわらか常食、きざみ食タイプ)等
黄B(嚼きでつぶせる食品)	嚥下調整食4	嚥下食ピラミッドL4 UDF区分2 高齢者ソフト食2	おいと、黒いやり常食、食事は楽し、ホスピタブルメ、明治やわらか食、メディアケア食品、やさしい飯立、やさしくサポート、やさしくラクケア、やわらか茶、やわらか百菓(きざみ食タイプ)等
黄C(嚼きでつぶせる食品)	嚥下調整食3	嚥下食ピラミッドL4 UDF区分3 高齢者ソフト食3	おいと、エネブリン、エネブスマイル、エンジョイおかずゼリー、おいしくサポート、善こごり、食事は楽し、ソフリ、トウフイール、善こごりシリーズ、ホスピタブルメ、明治メイ/バランスたんぱくゼリー、明治メイ/バランスどろみゼリー、明治やわらか食、メディアケア食品、やさしい飯立、やさしくラクケア、やわらかおいディッシュ、やわらか保原糖、やわらか保原糖HGT、やわらか百菓(おききサー食)、もくもく食/シ等
赤A(ペースト状の食品)	嚥下調整食2	嚥下食ピラミッドJ UDF区分4	おいと、おいしくキナー、食事は楽し、とろとろ食込み、晴珍茶茶、明治やわらか食、メディアケア食品、やさしい飯立、やさしくラクケア、やわらか百菓(とろみ食)、和風ぶりん等
赤B(ムース状の食品)	嚥下調整食1	嚥下食ピラミッドL 1・L2 UDF区分4	おいしくキナー、食事は楽し、とろとろ食込み、晴珍茶茶、明治やわらか食、メディアケア食品、やさしい飯立、やさしくラクケア、和風ぶりん等
赤C(ゼリー状の食品)	嚥下調整食0	嚥下食ピラミッド0	エンゲロード、フィケレスゼリー、フロッグZ等

(商品名:五十音順)

使用に際しての注意事項などがアップデートされることもあるので、農林水産省のホームページを確認してください。

農林水産省ホームページ(「新しい介護食品(スマイルケア食)情報」)

<http://www.maff.go.jp/j/shokusan/seizo/kaigo/jyouhou.html>