

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳梗塞版] ver2.4

氏名

診断名 脳梗塞(□ラクナ梗塞 □アテローム血栓性脳梗塞 □脳塞栓) (発症日:平成 年 月 日)
手術(□無 □有) (手術日:平成 年 月 日)

※ mRS : modified Rankin Scale

急性期病院名()						
経過	入院時	リハ開始時	()週目～	退院時(週)	転 帰	
日付	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	mRS O I II III IV V	
目標と最終結果	診断の確定	症状の増悪がない	内科一般状態の安定	内科一般状態の安定	⇒ □ 自宅退院 ⇒ □ 回復期リハビリ病院 ⇒ □ 介護施設 ⇒ □ 療養型病院	
	治療方針の決定 急性増悪がない	早期リハビリの開始 再発予防	リハビリの進行 再発予防	自宅生活可能とする状態まで改善・回復 リハビリによって能力向上が期待でき、自宅復帰に向けたリハビリ・家庭復帰への意欲がある。 リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難 継続した医療行為が必要		
	治療/薬剤	常用薬の確認	点滴(□オザグレル □アルカトロン □エタラホン □グリセオール □t-PA) 内服薬(□シロスタゾール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロピドグレル) □他()	内服薬(□シロスタゾール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロピドグレル) □他()		コメント
	検査	CT・MRI・MRA	血液検査・CT	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等		
リハビリ	リハビリ計画	リハビリ開始	日常生活活動拡大に向けたリハビリ		【転院・退院時基準】 ・危機脱出 ・全身状態の安定	
清潔	清拭	清拭・シャワー	シャワー・入浴介助	入浴訓練		
排泄	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	排泄訓練		
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事形態	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)			
説明・指導	診断・治療方針説明	MSW等と今後の方向性検討	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明		退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明	

急性期病院退院・転院時

□気管切開	□吸引(頻度 /day)	□褥創(部位)
ADL BI /100 あるいは FIM /126		
基本動作	座位耐性 車椅子移乗 歩行	□十分 □低下 □非実施 □自立 □監視 □要介助 □非実施 □自立 □監視 □要介助 □非実施
栄養摂取	方法 経口摂取動作 嚥下障害 食事形態 制限食の有無	□経口 □経管(経鼻・胃瘻・IVH) □自立 □監視 □要介助 □非実施 □無 □有 □常食 □刻み □ペースト □() □無 □有()
排 泄	尿失禁 便失禁 排泄器具等 排泄動作	□無 □有 □無 □有 □バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ポータブルトイレ □病棟トイレ □自立 □監視 □要介助
入 浴	□自立(シャワー、入浴) □要介助 □非実施	
口頭指示入力	□良好 □不確実 □不可	
不隠・不眠・危険行為・問題行動	□無 □有()	
日常生活機能評価(/19点)	点	
家族に対する機能予後説明	□無 □有	説明医師
家族、介護等の問題		説明日 年 月 日 患者/家族サイン

かかりつけ医:	□無 □有()
既往	
脳卒中の危険因子	□高血圧 □不整脈 □心疾患 □高脂血症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症
発症時	意識レベル JCS ※ 意識清明は0と記載する
上肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度
下肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度
言語機能障害	□無 □失語症 □構音障害
その他	
退院時	意識レベル JCS ※ 意識清明は0と記載する
認知症(痴呆)	□無 □有 □不明
高次脳機能障害	□無 □有 □不明
言語機能障害	□無 □失語症 □構音障害
視力、視野、眼球運動の問題	□無 □有()
上肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度
下肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度
感覚障害、異常感覚等の訴え	□無 □有()
失調、錐体外路症状、立位バランス障害	□無 □有()

性別 男・女 年齢 歳 住所 電話番号 ()

回復期リハビリ病院名()			維持期(自宅・施設)	
入院時	～退院時()	転 帰		
平成 年 月 日	平成 年 月 日	mRS O I II III IV V		
日常生活活動拡大に向けたリハビリ	日常生活能力の獲得	⇒ □ 自宅退院 ⇒ □ 介護施設 ⇒ □ 療養型病院	自宅生活の継続 再発予防 機能維持	
二次的合併症の予防 ケアプランの作成・社会資源の手配	日常生活能力が自宅生活を可能とする状態まで改善・回復 ケアプランの作成、住宅改築等の完了		施設内生活の継続 再発予防 機能維持	
	リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難		再発予防・機能維持	
	継続した医療行為が必要			
内服薬(□シロスタゾール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロピドグレル) □他()	内服薬(□シロスタゾール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロピドグレル) □他()	コメント	内服薬(□シロスタゾール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロピドグレル) □他()	
必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等		必要に応じて諸検査		
日常生活活動拡大に向けたリハビリ		維持のリハビリ		
シャワー・入浴介助、入浴訓練	シャワー・入浴の自立	獲得した機能での生活		
床上またはトイレ誘導、排泄訓練	排泄の自立	【退院時基準】 ・在宅復帰 ・入所等の準備終了 ・障害改善の安定	説明医師	
状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)		説明日 年 月 日		
退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明		患者/家族サイン		

回復期病院の機能状態	入院時	退院時
ADL BI /100 あるいは FIM /126	BI /100 あるいは FIM /126	BI /100 あるいは FIM /126
基本動作	座位耐性 車椅子移乗 歩行	□十分 □低下 □不可 □自立 □監視 □部分介助 □不可 □自立 □監視 □部分介助 □不可
栄養摂取	方法 経口摂取の動作 嚥下障害 食事形態 制限食の有無	□経口 □経管(経鼻・胃瘻・IVH) □自立 □監視 □要介助 □不可 □無 □有 □常食 □刻み □ペースト □() □無 □有()
排 泄	尿失禁 便失禁 排泄器具等 排泄動作	□無 □有 □無 □有 □バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ポータブルトイレ □病棟トイレ □自立 □監視 □部分介助 □全介助
入 浴	□自立(シャワー、入浴) □監視 □部分介助 □全介助	□自立(シャワー、入浴) □監視 □部分介助 □全介助
口頭指示入力	□良好 □不確実 □不可	□良好 □不確実 □不可
不隠・不眠・危険行為・問題行動	□無 □有()	□無 □有()
日常生活機能評価(/19点)	点	点
特記すべき事項		説明医師
		説明日 年 月 日
障害高齢者の日常生活自立度 : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		患者/家族サイン
認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I Ia Ib IIIa IIIb IV M		

■ 埼玉県脳卒中地域連携パス[脳出血版] ver2.4

氏名 _____

診断名 脳出血 も膜下出血 (発症日:平成 年 月 日)
 手術(口無 有[] (手術日:平成 年 月 日)

※ mRS : modified Rankin Scale

急性期病院名()					
経過	入院時	リハ開始時	()週目～	退院時(週)	転 帰
日 付	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	mRS O I II III IV V
目標と最終結果	診断の確定	症状の増悪がない	内科一般状態の安定	内科一般状態の安定	⇒ <input type="checkbox"/> 自宅退院 ⇒ <input type="checkbox"/> 回復期リハビリ病院 ⇒ <input type="checkbox"/> 回復期リハビリ病棟 ⇒ <input type="checkbox"/> 介護施設 ⇒ <input type="checkbox"/> 療養型病院
	治療方針の決定 急性増悪がない	早期リハビリの開始 再発予防	リハビリの進行 再発予防	自宅生活可能とする状態まで改善・回復 リハビリによって能力向上が期待でき、自宅復帰に向けたリハビリ・家庭復帰への意欲がある。 リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難 継続した医療行為が必要	
	治療/薬剤	常用薬の確認			
	検査	CT・MRI・MRA	血液検査・CT	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等	
リハビリ	リハビリ計画	リハビリ開始	日常生活活動拡大に向けたリハビリ		
清潔	清拭	清拭・シャワー	シャワー・入浴介助	入浴訓練	
排泄	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	排泄訓練	【転院・退院時基準】 ・危機脱出 ・全身状態の安定
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事形態	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)		
説明・指導	診断・治療方針説明	MSW等と今後の方向性検討	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明		

急性期病院退院・転院時

かかりつけ医: 無 有()

既往

脳卒中の危険因子 高血圧 不整脈 心疾患 高脂血症 糖尿病 肥満 高尿酸血症

発症時
意識レベル JCS ※ 意識清明は0と記載する
 上肢麻痺 無 右 左 軽度 中等度 重度
 下肢麻痺 無 右 左 軽度 中等度 重度
 言語機能障害 無 失語症 構音障害
 その他

退院時
意識レベル JCS ※ 意識清明は0と記載する
 認知症(痴呆) 無 有 不明
 高次脳機能障害 無 有 不明
 言語機能障害 無 失語症 構音障害
 視力、視野、眼球運動の問題 無 有()
 上肢麻痺 無 右 左 軽度 中等度 重度
 下肢麻痺 無 右 左 軽度 中等度 重度
 感覚障害、異常感覚等の訴え 無 有()
 失調、錐体外路症状、立位バランス障害 無 有()

気管切開 吸引(頻度 /day) 褥創(部位)

ADL BI /100 あるいは FIM /126

基本動作
 座位耐性 十分 低下 非実施
 車椅子移乗 自立 監視 要介助 非実施
 歩行 自立 監視 要介助 非実施

栄養摂取
 方法 経口 経管(経鼻・胃瘻・IVH)
 経口摂取動作 自立 監視 要介助 非実施
 嚥下障害 無 有
 食事形態 常食 刻み ペースト ()
 制限食の有無 無 有()

排泄
 尿失禁 無 有
 便失禁 無 有
 排泄器具等 ハルーンカテーテル オムツ 尿器 差込便器 ポータブルトイレ 病棟トイレ
 排泄動作 自立 監視 要介助

入浴 自立(シャワー、入浴) 要介助 非実施

口頭指示入力 良好 不確実 不可

不隠・不眠・危険行為・問題行動 無 有()

日常生活機能評価(/19点) _____ 点

家族に対する機能予後説明 無 有

説明医師 _____

説明日 _____ 年 月 日

患者/家族サイン _____

性別 男・女 年齢 歳 住所 _____ 電話番号 () _____

回復期リハビリ病院名()				維持期(自宅・施設)
入院時	～退院時()	転 帰		
平成 年 月 日	平成 年 月 日	mRS O I II III IV V		
日常生活活動拡大に向けたリハビリ	日常生活能力の獲得	⇒ <input type="checkbox"/> 自宅退院	自宅生活の継続 再発予防 機能維持	
二次的合併症の予防 ケアプランの作成・社会資源の手配	日常生活能力が自宅生活を可能とする状態まで改善・回復 ケアプランの作成、住宅改築等の完了		施設内生活の継続 再発予防 機能維持	
	リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難		再発予防・機能維持	
	継続した医療行為が必要	⇒ <input type="checkbox"/> 療養型病院		
		コメント		
		必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等	必要に応じて諸検査	
		日常生活活動拡大に向けたリハビリ	維持的リハビリ	
シャワー・入浴介助、入浴訓練	シャワー・入浴の自立		獲得した機能での生活	
床上またはトイレ誘導、排泄訓練	排泄の自立	【退院時基準】 ・在宅復帰 ・入所等の準備終了 ・障害改善の安定	説明医師 _____	
状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)			説明日 _____ 年 月 日	
退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明			患者/家族サイン _____	

回復期病院の機能状態

入院時		退院時	
ADL BI /100 あるいは FIM /126		ADL BI /100 あるいは FIM /126	
基本動作	座位耐性 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 不可 車椅子移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可	基本動作	座位耐性 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 不可 車椅子移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可
栄養摂取	方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(経鼻・胃瘻・IVH) 経口摂取の動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> () 制限食の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	栄養摂取	方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(経鼻・胃瘻・IVH) 経口摂取の動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> () 制限食の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
排泄	尿失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 便失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 排泄器具等 <input type="checkbox"/> ハルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 病棟トイレ 排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	尿失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 便失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 排泄器具等 <input type="checkbox"/> ハルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 病棟トイレ 排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立(シャワー、入浴) <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立(シャワー、入浴) <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
口頭指示入力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不確実 <input type="checkbox"/> 不可	口頭指示入力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不確実 <input type="checkbox"/> 不可
不隠・不眠・危険行為・問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	不隠・不眠・危険行為・問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
日常生活機能評価(/19点)	_____ 点	日常生活機能評価(/19点)	_____ 点
特記すべき事項		説明医師 _____	
		説明日 _____ 年 月 日	
障害高齢者の日常生活自立度 : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		患者/家族サイン _____	
認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			

【略号】

ADL	Activities of Daily Living(日常生活活動)
BI	Barthel Index(バーセル・インデックス)
CT	Computed Tomography(コンピューター断層撮影)
FIM	Functional Independence Measure(機能的自立度評価表)
IVH	Intravenous Hyperalimentation(中心静脈栄養)
JCS	Japan Coma Scale(ジャパン・コーマ・スケール)
MRA	MR Angiography(核磁気共鳴血管撮影)
MRI	Magnetic Resonance Imaging(核磁気共鳴画像)
mRS	modified Rankin Scale(修正ランキンスケール)

mRS(modified Rankin Scale)

グレード	説明
0	全く症状なし
1	症状はあるが特に問題となる障害はなし: 通常の日常生活や活動は可能
2	軽度の障害: 以前の活動はできないが、介助なしに自分のことができる
3	中等度の障害: 何らかの介助を必要とするが、介助なしに歩行可能
4	比較的高度の障害: 介助なしに歩行や日常生活を行うことが困難
5	高度の障害: 寝たきり, 失禁, 常に看護や注意が必要
6	死亡

《参照》

1. Rankin J: Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. Scott Med J 1957;2:200-215.
2. Bonita R, Beaglehole R.: Modification of Rankin Scale: Recovery of motor function after stroke. Stroke 1988 Dec;19(12):1497-1500.
3. Van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J.: Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke 1988;19(5):604-607.