

■東京都脳卒中地域連携診療計画書（回復期パス）

ふりがな  
患者氏名 様 (男性・女性)

医療機関名：  
診療科：  
担当医師：

生年月日 年 月 日 ( 歳 )  
発症日 年 月 日  
手術日 年 月 日  
入院日 年 月 日  
退院日 年 月 日

診断名  脳梗塞  脳出血  くも膜下出血  
 その他 ( )

基本動作	入院時(年 月 日)計	退院時(年 月 日)計	点
寝返り	6 5 4 3 2 1	6 5 4 3 2 1	4 3 2 1
起き上がり	6 5 4 3 2 1	6 5 4 3 2 1	4 3 2 1
端座位	6 5 4 3 2 1	6 5 4 3 2 1	4 3 2 1
立ち上がり	6 5 4 3 2 1	6 5 4 3 2 1	4 3 2 1
立位	6 5 4 3 2 1	6 5 4 3 2 1	4 3 2 1
6点完全自立	3点:部分介助		
5点:修正自立	2点:全介助		
(手すりを使用する場合は)	1点:禁止		
4点:監視・口頭修正 (安眠薬が離れていない場合)			

Barthel Index	入院時(年 月 日)計	退院時(年 月 日)計	点
自立、自動車などの運転可、標準的範囲に食へ終える	10	10	10
食事	5	5	5
全介助 (おかずを細かく刻む等)	0	0	0
自立、ルーキーマットの操作を含む、歩行自立も含む、軽度の部分介助または監視を要する	15	15	15
移乗	10	10	10
座ることは可能だがほぼ全介助	5	5	5
全介助または不可能	0	0	0
整容	5	5	5
自立(洗面、整容、歯磨き、ひげ剃り)	5	5	5
部分介助または不可能	0	0	0
トイ	10	10	10
自立(衣類の操作、後始末を含む、P履き使用の洗濯を含む)	10	10	10
動作	5	5	5
部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	5	5	5
全介助または不可能	0	0	0
入浴	5	5	5
自立	5	5	5
部分介助または不可能	0	0	0
45m以上の歩行、履き(車椅子・歩行器)の便器の清潔は問わず、45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	15	15	15
歩行	10	10	10
歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能	5	5	5
上記以外	0	0	0
階段	10	10	10
自立、てすり等の使用の有無は問わない	10	10	10
介助または監視を要する	5	5	5
不能	0	0	0
着替え	10	10	10
自立、靴、フラスナー、装具の着脱を含む	10	10	10
部分介助、標準的範囲内、半分以上は自分で行える	5	5	5
上記以外	0	0	0
排便	10	10	10
失禁なし、流腸、坐薬の取り扱いは可能	10	10	10
ときに失禁あり、流腸、坐薬の取り扱いに介助を要する	5	5	5
上記以外	0	0	0
排尿	10	10	10
失禁なし、集尿器の取り扱いも可能	10	10	10
ときに失禁あり、集尿器の取り扱いに介助を要する	5	5	5
上記以外	0	0	0

日常生活機能評価表	入院時(年 月 日)計	退院時(年 月 日)計	点
床上安静の指示	0	1	0 1
どろみの手を動かして持ち上げられる	0	1	0 1
寝返り	0	2	0 1 2
起き上がり	0	1	0 1
座位保持	0	2	0 1 2
移乗	0	2	0 1 2
移動方法	0	1	0 1
口腔清潔	0	1	0 1
食事摂取	0	2	0 1 2
衣服の着脱	0	2	0 1 2
他者への意思伝達	0	2	0 1 2
診療療養上の指示が通じる	0	1	0 1
危険行動	0	1	0 1

0:できない(介助なし) 1:できない(一部介助) 2:できない(全介助)

NIHSS	入院時(年 月 日)計	退院時(年 月 日)計	点

麻痺評価	入院時	退院時
Brunstrom Stage	上肢 I II III IV V VI 手指 I II III IV V VI 下肢 I II III IV V VI	上肢 I II III IV V VI 手指 I II III IV V VI 下肢 I II III IV V VI
STEF	右 点・左 点 右 kg・左 kg	右 点・左 点 右 kg・左 kg
握力	右 kg・左 kg	右 kg・左 kg
高次脳機能評価	入院時 点	退院時 点
MMSE	点	点
その他		

退院・転院基準

- 目標の日常生活動作能力の獲得ができた。
- 目標の日常生活動作能力まで到達していない。
- 身体・精神機能・日常生活動作能力の変化が乏しい。
- 在宅環境整備、在宅サービスの調整が終了した。

診療計画

- 自宅退院 → 外来： 病院 科
- 転院 (回復期リハビリテーション病院・療養型病院・一般病院・他 )
- 施設 (老人保健施設・老人ホーム・グループホーム・他 )

リハビリテーション継続 ( あり なし )

- 通院リハ (PT・OT・ST)  通所リハ  訪問リハ
- 市区町村の福祉センター  自主 (家族介助) 訓練
- その他 ( )

福祉サービスの利用予定 ( あり なし )

- 通所介護 ( 回/週・月 )  通所リハ ( 回/週・月 )
- 訪問看護 ( 回/週・月 )  訪問介護 ( 回/週・月 )
- 訪問リハ ( 回/週・月 )  訪問薬剤管理 ( 回/週・月 )
- 福祉用具 ( 電動ベッド 車椅子 その他： )
- 配食サービス 入浴サービス その他 ( )

本人・家族への説明内容

備考

●日常生活機能評価表

	得点		
	0点	1点	2点
患者の状況	なし	あり	
床上安静の指示 どちらかの手を胸元まで 持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	肩にかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が渡	できない
移動方法	介助を必要としない 移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	移動なし
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達 診療・療養上の指示が 通じる	できる	できる時と できない時がある	できない
危険行動	はい	いいえ	
	ない	ある	
	合計得点		
	点		

※得点：0～20点  
※得点が低いほど、生活自立度が高い。

●modified Rankin Scale(mRS) ( )は参考にすべき点

- Grade0** 障害が存在しない (自我覚醒なし。)
- Grade1** 明らかな障害は存在しない (自我覚醒はあるが、仕事・活動は可能。) 通常動作を補助なしで行える。
- Grade2** 軽度の困難 (仕事・活動制限。日常生活自立。) いくつかの日常動作を行う事ができない。しかし多くの介助がなくても自分の身の回りの事ができる。
- Grade3** 中等度の困難 (日常歩行。食事・身だしなみ・トイレは介助なし。) ある程度の介助を必要とするが助けなしに歩ける。
- Grade4** 高度の困難 (日常歩行。食事・身だしなみ・トイレには介助を要する。) 介助なしでは歩いたり身体の一部を好きなように動かすことができない。
- Grade5** 重度の困難 (常に介助を要する。) ベッド臥床。失禁。持続的な看護と監視が必要。

# 東京都脳卒中在宅生活ノート

脳卒中の急性期・回復期治療も一段落しますが、今後の身体機能の維持と生活の質を維持するために、専門医とかかりつけ医が今後も診療にあたります。

この東京都脳卒中在宅生活ノートを利用して、定期的な専門医の診察を合わせて、維持期療養中の脳卒中再発やその他心血管疾患の発症に注意していきましょう。

この東京都脳卒中在宅生活ノートは

リハビリによる生活の質のアップの評価も含め日常生活で困っている点を簡単にチェックできるように工夫しました。

万一、再発した際には発症前症状の把握ができ、今後の治療やリハビリに重要な資料となります。

あなたを中心に医療職と介護職の人が情報を共有した医療・福祉・介護ができるよう、このノートを活用してください。

お薬手帳と一緒に持てばさらに安心です。

定期的な検査や専門医にかかる際にも、この東京都脳卒中在宅生活ノートを提示し、経過をみてもらいましょう。

氏名  
(自署)

代筆の場合  
代筆者：  
(続柄)

■東京都脳卒中地域連携診療計画書（東京都脳卒中在宅生活ノート）  
 専門医の診療所見

フリガナ氏名  
 発症日 年 月 日  
 診断名  
脳梗塞  
脳脊髄液減少症  
アテローム性動脈硬化症  
心原性脳塞栓症  
その他の脳梗塞 ( )  
脳出血  
くも膜下出血  
その他 ( )  
 言語障害  
有 無  
 身長 cm 体重 kg  
 利き腕 ( 右 左 )  
 麻痺なし  
 麻痺手 ( 右 左 )  
 麻痺足 ( 右 左 )  
 初発・再発 初発 再発  
 その他

記入日 年 月 日  
 医療機関名  
 電話番号  
 医師署名  
 ADL (mRS or BI) mRS ( )  
BI /100  
 リハビリ (医師診療・介護保険)  
有 無  
無 構音障害  
失語 (非流暢型・流暢型・混合型・混合型・失失語・その他)  
 高次脳機能障害  
無 半側空間無視  
記憶障害 不明  
その他 ( )  
 嚥下障害  
無 有 (軽度・重度・疑い) 不明  
 日常生活機能評価表 ( )点  
 ※裏面の日常生活機能評価表を元に患者の状況を評価する

専門医  
 医療機関名  
 医師名  
 リハビリ  
 医療機関名  
 医師名  
 かかりつけ医  
 医療機関名  
 医師名  
 訪問看護事業所  
 事業所名  
 看護師名  
 居宅介護支援事業所  
 事業所名  
 ケアマネージャー名  
 薬局名  
 かかりつけ薬局

受診日 年 月 日 (退院日 年 月 日)  
 医療機関名  
 電話番号  
 医師署名  
 日常生活機能評価表 ( )点  
 ※裏面の日常生活機能評価表を元に患者の状況を評価する  
帰宅日 入所日 年 月 日  
 備考

●生活機能評価

記入日 年 月 日  
 医療機関名・事業所名  
 電話番号  
 記入者署名  
 生活の場  
自宅 ( 独居 家族と同居 ) 老健 特養 その他 ( )  
無 有 (有の場合: )  
 キーパーソン  
無 有 (有の場合: ) 未 予定 ( ) ベッド利用  
 居住環境  
無 支1 支2 介護 (1・2・3・4・5) 予定  
 介護認定  
無 有 ( 級 ) 申請予定  
 身体障害者手帳  
自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2  
C1 C2  
 障害高齢者生活自立度  
自立 I IIa IIb IIIb IVa V M  
HDS-R ( )点  
 認知症高齢者生活自立度  
訪問介護 訪問リハビリ 訪問看護 訪問入浴 訪問薬剤管理  
通所介護 通所リハビリ 運動器 短期集中リハ  
栄養改善 認知機能  
短期入所療養介護・生活介護 居宅療養管理指導  
自立 見守り 一部介助 全介助 ( )  
自立 杖 つかまり 歩行器等 車椅子 (自走・介助)  
自立 杖 介助歩行 歩行器等 車椅子 (自走・介助)  
自立 見守り 一部介助 全介助 ( ) 普通食 お粥  
刻み食 ペースト ゼリー 経管栄養 ( )  
自立 一部介助 全介助 ( )  
自立 介助: トイレ ポータブルトイレ おむつ※夜間 ( )  
排便調整必要 その他 ( )  
自立 介助: 清拭 シャワー 浴槽 ( )  
無 有 ( )  
 褥瘡・皮膚の問題  
無 有 ( )  
 生活・介護上の問題点、特別な状況  
無 有 ( )  
 リハビリテーション目標

※退院後、最初は1か月目に受診してください。それ以降は原則3か月毎、2年目以降は6か月毎の定期的な評価を行います。

東京都脳卒中救急搬送体制実態調査（第2回）  
報告書

登録番号（25）206

発行 平成25年12月  
編集発行 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課  
東京都新宿区西新宿二丁目8番1号  
電話 03（5320）4446

印刷 社会福祉法人 東京コロニー 東京都大田福祉工場  
東京都大田区大森西二丁目22番26号  
電話 03（3762）7611