

復職希望の強い患者（回復期バージョン）

【症例】

58 歳 男性 右被殻出血 身長 168cm 体重 82kg（発症時）現在 78kg
既往歴 高血圧 アルコール多飲歴あり タバコは 40 歳まで一日 20 本
だったが職場内禁煙を機に禁煙、以後禁煙を継続中だが、営業職にて外食や会
食が多いこともあり体重は増加した。

糖尿病

職業：会社役員（規模の大きな会社）営業の管理を中心におこなっている。大
学卒業後勤務 36 年。会社に保健室はあり、保健師が常勤。

通勤は電車を利用 片道 45 分 乗換が 1 回ある。定年は 65 歳。

自宅：持ち家、ローンはあと 3 年残っている。一戸建て二階家。寝室は 2 階。
バス、トイレは 1 階にあるも古く現状では使用困難だが改造は可能。

家族：妻と海外在住の娘が一人いるが、現在は妻との二人暮らし。

【経過】

2016 年 8 月発症 右被殻出血にて左片麻痺呈し、急性期病院にて保存的に加
療。重度左片麻痺、注意障害、左側空間失認、神経因性膀胱が残存し 9 月回復
期リハ病院に転院。3 か月間集中的にリハビリを施行した。

【12 月現在】

重度左片麻痺は残存も車いす ADL は入浴以外自立、歩行は短下肢装具と T
字杖使用にてみまもりから軽介助レベル。注意障害は残存し、本人の興味のな
いものに関しては忘れることが多いが自覚はない。左手は廃用手、半側空間失
認は ADL レベルでは問題ないレベルとなるが、右側に注意が傾かれると左側を
見落とすことあり。排泄は日中トイレ、夜間は尿瓶を使用中。排便は便秘気味
で下剤にてコントロールしながら、坐薬使用にて 2 日に一回排便できている。
ただし、坐剤挿入は本人では困難で、妻に練習してもらい可能となっている。

服薬管理は自己管理を数回試したがたまに飲み忘れがある。今回見つかった
糖尿病に対してインスリン使用中（1 日 3 回）だが、本人管理はできず看護師
にて施行。妻にての注射の指導を行ったが妻は不安を感じている。

本人は現状でもすぐに復職できると思っており、認知機能低下については自
覚していない。介護保険サービスは要介護 3 で認定を受けているが、本人はサ

ービス受ける気は全くなく、リハビリも必要ないと感じている。歩けなくても車の運転にての通勤は可能だと言っている。主治医や MSW には介護保険サービスより復職を進めてくれと訴えている。

家族は現状での復職は困難と認識しており、まずは自宅での生活を安定したいと考えている。妻には手指を中心とした軽度の RA があり、重たいものは持てない状態だが、夫との介助歩行は軽く触れている程度なので可能、下肢には大きな問題がなく公共交通機関の利用も可能で買い物も可能であるが、自動車の免許は持っていない。

糖尿病、体重については、栄養指導を管理栄養士から受け、やせなければならぬとは思うが、空腹でイライラして家族にあたってしまうことが入院中にあった。自宅に帰っての食事制限ができるかは不明。

妻からの発言「倒れる前にはこんな性格ではなかったのに。少し人が変わったみたいなのがする」

会社側は、長きにわたっての功績もあり、お元気になったらいつでも戻ってきてくださいと言っているが、復職にあたっては産業医との相談が必要と言っている。

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

発行病院
送り先

患者基本情報		月 日記入		科 医師名				
患者氏名	ID	999999	性別	男性	発症	平成 28 年 8 月 日		
	生年月日		年齢	58歳	入院	平成 28 年 9 月 日		
機能障害	☐ 右マヒ ☒ 左マヒ ☐ 両マヒ ☐ 四肢マヒ ☐ 失調 ☐ 視野障害 ☒ その他(高次脳機能障害) ☐ 認知症 改定版長谷川式簡易知能評価スケール 点 MMSE 点 ☐ うつ症状 GDS 点							
既往症及び生活習慣	☒ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心房細動 ☐ 心筋梗塞 ☐ 心不全 ☐ 脂質異常症 ☐ 肝機能障害 () ☐ 腎障害 () ☐ 認知症 () ☐ 脳血管障害 () ☐ MRSA感染症 ☐ 喫煙 ☐ 飲酒 ☐ その他(アルコール多飲歴あり タバコは40歳まで一日20本 だったが職場内禁煙を機に禁煙)							
入院中合併症	☐ 肺炎 ☐ 尿路感染 ☐ 症候性てんかん ☐ 深部静脈血栓症 ☐ その他 ()							
回復期入院経過	入院時は重度の左片麻痺・高次脳機能障害(左半側空間無視・注意障害)を認めました。左短下肢装具を作成し、動作訓練を施行。約3カ月の経過で、歩行は杖・短下肢装具を使用し見守り～軽介助レベル、ADLは入浴以外自立レベルとなっております。 注意障害および左半側空間失認の残存により、日常生活において左方の障害物の見落としを認めるため、適宜注意を促すように声掛けを行う必要があります。		投薬内容・インスリン	☒ 薬歴添付・薬剤シートあり(この場合処方記載不要) 自己管理 ☐ 可 ☒ 不可 ☐ 禁忌薬剤() 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 夜 ☐				
リスク因子	高血圧	コントロール	☒ 良好 ☐ 不良	点滴	☒ 無し ☐ あり 終了見込み 月 日			
	高脂血症	コントロール	☒ 良好 ☐ 不良		呼吸	☐ 気管切開 ☐ 吸引 ☐ 酸素投与(L/分)		
	糖尿病	コントロール	☒ 良好 ☐ 不良		意識レベル	☐ 意識障害 JCS・GCS()		
	心房細動 その他の不整脈		☐ あり ☒ なし		栄養経路	☒ 経口 ☐ 経鼻胃管 ☐ 胃ろう ☐ TPN		
その他				栄養経路	☒ 経口 ☐ 経鼻胃管 ☐ 胃ろう ☐ TPN			
病状の安定性	☒ 安定 ☐ 不安定			排尿	☒ 自尿 ☐ 間歇導尿 ☐ 膀胱留置カテーテル			
本人への説明	まずは自宅生活に慣れることが大事です。外出は車椅子でご家族といっしょに行って下さい。装具は常に装着してください。							
家族への説明	同上							
感染症	疥癬(☐ + ☒ -) 梅毒(☐ + ☒ -) HBs抗原(☐ + ☒ -) HCV抗体(☐ + ☒ -) ☐ 多剤耐性緑膿菌(部位) MRSA(☐ + ☐ 痰 ☐ 鼻腔 ☐ 咽頭 ☐ 皮膚 ☐ その他 ☒ -) ☐ その他							
アレルギー	☒ なし ☐ あり							
添付資料	☒ CT ☐ MRI ☐ X-P ☐ ECG ☐ 血算 ☐ 生化 ☐ 尿 ☐ 感染症 ☐ その他()							
障害評価(12月)	上肢	☐ 正常 左右差なし	☐ ほぼ正常	☐ 肘と手が一緒に口の高さに挙がる	☐ 手が乳頭に挙がる	☒ わずかな動き	☐ 動かない	
	手指	☐ 正常 左右差なし	☐ ほぼ正常	☐ 何とか指が1本づつ曲げ伸ばしされる	☐ 1本づつ動くが曲げ伸ばしできない	☒ 指全体のまとまった曲げ伸ばしのみ	☐ 動かない	
	股関節の曲げ	☐ 正常左右差なし ☐ ほぼ正常 ☐ しっかり曲がる ☐ 何とか曲がる ☒ わずかに曲がる ☐ 動かない						
	膝の伸ばし	☐ 正常左右差なし ☐ ほぼ正常 ☐ しっかり曲がる ☐ 何とか曲がる ☒ わずかに曲がる ☐ 動かない						
	足首のそり	☐ 正常左右差なし ☐ ほぼ正常 ☐ しっかりそる ☐ 何とかそる ☒ わずかにそる ☒ 動かない						
	座位	☒ 背もたれ無しで座位がとれる ☐ 座位がとれるが傾く、指示にて戻せる ☐ 指示をしても傾いている ☐ 座位がとれない						
	感覚障害	☐ なし ☐ 軽度 ☒ 中等度 ☐ 脱失	半側空間失認		☐ なし ☒ マヒ側をみる ☐ 正中まではみる ☐ 健側のみ			
	失調	☒ なし ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度	精神障害		☒ なし ☐ あり()			
	失行	☒ なし ☐ あり ☐ 疑い	記憶障害		☒ なし ☐ あり()	状況判断能力	☒ あり ☐ なし	
	失語 表出	☒ 正常 ☐ 軽度障害 ☐ 「時計」が呼称できる ☐ 「時計」が呼称できない						
	理解	☒ 正常 ☐ 軽度障害 ☐ 「手を挙げて」の指示が入る ☐ 「手を挙げて」の指示が入らない						
	構音障害	なし ☒ 「ハ」「タ」「カ」がしっかり聞き取れる ☐ なんとか聞き取れる ☐ 聞き取れない						
嚥下障害	☒ なし ☐ あり ☐ 嚥下障害食 ☐ ゼリーなどのみ試行 ☐ 非経口							
退院時情報(12 月 日退院) 記入者 記入日 12月 日								
変化・経過(転院時情報)	☒ 変更あり ☐ 変更なし			最終処方・インスリン	☐ 変更あり ☒ 変更なし ☐ 薬歴添付あり(この場合処方記載不要)			
バイタルサイン制限	運動時上限 血圧 150/- 脈拍 120/min 入浴時上限 血圧 150/- 脈拍 120/min 体温 37.5°							
退院後回復期病院での経過観察	☐ 不要 ☒ 要 内容 在宅生活及び自宅内動作の確認 (次回診察日) 29 年 1 月頃							
その他特記事項、注意事項								

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

* 保 管：回復期病院が作成し、原本を保管してください。

歯科診療情報シート【急性期/回復期病院作成用】

送り先

歯科基本情報		月	日	記入	歯科・口腔外科	歯科医師名
患者氏名					ID	
口腔衛生/自立度	歯磨き	☒ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	うがい	コップの水を自分で口に含むこと（ ☒ できる ☐ できない）				
		☒ 強いうがいができる ☐ 口に含む程度 ☐ 飲み込んでしまう ☐ むせる				
	義歯着脱	☐ 自立 ☒ 着脱のどちらかを介助（ ☐ 着 ☒ 脱） ☐ 全介助				
	義歯清掃	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助				
義歯管理	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助					
口腔ケア用具等		☒ 歯ブラシ ☐ 電動歯ブラシ ☐ スポンジブラシ ☐ 義歯ブラシ ☐ 保湿剤 ☒ 義歯洗浄剤 ☐ その他（ ）				
専門職による口腔ケアの必要性の有無		☐ なし ☒ あり				
う蝕		☐ なし ☒ あり（ ☒ 緊急を要する ☐ いずれ治療が必要 部位：左下4（PDの鉤歯）				
歯肉炎・歯周炎		☐ なし・軽度 ☐ 中等度 ☒ 重度				
口腔乾燥		☒ なし ☐ 軽度 ☐ 重度				
その他粘膜疾患		☒ なし ☐ あり（ ）				
義歯の状況	有無	上顎 ☐ あり（ ☐ 使用 ☐ 不使用） ☒ なし 下顎 ☒ あり（ ☐ 使用 ☒ 不使用） ☐ なし				
	適合状況	上顎 ☐ 良好 ☐ 不適合・破損 下顎 ☐ 良好 ☒ 不適合・破損				
使用状況		☐ 就寝時以外常時使用 ☒ 食事時のみ ☐ 不使用 ☐ その他（ ）				
清掃状況		☐ 良好 ☒ 要改善				
治療の必要性の有無		☐ なし ☒ あり（ ☐ う蝕 ☒ 義歯 ☒ その他： 歯周病 ）				
嚥下機能の評価	検査	☒ 未 ☐ VF ☐ VE ☐ その他（ ）				
	所見					
	嚥下訓練の内容					
嚥下訓練の必要性の有無		☒ なし ☐ あり（ ）				
その他特記事項等		下顎PD装着の際咬んで装着し、外す際一部介助が必要。左下の鉤歯が動揺著しく自発痛を最近訴えている。他の部位も全顎的に重度歯周病。				
					最終歯科受診日	

口腔乾燥:【軽度】唾液の粘性亢進、やや唾液が少ない、唾液が糸を引く、泡が見られる等の状態【重度】唾液が舌粘膜上に見られない状態

感染症状況・アレルギー状況・・・診療情報シート(急性期・回復期)

炎の状況等・・・看護シート

害の状況・・・リハシート

の状況・・・栄養シート

肺
薬剤
構音障
食事・栄養

※退院後できるだけ早期にこのシートをかかりつけ歯科医にご提示ください。 平成27年4月版

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

発行病院
送り先

看護基本情報(月 日退院)記入者名										記入日 月 日	
者名(イニシャル可)			生年月日			ID					
身体	身長	168cm		体重	78Kg		利き手	■ 右 □ 左			
バイタルサイン	体温	36.0~37.0 度		脈拍	70~80 回/分		不整脈	■ なし □ あり			
	血圧	収縮期 100 ~ 120 mmHg		拡張期 60 ~ 70 mmHg							
	SPO2	96 ~ 98 %									
処置	■ なし □ あり 部位() 処置方法()										
褥瘡	■ なし □ あり 部位() 大きさ() グレード() 処置方法()										
意思疎通	ナースコール: ■ 可 □ 不可			コミュニケーション手段		■ 口頭 □ ジェスチャー					
	補聴器: ■ なし □ あり					□ 筆談 □ その他()					
睡眠	■ 良眠 □ 断眠 □ 不眠 眠剤(): □ なし □ 時々 □ 毎晩										
精神症状と症状	精神症状	■ なし □ うつ □ 感情失禁 □ 夜間せん妄 □ その他()									
	行動症状	□ 大声 □ 不穏 □ 暴力 □ 不潔 □ 徘徊 □ 転倒転落 □ 昼夜逆転 ■ その他(易怒性)									
	対応	■ なし □ 4点柵 □ ミトン □ センサー □ 四肢抑制 □ 体幹抑制 □ その他()									
移動	□ 自立歩行 ■ 介助歩行 □ 杖 □ 歩行器 □ 車椅子自操 □ 車椅子乗車(時間 分/日) □ ストレッチャー										
食事栄養	経路	■ 経口、口経管摂取 (銘柄、投与量)()kcal、投与時間 (時間/回) (□ 鼻腔 □ 胃瘻 □ 経口訓練併用) □ TPN									
	形態	主食 ■ ご飯、口軟飯、口全粥、口ミキサー粥									
	副食	□ ゼリー、口ゼリー食、口ミキサー・ペースト食、口やわらか食、口軟菜・刻み食、■ 常食 (下記の副菜コメント参照)									
	水分	□ とりあり、(トロミの強さ □ 弱め、□ 強め)、(とりみ剤の銘柄・分量など)、水分量 (ml)									
	動作	■ 自立(□補助具使用)、□ 見守り必要、□ 一部介助()、□ 全介助									
	摂取量	■ 全量 □ 3/4~1/2 □ 1/2~1/4 □ 1/4以下 □ その他()									
	治療食	□ なし ■ あり(DM食 1600 kcal □ 塩分 g □ ワーファリン食 □ タンパク制限()g									
特記	□ 禁止食() ■ その他(間食禁止)										
口腔の状態		□ 痛み □ 出血 □ 腫脹 □ 乾燥 □ 口臭 □ 舌苔 □ 開口障害 □ その他()									
排泄	方法	日中:トイレ		夜間:尿器		伝達事項			次回交換日	サイズ	種類
	尿意	■ あり □ 不明確 □ なし					□ 留置カテーテル	/		Fr	
	失禁	■ なし □ あり					□ 鼻腔 □ 胃瘻	/		Fr	
	便意	■ あり □ 不明確 □ なし					□ 気管切開	/		mm	
	排便コントロール	最終排便 /					□ その他()	/			
	動作	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助					□ その他()	/			
入浴	一般浴(□自立 □介助) シャワー浴(□自立 □介助)						バイタル上限		収縮期 150mmHg		
	■ 機械浴 □ ベッド上清拭						バイタル下限		拡張期 90mmHg		
日常生活機能評価	患者の状況		得点						特記事項		
			0点		1点		2点				
	床上安静の指示		■ なし		□ あり				義歯 ■ なし □ あり		
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる		■ できる		□ できない						
	寝返り		■ できる		□ 何かにつかまればできる		□ できない				
	起き上がり		■ できる		□ できない						
	座位保持		■ できる		□ 支えがあればできる		□ できない				
	移乗		■ できる		□ 見守り・一部介助が必要		□ できない				
	移動方法		□ 介助を要しない移動		■ 介助を要する移動(搬送含む)						
	口腔清潔		■ できる		□ できない						
	食事摂取		■ 介助なし		□ 一部介助		□ 全介助				
	衣服の着脱		■ 介助なし		□ 一部介助		□ 全介助				
	他者への意思の伝達		■ できる		□ できるときできないときがある		□ できない				
	診療・療養上の指示が通じる		■ はい		□ いいえ						
危険行動		■ はい		□ ある							
合計得点		1点									
入院中の経過: 重度左片麻痺、注意障害強かったが、リハビリと継続的な指導を行い、転倒なく軽介助で補助具使用し歩行できるまでに改善。排泄に関しては日中はトイレに行き見守り下でトイレ動作可能、夜間は臥床したまま自分で尿器を使用し排尿できるが、片付けは介助が必要。排便コントロールについては下剤服用しているが、便秘傾向で1回/2日の割合で座薬使用し排便あり。自己で挿肛できず、妻へ指導を行った。内服は飲み忘れあり自己管理できず、血糖測定やインシュリン注射の技術獲得訓練を行うが、覚えられず拒否されたため、妻に指導を行っている。血糖コントロールは食事療法、インシュリンでコントロールできているが、間食を禁止されていることで家族に強くあたることもあり。											
家族指導		12月 20日		指導内容		■ 移動・移乗指導 ■ 食事(経管)・栄養指導 ■ 服薬指導 ■ 排泄(オムツ)・トイレ指導 □ 更衣指導 ■ その他(血糖測定、インシュリン注射、座薬挿肛)					
指導を受けた方(本人、妻)											
退院日バイタルサイン	体温	度	脈拍	回/分	不整脈	□ なし □ あり	血圧	/ mmhg	SpO2	%	

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

* 保管: 回復期病院が作成し、原本を保管してください。

発行病院

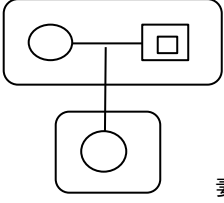
送り先

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

* 保 管：回復期病院が作成し、原本を保管してください。

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

発行病院
送り先

医療社会事業基本情報(月 日退院)記入者										記入日 月 日		
患者名(イニシャル可)		生年月日			ID							
居住地		(都・道・府・県) (市)			■自宅(本人 方) □施設()							
同居家族		□単身 ■配偶者 □子 □子の家族 □両親 □兄弟姉妹 □その他()										
キーパーソン		氏名 (イニシャル可)			続柄		妻		連絡先			
介護力・主介護者		■あり □なし			■配偶者 □子() □子の家族() □両親 □兄弟姉妹 □その他()							
保険種別		□国保 ■社保 □後期高齢者 □共済 □自賠責・第三者行為 □労災 □生保			担当							
社会福祉制度等申請状況		□未申請 ■介護保険 □身障手帳 □傷病手当金 □生活保護 □特定疾患 □その他()										
発症前のADL		■自立 □見守り □一部介助 □全介助										
発症前の社会・生活状況の概要					家族構成							
妻と2人暮らし。ADL自立。 会社役員。営業の管理を中心に行っていた。 通勤は電車を利用。片道45分。乗換1回。 大学卒業後36年間現在の会社に勤めている。 アルコール多飲歴あり タバコは40歳まで1日20本 職場内禁煙を機に禁煙。以後禁煙を継続中。 営業職のため、外食や会食が多いこともあり体重は増加した。					 妻と2人暮らし。 妻は軽度のリウマチあり 娘は海外在住							
介護保険		□申請中 □支援1 □支援2 □介護1 □介護2 ■介護3 □介護4 □介護5										
サービス調整状況		■なし □住宅改修 □福祉用具貸与 □訪問介護 □通所 □入所 □その他()										
ケアマネージャー		■なし □あり 氏名			事業所名			連絡先				
障害者手帳		□身体障害者手帳(肢体 級;平衡 級;音声言語 級;そしゃく 級;聴覚 級;視覚 級;内部 級) □申請中 ■なし										
		□精神障害者保健福祉手帳(級) □申請中 ■なし										
		□療育手帳(□A □Aの1 □Aの2 □Bの1 □Bの2) □申請中 ■なし										
在宅主治医		医療機関名			主治医名			連絡先				
歯科医		医療機関名			主治医名			連絡先				
家族的背景＋心理面	本人の方向性	■変わらず ■職場復帰 ■在宅 □病院(医療・介護) □施設 □未定 □その他										
	希望阻害因子	□経済力 □介護力不足・介護協力不足等 □介護者不在 □住宅改修不可能・住宅構造上 ■病態 ■職場調整										
	家族の方向性	■変わらず □職場復帰 ■在宅 □病院(医療・介護) □施設 □未定 □その他										
	希望阻害因子	□経済力 □介護力不足・介護協力不足等 □介護者不在 □住宅改修不可能・住宅構造上 ■病態 □職場調整										
	本人: すぐにでも復職できると思っており、認知機能低下については自覚していない。 退院後はサービスの利用やリハビリ継続の必要はないと考えてる。 歩行が困難でも、車の運転にて通勤は可能と考えている。 自宅退院にあたっての支援は必要なく、復職を進めてほしいと希望がある。 妻: 手指を中心とした軽度のリウマチがあり、重いものは持てない状態。公共交通機関の利用や買い物可能。自動車免許なし。 現状での復職は困難と認識しており、まずは自宅生活の安定を希望されている。 本人の性格の変化を感じている。 坐薬の挿入は習得されている。インスリン注射の指導を受けているが、不安を感じている。											
社会的背景＋経済面	発症前	■会社員 □公務員 □自営 □無職 □その他() □年金(□老齢 □遺族 □障害)										
	退院時	収入 □なし ■あり ■傷病手当金 □年金() □生活保護 □預貯金 □その他() ■課税 □非課税										
	持ち家のローンがあと3年残っている。 仕事は休職中。傷病手当金を受給している。 規模の大きな会社。保健室があり、保健師が常勤している。定年は65歳。 長きにわたっての功績もあり、会社からは「お元気になったらいつでも戻ってきてください」と言われているが、復職にあたっては産業医との相談が必要。											
その他	住宅環境	■戸建て(■所有 □賃貸) □集合住宅(□所有 □賃貸)()階 EV停止(□あり □なし) □その他()										
	障害となる構造	■階段; □屋外 ■屋内(手すり; □なし □上り左 □上り右 □両方) □家への出入り □段差(□浴室 □トイレ □廊下 □玄関) ■トイレ ■浴槽 □その他()										
	改修状況(済=レ点)	□階段; □屋外 □屋内(手すり; □なし □上り左 □上り右 □両方) □家への出入り □段差(□浴室 □トイレ □廊下 □玄関) □トイレ □浴槽 □その他()										
	一戸建て2階家。改修可能。 寝室は2階。トイレと浴室は1階にあるが、古い為現状では使用困難。											
退院後の生活の場		■自宅 □家族宅 □有料老人ホーム等 □介護施設等 □療養病床 □その他()										

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

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
薬剤シート

発行機関
送り先

患者基本情報 (年 月 日記入)				薬剤師名			
患者氏名		生年月日		年齢	58歳	性別	男性
薬剤の管理者	☒ 本人 ☐ 家族(☐ 夫・妻 ☐ その他) ☐ 施設(施設名:) ☐ その他()						
指導上の注意	自己管理を数回試したがたまたに飲み忘れることがある。						
服用方法	☒ 経口 ☐ 胃管 ☐ 胃ろう ☐ その他()						
副作用・アレルギー ※可能ならば原因薬剤と年月日を記載							
☐ あり ☒ なし ☐ 不明							
服用薬剤							
※ 現在服用中の全薬剤(内服薬・外用薬・注射薬等、定時薬・臨時薬)を記録する。 ※ 「粉砕」「簡易懸濁」は、現在の状況についてチェック(✓)を入れる。 ※ 数種類の散剤、軟膏剤を混合している場合には、内容も記録する。 ※ 「医療機関等」には、「処方した医療機関、調剤した薬局」の欄より対応する番号を記載する。							
No.	調剤医薬品	先発医薬品	用法・用量	粉砕	簡易懸濁	医療機関等	
1	アジルバ錠 20mg		1錠 分1 朝食後			①	
2	アダラートCR錠 40mg		2錠 分2 朝・夕食後			①	
3	マグミット錠 330mg		4錠 分2 朝・夕食後			①	
4	ノボラピッド注フレックスペン		スライディングスケール(特記事項)			①	
5	新レシカルボン坐剤		2日に1回使用			①	
調剤に関する特記事項							
血糖値(mg/dL)							
>80 0単位。さらにブドウ糖10gを経口摂取							
80～139 0単位							
140～200 2単位							
201～250 4単位							
251～300 6単位							
>300 8単位							
その他							
一般用医薬品、健康食品等				嗜好品			
☒ 不明 ☐ あり ☐ なし				☒ 喫煙歴 ☒ 飲酒 ☐ その他 タバコ40歳まで1日20本 アルコール多飲歴あり			
医療機器・医療材料							
☐ 血糖自己測定器 ☐ その他							
処方した医療機関、調剤した薬局							
	医療機関等の名称	TEL		医療機関等の名称	TEL		
①			⑤				
②			⑥				
③			⑦				
④			⑧				
※かかりつけ薬局には○を付けること。							

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

千葉県脳卒中連携 栄養シート(栄養科へ送ってください)

栄養シート

発行施設

患者氏名:	様	連絡先:	☐ 直通 ☐ 代表
生年月日:	☐ M ☐ T ☐ S ☐ H 年 月 日	作成日:	H 年 月 日
年齢:	58 歳	性別:	☒ 男 ☐ 女
身長:	168 cm ()	BMI:	27.6
体重:	78 kg ()	標準体重:	62.1 kg
※入院時体重(測定記録があれば記入)		:	82 kg
<食事情報>		送り先	
☒ 経口 ☐ 経管		☐ 急性期	
食種		☐ 回復期	
糖尿病食1600kcal(米飯150g常菜)		☒ 生活期	
エネルギー		1600 kcal	
たんぱく質		75 g	
摂取量: 主 100 % 副 100 %		1600 kcal	
経管水分量		☐ 追加 ☐ 総量 ml	

その他特記事項

糖尿病食の栄養指導実施

適正体重と血糖コントロールを目指したエネルギー調整と栄養バランスについて。(排便状況・血圧にも留意。)
間食の禁止を家族にあたることもあったため、ご本人に合わせた満足感の得られる工夫をするなど
今後も継続的なフォローが望ましい。

<分類シート>

嚥下障害なし

Oj	Ot	
1j	2-1	
	2-2	
	3	
	4	
1mm角 極きざみ	5mm角 きざみ	1cm角 さいの目
2cm角 一口大	それ以上 原形	大きさ

飲水とろみの状態

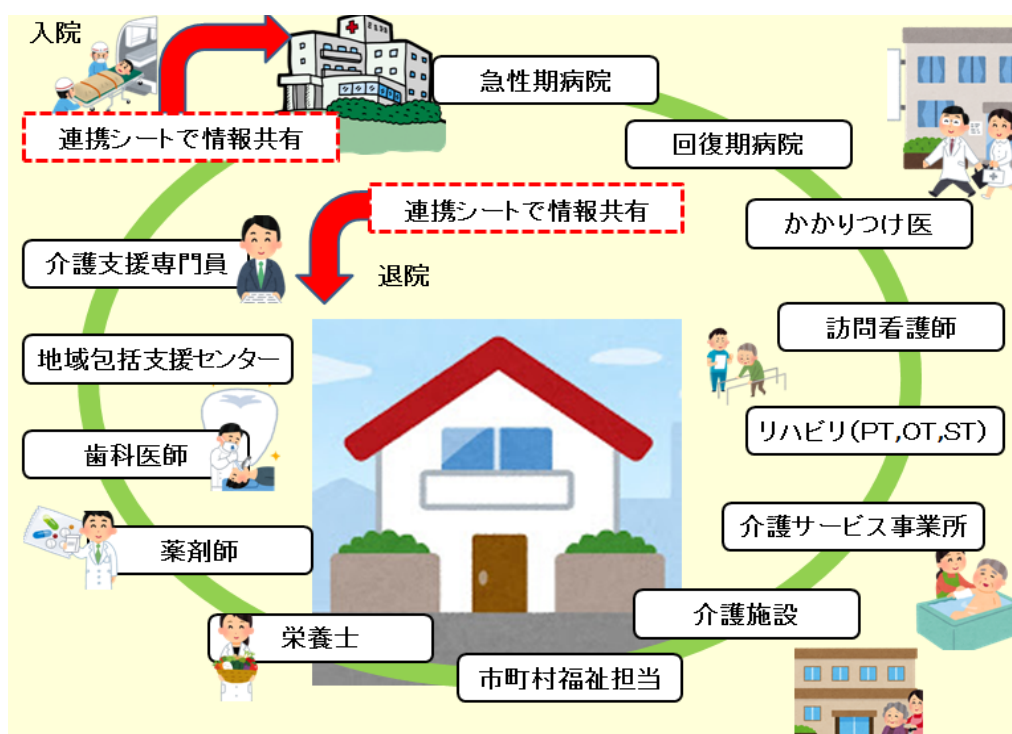
- ☒段階0 とろみなし
- ☐段階1 薄いとろみ
- ☐段階2 中間のとろみ
- ☐段階3 濃いとろみ

説明

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

千葉県地域生活連携シートの手引き

～入退院時等の情報共有に係る千葉県参考様式～



平成 29 年 月
千 葉 県

千葉県健康福祉部高齢者福祉課
千葉市中央区市場町 1-1
電 話 : 043-223-2342
FAX : 043-227-0050
ホームページ : <http://www.~>



目 的

「千葉県地域生活連携シート」は、医療と介護サービスをスムーズに提供する事を目的に、介護支援専門員と病院の担当者、かかりつけ医、訪問看護師等が利用者（患者）の情報を共有するための千葉県参考様式です。

なお、介護報酬の「入院時情報連携加算」及び「退院・退所加算」の算定にも活用できます。

また、診療報酬の「介護支援連携指導料」「退院時共同指導料2」等の関係職種間の情報共有にも活用できます。

地域での活用

地域の実情に応じ、項目の追加等の様式変更を行うことは可能です。

ただし、様式を変更する場合には、県参考様式との相違による混乱が生じないように、地域の関係者間で十分に協議・調整を行ってください。

また、本シートの「※」は介護報酬の算定に必要な項目なので、その点についても注意してください。

個人情報取り扱い

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

居宅介護支援等の契約時において、今後の支援を見据えて、入院時の医療機関への情報提供も含めた個人情報の使用について、包括的同意を得ておくことも可能です。

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

利用方法

A表 【千葉県地域生活連携シート（入院時等）】

居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等の担当介護支援専門員が、介護サービス利用者の在宅での日頃の状況を把握するために記入し保管しておくほか、入院時にその情報（A表）を医療機関に送付するものです。

表内の「※」は、介護報酬の「入院時情報連携加算」の算定に必要な項目です。

B表 【千葉県地域生活連携シート（退院時）】

居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等の担当介護支援専門員と病院の担当者、かかりつけ医、訪問看護師等が利用者（患者）の退院の際、B表を活用し必要な情報を共有し、介護支援専門員が居宅サービス計画の作成等に活用するものです。

また、「診療情報提供書」に添付することにより病院とかかりつけ医間で情報共有を図る事ができます。

表内の「※」は、介護報酬の「退院・退所加算」の算定に必要な項目（標準様式「退院・退所情報記録書」）です。

① 在 宅 時

介護支援専門員は、概ね半年に一度、利用者の在宅安定時の状況をA表に記入し保管しておきましょう。また、月一回のモニタリングの際、A表をモニタリングシートとして使用することもできます。

② 入 院 時

介護支援専門員は、利用者が入院した際、医療機関にA表を持参又はFAX等で送付し、利用者情報を共有しましょう。

また、利用者の緊急入院等に備え、下記のような点について地域で検討し利用者や家族等に伝えておくよう努めましょう。

- ・救急隊がすぐに持ち出せるような場所に保管しておく
- ・担当介護支援専門員の名刺を医療保険証や介護保険証等と一緒に保管しておく
- ・入院する場合は必ず担当介護支援専門員に連絡する

なお、シートを送付した際は、「居宅介護支援経過」に、入院日、送付日及び送付先の名称を記録してください。

(記入例)「H29. 4. 1△△病院に入院。H29. 4. △△病院に地域生活連携シートを送付」

【介護報酬】

○入院時情報連携加算

医療機関等に訪問により情報を提供した場合 : 200単位

上記以外の方法により情報を提供した場合 : 100単位

※医療機関は、担当介護支援専門員からA表の提出が無い場合、当該患者の入院を把握していない場合もあるので連絡をしましょう。

③ 退 院 前

医療機関は関係者とのカンファレンス前までに、院内の関係者から情報を収集し、B表を活用して介護支援専門員や関係者間で下記のような情報を共有しましょう。

- ・退院後に地域で利用可能な介護サービスや要介護認定の申請手続きの情報
- ・退院後に想定されるケアプラン作成等に必要な情報や退院後の外来診療の見込

介護支援専門員はケアプランを作成し、その写しを速やかに医療機関に提供しましょう。

【介護報酬】

○退院・退所加算 : 300単位 (入院中3回に限る)

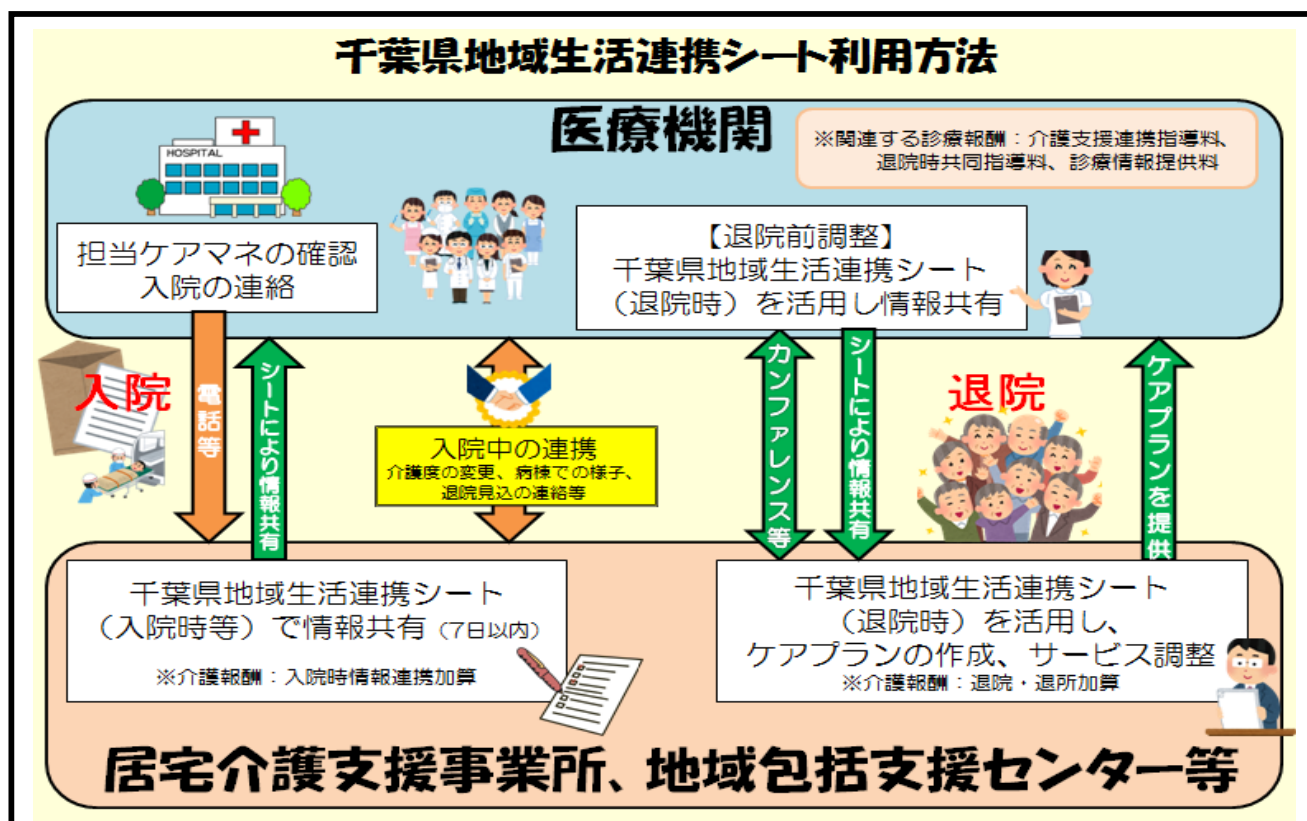
【関連する診療報酬】※算定要件は、各自御確認ください。

○介護支援連携指導料 : 400点 (入院中2回に限る)

○退院時共同指導料2 : 400点

(3者以上と共同して指導を行う場合に加算 : 2,000点)

○診療情報提供料(I) : 250点



記入上の留意点

記入時点 【A表、B表】	認定調査結果や主治医意見書等を参考に本シートを記入する場合、直近の状況と異なるときは、直近の状況を優先して記入してください。
経済的支援 【A表、B表】	生活保護等、行政の支援が必要と思われる場合はチェックを入れてください。
療養に関する意向等 【A表、B表】	退院後の療養や介護に関する本人及び家族の意向等があれば、具体的に記入してください。
リビングウィル等の 意思表示 【A表、B表】	リビングウィルとは、治る見込みがなく、死期が近いときには、延命治療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、本人の意思を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定することとされています。リビングウィルの他、自分自身が受ける医療に関する希望をあらかじめ書面等で示す意思表示方法は多様であり、民間でも様々な書式が作成されています。 (参考：千葉県医師会作成「私のリビングウィル」 http://www.chiba.med.or.jp/personnel/nursing/styles.html)
服薬管理 【A表、B表】	別紙参照の記載例（お薬手帳、処方箋 等）
リハビリテーション 【B表】	リハビリとは、運動、温熱やマッサージ、マシンを動かすだけではありません。その方の明日への希望となるような、生活目標を具体的に立てPT、OT、STといった専門職がいるサービスへ繋げてください。 (生活目標の記載例：畑作業ができるよう通所リハビリで屋外歩行訓練をする。自宅でお風呂に入るため浴槽のまたぎ動作を訪問リハビリで練習する。)
受取者サイン 【A表】	医療機関はA表を受け取る際、サイン等を記入するよう努めてください。

千葉県地域生活連携シート（退院時）

B表

※医療機関・施設名		※電話番号		※面談日	平成	年	月	日
※面談者				※記入者				

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

（※は、介護報酬の算定に必要な項目です。）

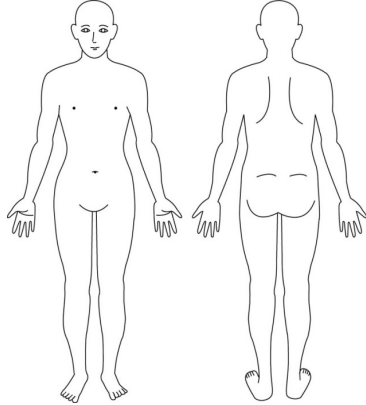
※ふりがな氏名		※生年月日	明 大 昭	年	月	日	※年齢	58	歳	※性別	男 女
住 所		TEL（自宅）					職 業				
		TEL（携帯）									
緊急時連絡先	氏 名	続 柄	住 所	電 話 番 号							
		妻									
家族構成図	住 環 境		☒ 戸建 ☐ 集合住宅（ ☐ 階 エレベーター ☐ 無 ☐ 有）								
◎：本人 □：男性 ○：女性 ■●：死亡 主：主介護者 副：副介護者 ☆：キーパーソン	生活保護		☒ 無 ☐ 有 経済的支援 ☐ 要								
障害等認定		☐ 身障（ ） ☐ 精神（ ） ☐ 療育 ☐ 特定疾患（ ）									
生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）		妻と2人暮らし。ADL自立。妻は軽度のリウマチあり、娘は海外在住会社役員。営業の管理を中心に行っていた。通勤は電車を利用。片道45分。乗換1回。大学卒業後36年間現在の会社に勤めている。アルコール多飲歴あり タバコは40歳まで1日20本。職場内禁煙を機に禁煙。以後禁煙を継続中。営業職のため、外食や会食が多いこともあり体重は増加した									
☐ 一人暮らし											
家族の介護力及び特記事項											
妻：手指を中心とした軽度のリウマチがあり、重いものは持てない状態。公共交通機関の利用や買い物可能。自動車免許なし。現状での復職は困難と認識しており、まずは自宅生活の安定を希望されている。本人の性格の変化を感じている。坐薬の挿入は習得されている。インスリン注射の指導を受けているが、不安を感じている。											

※要介護度	☐ 申請中 ☐ 区分変更中 ☐ 未申請	有効期限（平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	）
	☐ 事業対象者	要支援	☐ 1 ☐ 2	要介護	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5						
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J 1 ☐ J 2 ☒ A 1 ☐ A 2 ☐ B 1 ☐ B 2 ☐ C 1 ☐ C 2										
※認知症高齢者の日常生活自立度	☒ 自立 ☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M										

※入院期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	予定
※入院の経緯・原因となった病名等	脳内出血（右被殻出血）									
※手術	なし	※既往歴	高血圧							
傷病の経過及び治療経過	入院時は重度の左片麻痺・高次脳機能障害（左半側空間無視・注意障害）を認めました。左短下肢装具を作成し、動作訓練を施行。約3カ月の経過で、歩行は杖・短下肢装具を使用し見守り～軽介助レベル、ADLは入浴以外自立レベルとなっております。注意障害および左半側空間失認の残存により、日常生活において左方の障害物の見落としを認めるため、適宜注意を促すように声掛けを行う必要があります。									
本人、家族への退院前指導の内容	まずは自宅生活に慣れることが大切。外出は車いすで御家族と一緒に行ってください。装具は常に装着してください。 (説明を聞いた相手：妻)									
退院後の診療形態等	☐ 外来 ☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 (紹介先医療機関等)									
※特別な医療行為等	☐ 透析 ☐ ストマ ☐ 酸素療法 ☒ インスリン ☐ その他									
※感染症	☐ HBV ☐ ICV ☐ MRSA： ☐ 保菌 ☐ 発症（部位： ☐ 痰 ☐ 血痰 ☐ 尿 ☐ 創部） ☐ その他（ ）									

利用者氏名	
-------	--

記入日： 平成 年 月 日

	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子	
※移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 手引き ☒ 杖 ☐ 歩行器 ☐ シルバーカー ☐ 車椅子 ☐ その他（ ）	
※口腔ケア	☐	☐	☐	☐	義歯 上顎 ☐ 無 ☐ 有（ ☐ 使用 ☐ 未使用 ） 下顎 ☐ 無 ☒ 有（ ☐ 使用 ☒ 未使用 ） 口臭 ☐ 無 ☒ 有	
	☐	☐	☐	☐	嚥下状況 ☒ 良 ☐ 不良 咀嚼状況 ☒ 良 ☐ 不良 食形態 ☒ 普通 嚥下食（ ☐ 刻み ☐ ソフト食 ☐ ペースト食 ☐ とろみ ☐ 経管栄養（方法： 内容： 量： 所要時間： ） 制限 ☒ 無 ☐ 有（ ☐ 塩分 ☐ 水分 ☐ その他（ ） 特記事項	
整容	☒	☐	☐	☐		
更衣	☒	☐	☐	☐		
※入浴	☐	☒	☐	☐	入浴の制限 ☐ 無 ☐ 有（ ☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ その他（ ）	
※排泄	☐	☐	☐	☐	日中 ☒ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ ☐ その他（ ） 夜間 ☐ トイレ ☐ ポータブル ☒ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ ☐ その他（ ） 排尿能力 ☒ 自排尿 ☐ 間欠導尿 ☐ 留置カテーテル	
	☐	☒	☐	☐	処方薬 ☒ 別紙参照（ ） ☐ 一包化 ☐ 粉碎 ☐ 簡易懸濁法	
麻痺	状態 ☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中度 ☒ 重度 部位 ☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☒ 左上肢 ☒ 左下肢					
	褥瘡 ☒ 無 ☐ 有（部位： ） 皮膚疾患 ☒ 無 ☐ 有（部位： ）					
視力	☒ 日常生活に支障なし ☐ はっきり見えない ☐ ほとんど見えない ☐ 判断不能 眼鏡使用 ☐ 無 ☒ 有					
	☒ 日常生活に支障なし ☐ はっきり聞こえない ☐ ほとんど聞こえない ☐ 判断不能 補聴器使用 ☒ 無 ☐ 有					
言葉	☐ 話せない ☒ 話せる（程度： ）					
意思伝達	☐ できない ☒ できる（伝達方法： 発語 ）					
※短期記憶	☐ 問題あり ☒ 問題なし（ ☒ 前日の夕食のメニューが答えられる → → ☒ 再度確認しても同じ答え）					
※行動・精神症状等	☒ 無 ☐ 有 ☐ 幻覚・妄想 ☐ 昼間寝ていることが多い ☐ 夜間不眠・不穏 ☐ 意欲の低下 ☐ 暴言・暴力 ☐ 同じ事を何度も聞く ☐ 徘徊 ☐ その他（ ）					
	実施リハ ☐ 無 ☒ P T ☒ O T ☒ S T ☐ その他（ ） 運動制限 ☐ 無 ☐ 有（ ） 生活目標 到達方法 ☐ 訪問リハ ☐ 通所リハ ☐ 自主トレ継続 ☐ その他（ ） 必要な内容					
※導入が必要と考えられる介護サービス	訪問 ☐ 介護（ / 週 ） ☐ 入浴（ / 週 ） ☐ リハビリ（ / 週 ） ☐ 看護（ / 週 ） 通所 ☐ 介護（ / 週 ） ☐ リハビリ（ / 週 ） 短期入所 ☐ 生活介護（ ） ☐ 療養介護（ ） 福祉用具 ☐ 福祉用具貸与（ ） ☐ 特定福祉用具販売（ ） その他					
	※（本人・家族）の療養に関する意向等					
	リビングウィル等の意思表示 ☐ 無 ☐ 有 確認相手 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他（ ） 確認日 平成 年 月 日 連絡先 氏名： 電話番号：					
	※ その他（退院後の生活で注意すべき点等）					