

# 脳血管障害の 医療連携

2023 年度版

福岡市医師会



# ◆目次◆

- 1、脳血管障害と地域連携について…………… p2～11
- 2、脳血管障害の地域連携パス…………… p12～22
- 3、各種スケールと危険因子の管理…………… p23～39

# 脳血管障害の医療連携

## はじめに

脳卒中は、我が国の死因の第4位、健康寿命を損ねる原因疾患(寝たきり・要介護)の第1位を占め、人生100年時代において、予防対策が最も重要な疾患の一つです。

平成20年の第5次医療法改正において、急性期から回復期を経て自宅に戻るまで患者が一貫した治療方針の下に切れ目ない医療を受ける事が出来るよう地域医療計画の見直しが行われ、医療連携体制に関する4疾病の中に「脳卒中」が定められました。この法改正への対応として、福岡市医師会では、福岡市の医療供給体制に合った地域医療連携を構築するため、平成19年6月に「脳卒中ワーキンググループ」を設置し、急性期病院の先生方と協議を重ね、福岡市医師会方式の「脳血管障害地域連携パス」を策定、平成20年4月より運用を開始しました。併せて、同年より年に3回「地域医療連携ワークショップ」を開催し、地域医療計画についての講演や、地域医療連携に関連する情報交換等を実施しています。平成28年からは、診療報酬点数改定に伴う施設基準への対応として、同ワークショップにおいて各医療機関同士の面会の場も提供し、毎回多くの医療従事者にご参加いただいています。

本連携パスは、運用開始から現在までの15年間で、急性期は約13,000名、回復期は9,000名、維持期は1,300名の登録者を数え、ワークショップは来年度で50回を迎える予定です。今や福岡市における脳卒中診療には不可欠な存在として、地域医療連携の促進による診療の質の向上に大きく貢献しているものと考えております。

今般、本連携パスを時代に即した内容にブラッシュアップすることによって、より一層、切れ目のない質の高い医療サービスを提供するための地域医療連携ツールとしてお役立ていただくことを目的として、パスシート及び冊子を更新いたしました。主な改訂点は、パスシートの診断名に「脳出血・くも膜下出血」を追加、治療内容に「抗血栓薬」を追加、診療計画書の日常生活の中で訓練が必要な項目に「就労支援」を追加したことで、冊子も該当部分を変更するとともに、各種スケールやデータについても最新化いたしました。

結びになりますが、今回の改正にあたり、ワーキンググループ発足当初から永年に亘りご尽力をいただいております九州医療センターの岡田靖先生を始め、委員をお引き受けいただいております先生方におかれましては、多大なるご協力を賜り、改めまして深く感謝申し上げます。会員各位におかれましては、本冊子をご活用いただくことで、急性期、回復期、維持期を担う医療機関の連携をさらに強固なものとしていただき、この地域で安心して脳卒中診療を受けることができる体制の充実に引き続きご協力をお願い申し上げます。

令和5年11月

福岡市医師会

会長 平田 泰彦



福岡市医師会  
マスコットキャラクター  
おっしょ医くん



# 脳卒中と脳血管障害

## 1. 脳卒中と脳血管障害の言葉の違い

「卒中」という言葉は、紀元前から存在し、卒中風の略語で、外より襲う邪風の中(あた)って卒然と倒れることを意味しており、予期せぬ「急性発作」を表しています。一方、より広く用いられている脳血管障害という言葉は脳や心血管系の病変に起因する脳血流異常によって、もたらされるさまざまな病態や疾患を包括しています。

脳卒中は、脳血管障害の一つの臨床的な症候群であり、確かに予期せぬ発作として急に襲いかかってきますが、今日の医学医療の発展に伴い、早期発見で予防や治療も可能になってきました。従来の脳卒中医療連携は「倒れた→急性期→回復期→在宅」の一方向性のリハビリテーションのように解説されていますが、前段階としての無症候性脳血管障害や脳血管障害ハイリスクを持っている患者は多く、加えて発作後の再発予防や合併症の予防や治療もとても重要で、その診療や生活指導を包括的に、地域全体で連携して行い、健康寿命を延ばしていく必要があります。福岡市医師会方式では「脳卒中」にとどまらず、「脳血管障害」の医療連携を目指しています。

### 脳血管障害

無症候性脳梗塞・脳出血  
未破裂脳動脈瘤  
未破裂脳動静脈奇形  
頸動脈・脳動脈狭窄  
脳血管性認知障害  
全身疾患に伴う脳血管障害

### 脳卒中

急性発作・救急患者  
脳梗塞・TIA  
脳出血  
くも膜下出血

### 脳卒中後遺症

リハビリテーション  
生活の質の向上  
満足できる看護介護  
就労支援

### 脳血管障害 ハイリスク因子

- 高血圧
- 心房細動
- 糖尿病
- 慢性腎臓病
- 脂質異常症
- 喫煙・飲酒
- 肥満
- メタボリックシンドローム
- 睡眠時無呼吸症候群

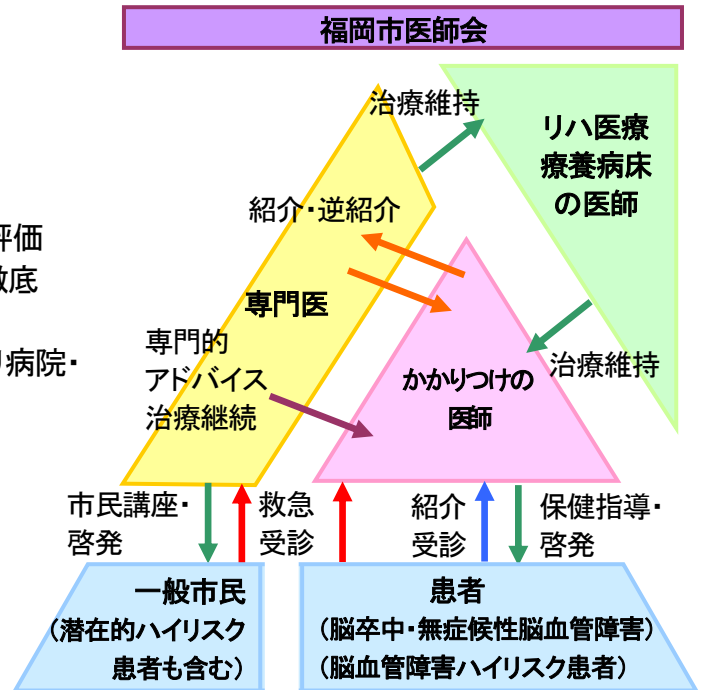


脳卒中治療ガイドライン、2021

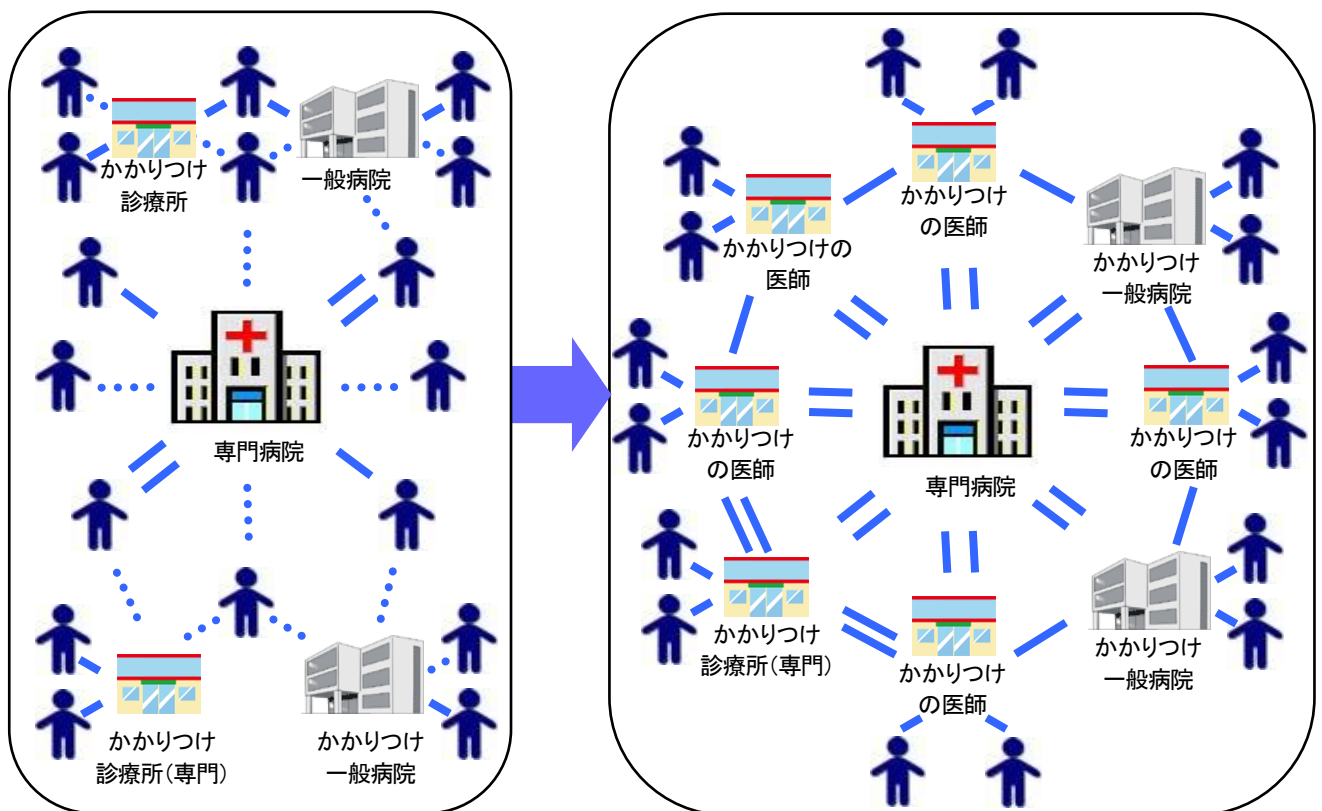
# 脳血管障害の医療連携

## 1. 連携のポイント

- ① 医師間の信頼関係 (face-to-face の連携)、  
役割分担の地域医療への患者の理解
- ② かかりつけの医師は発病・再発を予防し、  
健康寿命を延ばす
- ③ 脳卒中ハイリスク患者は、専門病院へ紹介し評価
- ④ 専門医はしっかりした評価と返書で逆紹介を徹底
- ⑤ 脳卒中発病後の迅速な対応と救急連携
- ⑥ 急性期治療後の障害に応じた診療所・リハビリ病院・  
療養型病院との連携
- ⑦ 病診連携に関する情報公開とフィードバック
- ⑧ 病診連携室 (SW)、情報交換、病院相互訪問
- ⑨ 連携の会、市民講座
- ⑩ 地域連携パス



### ◆ネットワークの完成図



- ・無秩序な診療
- ・情報共有なし

- ・かかりつけ診療所・一般病院による日常診療
- ・専門医 (診療所、病院) によるセーフティネット
- ・情報共有化

# 脳血管障害の医療連携

## 2. 医療連携の必要性と急性期医療の課題

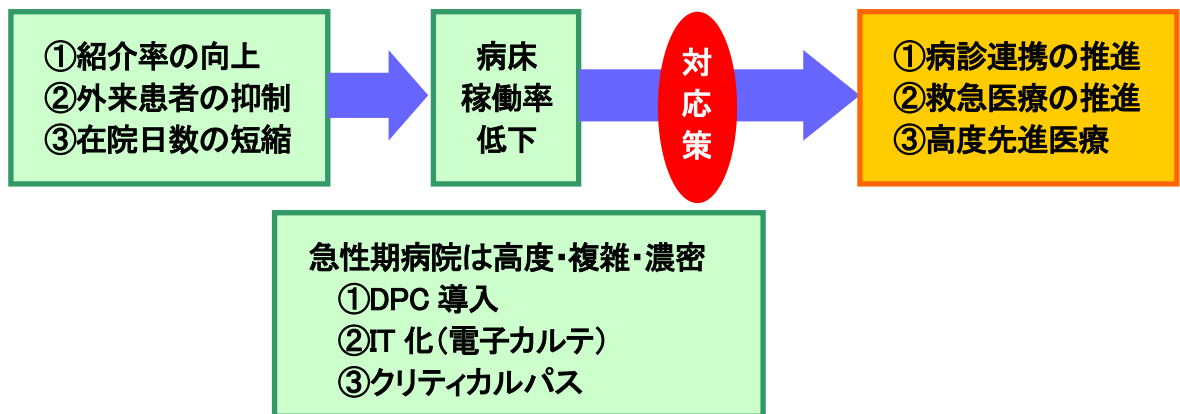
### ◆急性期医療の高度・専門化、機能分化

- ①良質かつ適切な医療の提供
- ②地域の医療資源の有効・公平な活用
- ③診療報酬の適正化

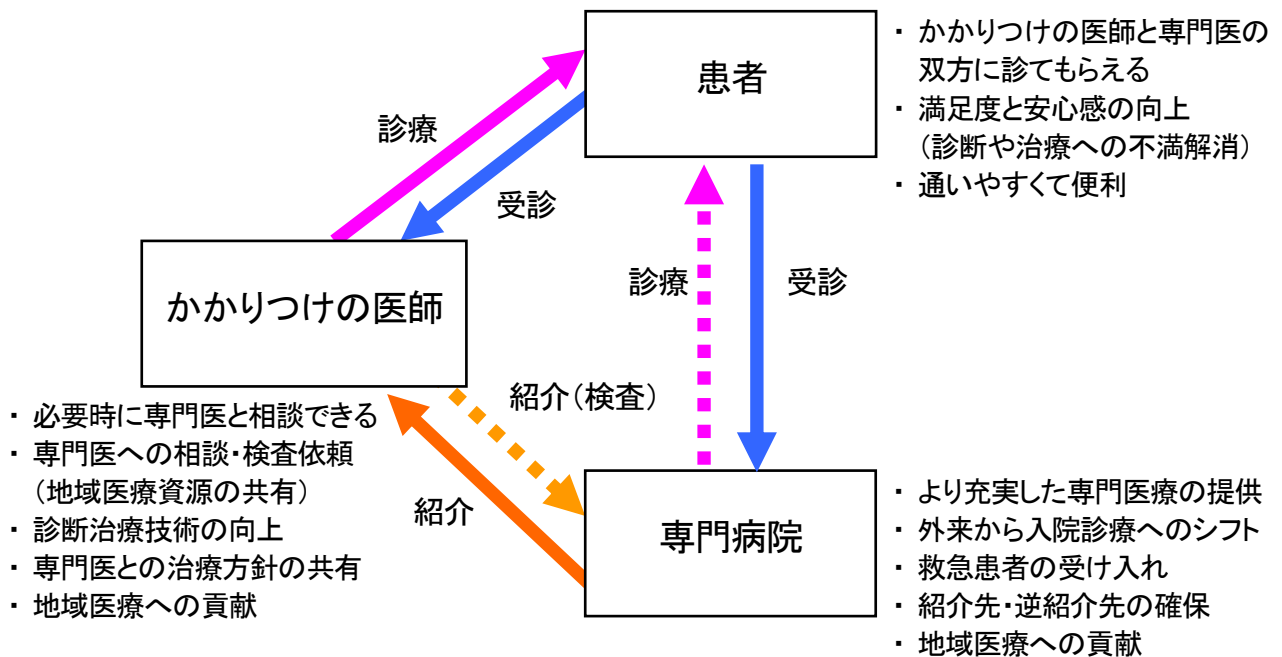


患者家族と医療従事者の  
双方の満足度向上

### ◆急性期病院の課題



### ◆連携医療により患者、医療機関は相互に充実



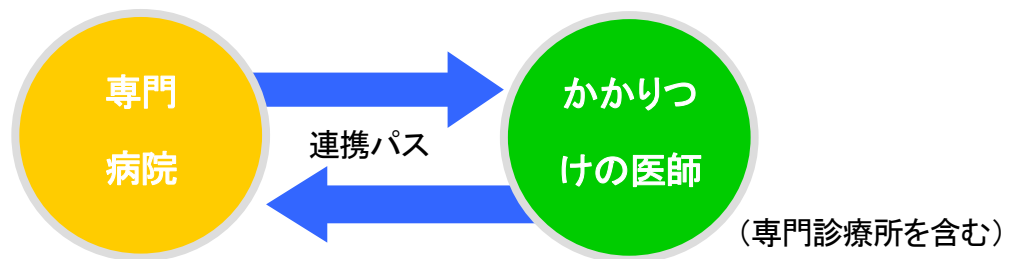
# 福岡市医師会方式脳血管障害地域連携パス

## 1. 地域連携パスの基本は循環型、キーワードは脳卒中ではなく脳血管障害

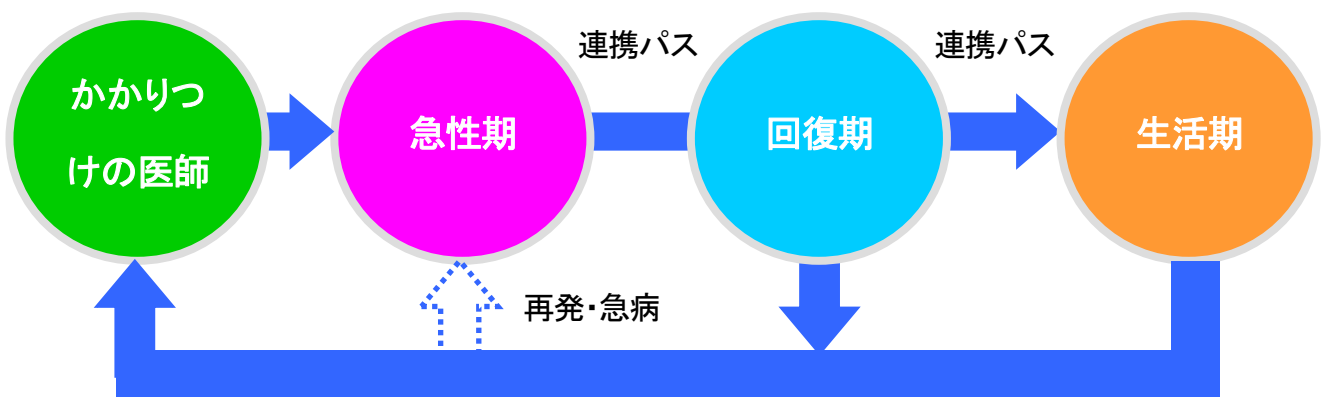
福岡市は160万人都市で、脳卒中急性期病院や専門診療所も多く、発作として倒れる前の「脳血管障害患者」や「脳血管障害ハイリスク患者」の段階から、かかりつけの医師と専門病院で緊密な医療連携が行われています。また、回復期リハビリ病棟の整備も全国平均を上回っています。

福岡市医師会方式では、①脳血管障害の予防を重視し、専門病院とかかりつけの医師による、双方向の情報共有による予防管理を基本に、②いったん脳卒中を発症した患者も脳卒中の各段階で多くの施設を循環しながらリハビリテーションと再発予防に力を入れて、地域全体で包括的に医療の質を高めていきます。

### ① 双方向共有型(脳血管障害ハイリスク患者、生活が自立している軽症脳卒中患者)



### ② 多施設循環型(中等度以上の脳卒中、発作を発症した場合)



## ●地域連携パスについて

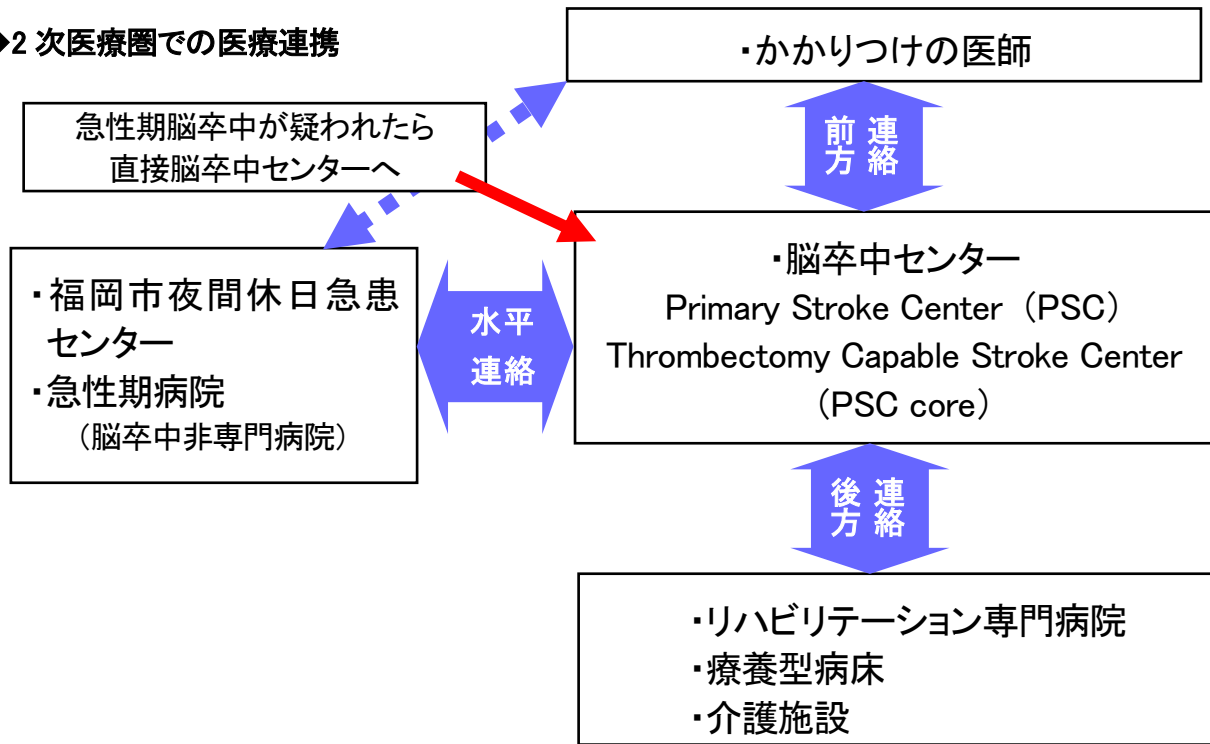
地域の連携医療の情報共有の方法は、多施設循環型と双方向共有型に大きく分けることができる。多施設循環型は、かかりつけの医師からスタートし、急性期、回復期を経由する脳卒中発作を生じた場合。一方、双方向共有型は、ハイリスク脳血管障害患者、軽症の脳卒中発作患者などの場合である。

「地域連携パス」は、行政なども含めた地域全体と連携しながらの共通の治療管理であり、個々の病院同士のパスにとどまらない。「患者本位の地域連携パス」を作成し、福岡市医師会を中心に、地域全体の脳血管障害の連携医療を向上させていく必要がある。



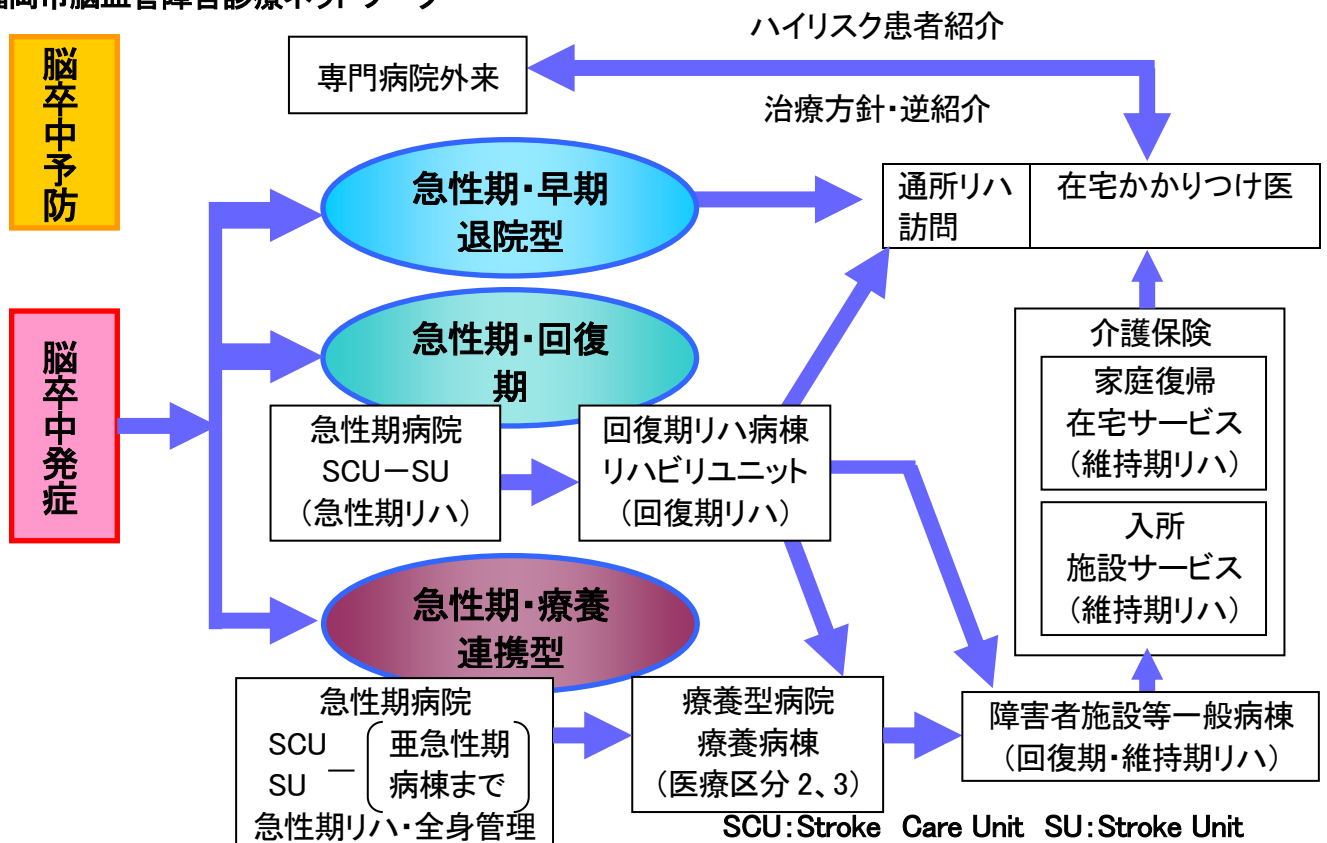
# 福岡市医師会方式脳血管障害地域連携パス

## ◆2次医療圏での医療連携



**脳卒中センター**:脳卒中急性期患者に対応する専門医(脳神経外科医、脳血管内治療医、脳神経内科医、脳血管内科医など)及び医療従事者と病床を有し、毎日 24 時間常に受け入れとrt-PA 静注療法が可能で、必要に応じて脳神経外科手術に対応できる施設 (PSC)、またそれらに加えて毎日 24 時間常に血管内治療(機械的血栓回収術)が可能な施設 (PSC core)。

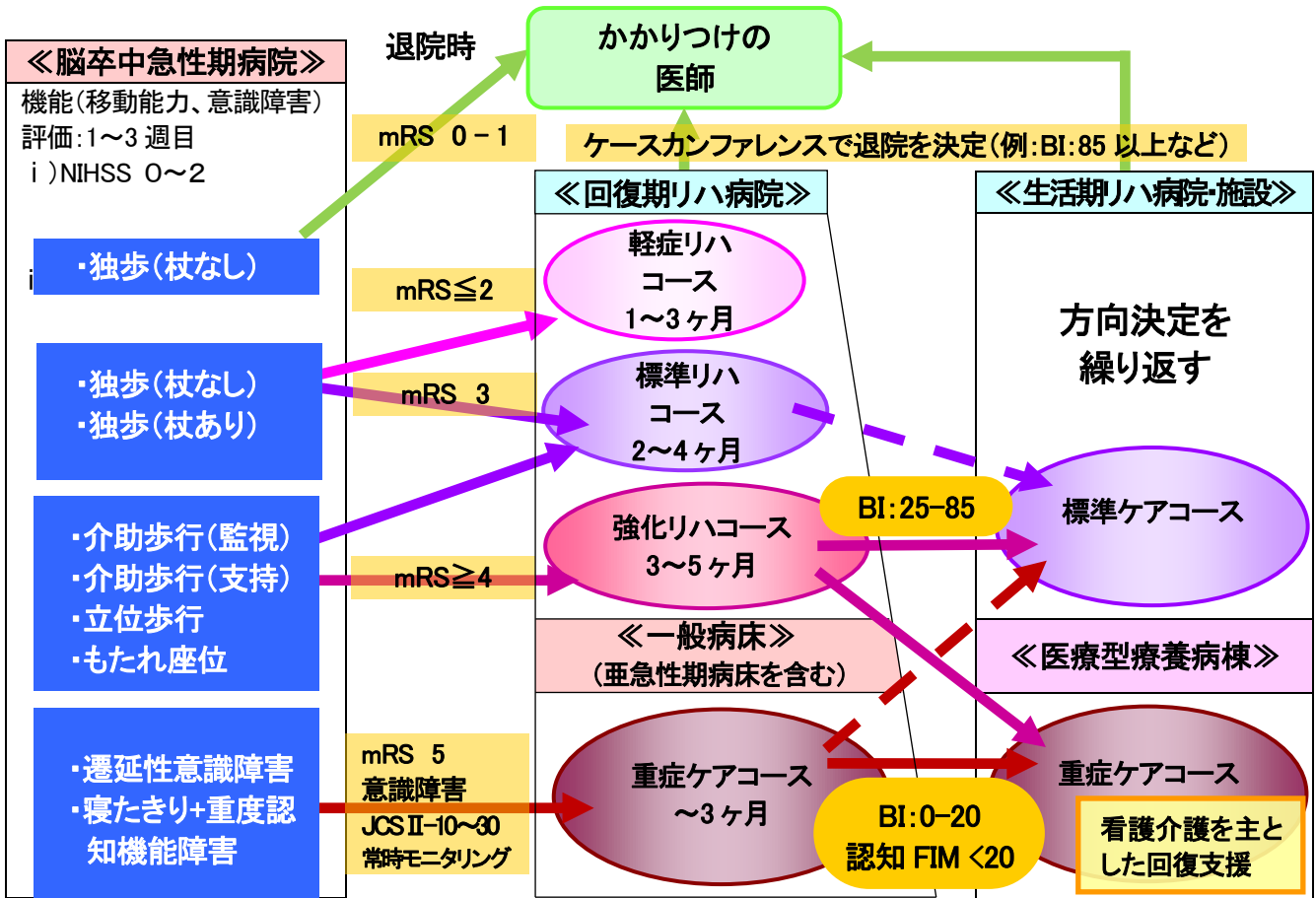
## ◆福岡市脳血管障害診療ネットワーク





# 福岡市医師会方式脳血管障害地域連携パス

## 2. 脳血管障害連携パス オーバービュー



### ポイント

急性期病院退院時に自立しているケースも少なくない(発症 1 週目以降の NIHSS 2 以下、mRS 0-1、BI 90-100)。その場合、かかりつけの医師による全身管理と再発予防が重要。

**急性期病院:** 転院時の移動能力が、杖あり独歩～杖なし独歩で、mRS 2 以下をリハ病院軽症リハコース(1~3 ヶ月入院コース)、移動能力が平行棒内歩行～監視歩行で、mRS 3 をリハ病院標準リハコース(2~4 ヶ月入院コース)、移動能力がもたれ座位～平行棒内歩行で、mRS 4 以上をリハ病院強化リハコース(3~5 ヶ月入院コース)、遷延性意識障害や重度認知機能障害のある寝たきり状態で、mRS 5 を医療型療養病棟での重症ケアコース(3~5 ヶ月入院コース)と暫定的に判断し、転院予定患者に説明し、連携病院へ転院する。

**回復期リハ病院:** 回復期リハ病棟入棟時に、FIM を調べ、FIM 110 点を軽症リハコース(1~2 ヶ月入院コース)、FIM 80~109 点を標準コース(2~5 ヶ月入院コース)、FIM 79 点未満を重症ケアコース(3~5 ヶ月入院コース)と正式に決定する。

**生活期リハ病院・施設:** 回復期リハを行い BI 85 点以上で自宅退院できる、生活期リハ病院・施設で、BI 80 点以下は標準ケア、BI 20 点以下は重症ケアコースを選択する。

※mRS: modified Rankin Scale

※FIM: Functional Independence Measure

※BI: Barthel Index

# 福岡市医師会方式脳血管障害地域連携パス

## 3. 脳血管障害連携パス オーバービューの根拠（福岡方式）

急性期病院から転院する患者の回復期リハビリテーション病院の在院期間を検討し、急性期病院退院時のmRSをもとに軽症リハコース、標準リハコース、重症リハコースの暫定的な日数を設定した。急性期病院から回復期リハビリテーション病院へ転院した急性期脳梗塞患者 354 名について、急性期病院退院時mRS と回復期リハビリテーション病院在院期間の関係について分析を行った(図)。

脳梗塞患者が自宅へ復帰するまでに、急性期病院退院時のmRS 1~2では約9割の患者が1~3ヵ月間、mRS 3では約7割の患者が2~4ヵ月間、mRS 4~5では約7割の患者が3ヵ月間以上の入院リハビリテーションを継続していた。以上の結果を参考に、脳血管障害連携パスのオーバービューを作成した。

### 急性期病院退院時 mRS と回復期在院期間 急性期病院退院時の mRS

回復期病院 在院期間	mRS1	mRS2	mRS3	mRS4	mRS5	
1ヶ月	10	17	11	18	13	69
2ヶ月	5	19	11	29	12	76
3ヶ月	0	7	14	35	9	65
4ヶ月	0	3	6	59	19	87
5ヶ月以上	1	3	5	25	23	57

各 mRS に占める割合 15/16 (93.8%) 43/49 (88.8%) 31/47 (66.0%) 119/166 (71.7%) 51/76 (67.1%) 354(人)

福岡市医師会地域連携ワークショップ資料をもとに  
急性期病院から回復期病院を経た 354 例の分析。  
2022 年 1 月から 2023 年 5 月。



# 福岡市医師会方式脳血管障害地域連携パス

## 4. 脳卒中入院時 FIM、BI、自立度、移動能力と mRS との関係

FIM、BI、自立度	移動能力	mRS	FIM 運動項目(13~91点)からみたADLの目安
FIM : 110~ BI : 85~ 日常生活自立度: J2、A	・独歩(杖なし) ・独歩(杖あり)	( I ) II III	85~91 屋外歩行自立
FIM : 80~109 BI : 55~80 日常生活自立度: A2、B1	・介助歩行 ・立位保持	IV	80~84 屋内歩行自立
FIM : ~80 BI : ~50 日常生活自立度: B2~C2	・独歩座位 ・もたれ座位 (寝たきり)	V	70~79 セルフケア自立
			50~69 半介助
			50未満 全介助

熊本機能病院のデータより

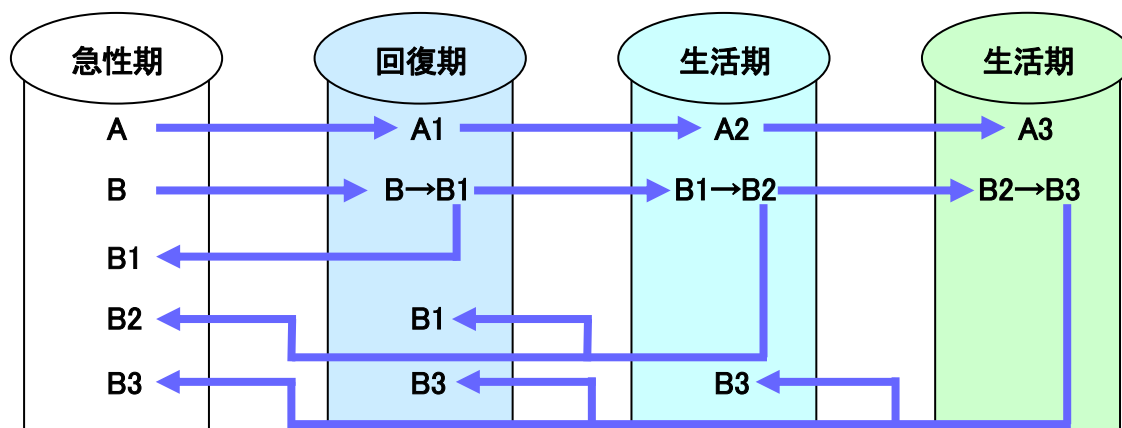
J Clin Rehab 2005

### アウトカム

- ・急性期: 急性期治療が終了していること。  
合併症評価・再発予防対策が終了していること。  
全身状態が安定していること。
- ・回復期: 回復期リハのゴール(リハ効果がプラトーに達し、十分とみなされる)。  
自宅での生活あるいは生活期施設への入院・入所の準備ができていること。

### 脳卒中地域連携パスと地域連携シートの流れ

連携シートで以前の施設にフィードバックを行う。



### 地域連携パスのエンドポイント

- ・回復期や維持期からの自宅退院
- ・特別養護老人ホームの入所の方針が決定した日
- ・急性期病院へ転院(リハコースを外れたら終了)
- ・死亡

FIM : Functional Independence Measure BI : Barthel Index

# 福岡市医師会方式脳血管障害地域連携パス

## 同意書

脳卒中でご入院された患者の皆さまへ

福岡市では、脳卒中患者の皆さまに地域のかかりつけの医師、急性期病院とリハビリ専門病院、療養型病院の間で緊密に連携をとりながら医療を提供しております。病院の機能に合わせての脳卒中連携医療は全国的にも整備され、福岡市医師会では予防も含めた脳血管障害医療のさらなる向上を目指して「脳血管障害地域連携パス」及び、「治療上必要な医療情報の登録」を以下の事を目指して実施しています。

1)「高度先進医療」とともに「再発予防の総合的医療」と「積極的リハビリ」を提供し、家庭復帰、さらには社会復帰を達成していただく助けとします。

2)アンケート調査等による皆さまのご意見をもとに、地域全体の医療環境を改善し、整備します。

3)急性期治療からリハビリ効果、再発予防効果まで、総合的な脳血管障害治療の成果を検討し、今後の治療法や地域医療体制の改善に役立ててまいります。

なお治療成果等を検討し分析する際には、個人名義はすべて匿名化して行います。またこれらの結果は学会発表・学術誌などに公表することもあります。すべて匿名化など万全の対策を講じて個人情報漏洩する事がないように致します。

つきましては、脳卒中でご入院された患者の皆さまには、必要な治療や介護、在宅準備が遅滞なく行えるように、当院を含む急性期病院から回復期のリハビリ病院、さらには療養型病院、かかりつけの診療所までに対し、共通の診療計画書(脳血管障害地域連携パス)に基づいた情報提供を行い、必要な医学情報を匿名化して登録し、更に一定の時期にお手紙にて日常生活の状況をお尋ねする簡単な内容のアンケート調査を行うことにご理解とご協力をいただければ幸いです。地域全体での取り組みですので、どうかよろしくお願い申し上げます。

もし、ご協力いただけない場合であっても、これからの治療に何ら不利益を生じることはございません。ご不明の点、ご質問などございましたら遠慮なく主治医にお尋ねください。どうぞよろしくお願い申し上げます。

なお、今回の「脳血管障害地域連携パス」医療機関は以下の施設です。

	責任者	診療科
急性期病院	( )	
回復期病院	( )	
診療所	( )	

## 脳血管障害地域連携パス／匿名化医療情報登録 への同意書

私は上記の内容につき説明を受け納得しましたので同意します。

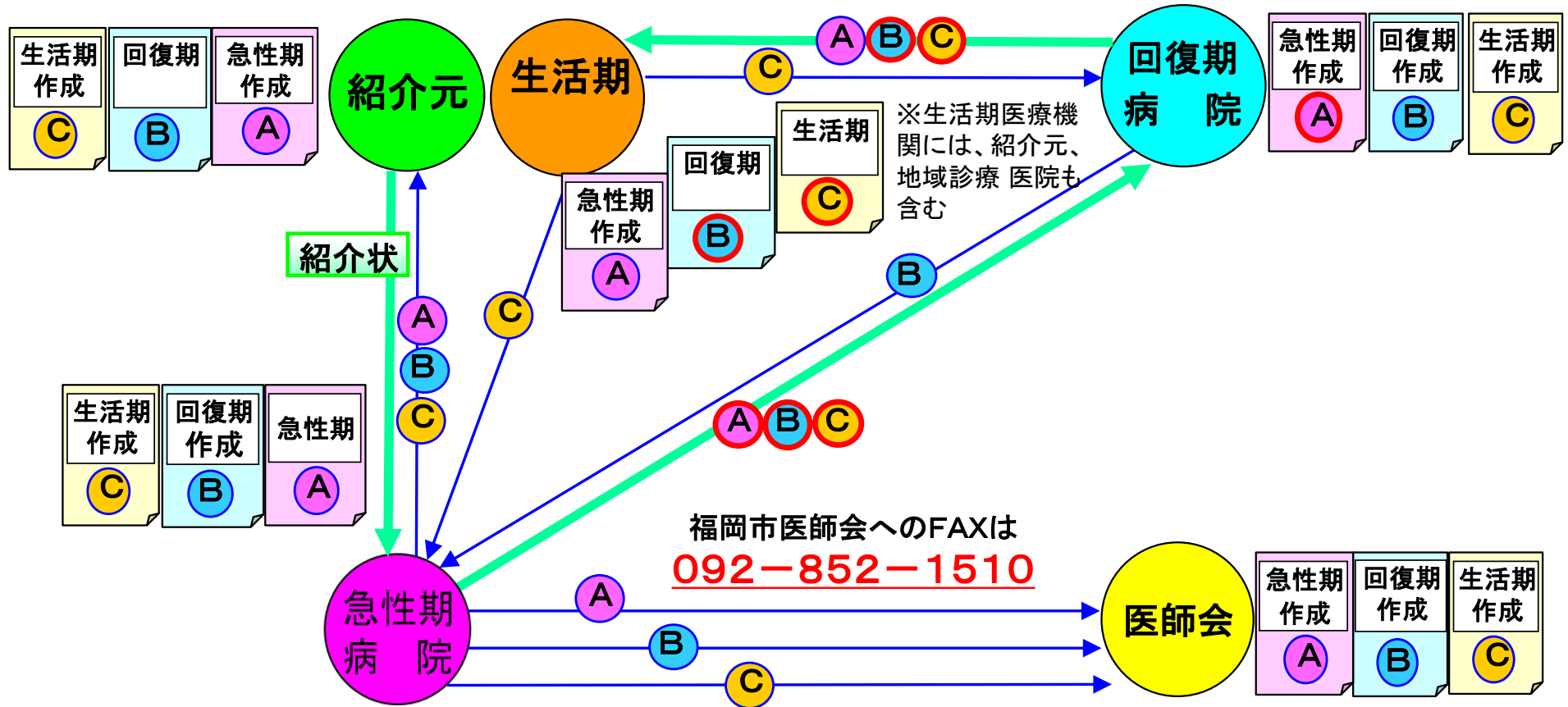
令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \*代諾者氏名(続柄) \_\_\_\_\_ 印  
患者住所 \_\_\_\_\_ \*住所 \_\_\_\_\_

説明を行った医師 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

# 脳血管障害連携パス(医療従事者用)の運用フロー図

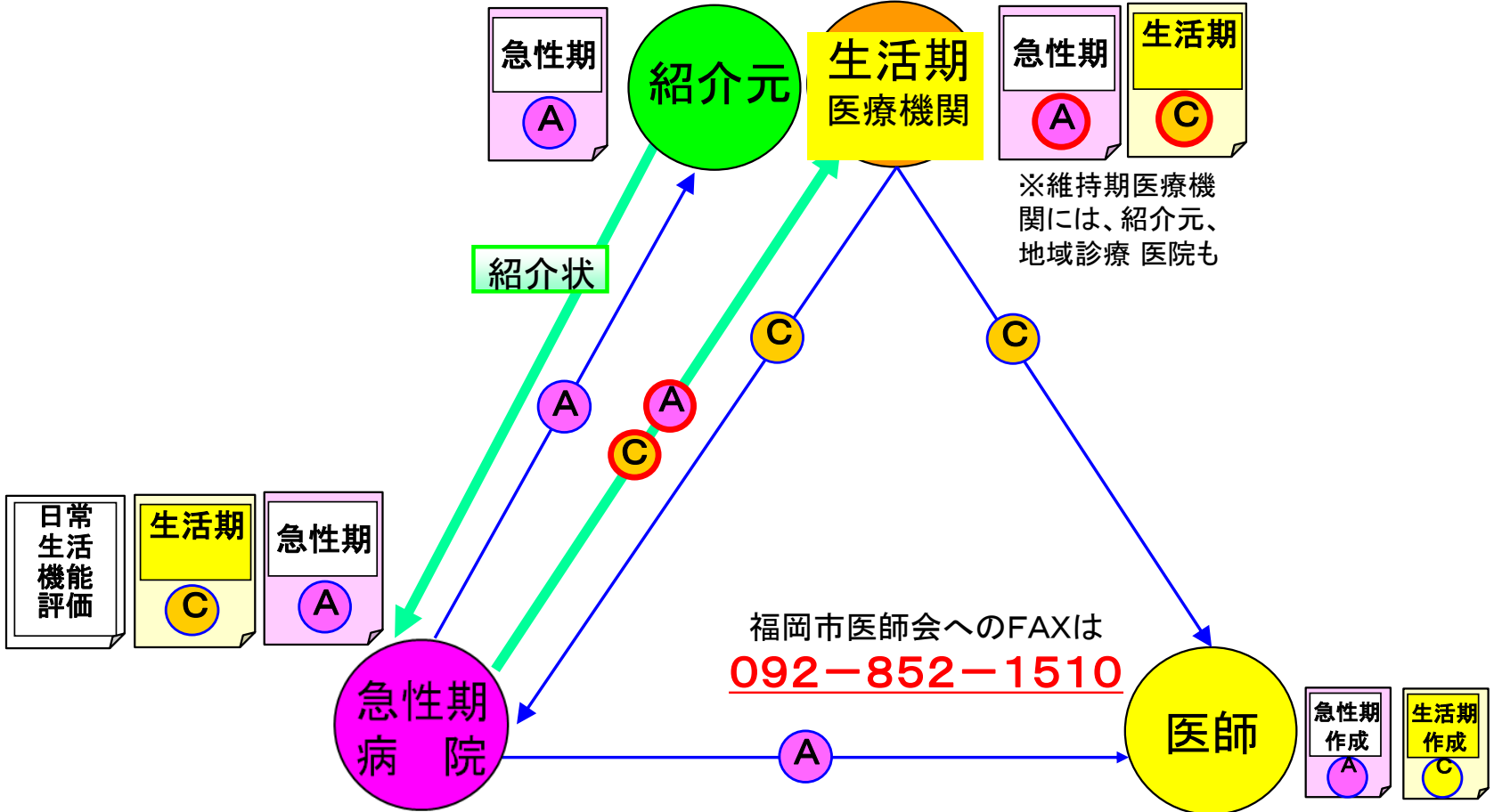
患者の流れ: 急性期病院→回復期病院→生活期医療機関(≠紹介元の場合)



A	脳血管障害連携パス(医療従事者用)1枚目	△△△	最終的にカルテに保管される脳血管障害連携パス
B	脳血管障害連携パス(医療従事者用)2枚目	→	患者及び書類の流れ
C	脳血管障害連携パス(医療従事者用)3枚目	→	コピー書類の流れ
○ (red)	原本		
○ (blue)	コピー		

# 脳血管障害連携パス(医療従事者用)の運用フロー図

患者の流れ: 急性期病院→生活期医療機関(回復期病院を bypass しない場合)



<b>A</b> 脳血管障害連携パス(医療従事者用)1枚目 <b>B</b> 脳血管障害連携パス(医療従事者用)2枚目 <b>C</b> 脳血管障害連携パス(医療従事者用)3枚目	△△△作成 最終的にカルテに保管される脳血管障害連携パス
(Red Circle) 原本    (Blue Circle) コピー	(Green Arrow) 患者及び書類の流れ (Blue Arrow) コピー書類の流れ

医師会報告No \_\_\_\_\_ 生年月日(大・昭・平 年 月 日 歳) 男・女  
 診断名  脳梗塞( ラクナ アテローム血栓性 心原性 分類不明) 脳出血 くも膜下出血  
 発症日: 年 月 日 リハコース 軽症 標準 強化

患者情報 (必須)	併存病名: <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高脂血症) <input type="checkbox"/> 心房細動(発作性・持続性) <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患( ) <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患( ) <input type="checkbox"/> 大動脈瘤( ) <input type="checkbox"/> その他( )		認知症: 無・有( ) アレルギー: 無・有( ) 感染症: 無・有( ) 脳動脈閉塞/狭窄: 無・有( )	
	発症前の modified Rankin Scale (mRS)	退院時の NIHSS	日常生活機能評価 mRS 合計	
	点	点	点	点

<入院時>

急性期病院入院日 ( 年 月 日 )

発症前の基本動作能力(わかる範囲で記載)

歩行: 独歩・杖・車椅子・( )  
 → 自立・見守り・一部介助・全介助  
 栄養: 自立・要介助・( )  
 排泄: トイレ・要介助・常時おむつ  
 清潔: 自立・一部介助・全介助

<退院時>

急性期病院退院日 ( 年 月 日 )

急性期病院退院時の基本能力および神経所見

<input type="checkbox"/> Barthel Index ____点	意識: 清明・JCS I・II・III-( )
<input type="checkbox"/> HDS-R ____/30点	高次機能: 無・有(失語・ )
<input type="checkbox"/> MMSE ____/30点 (検査した範囲内で記載)	構音障害: 無・有
	運動麻痺: 上肢( ) 下肢( )
	身長: cm 体重: kg BMI:
	その他:

<入院中>

入院7日目( 年 月 日頃 )

移動動作能力

起き上がり/座位: 自立・見守り・一部介助・全介助  
 起立/立位: 自立・見守り・一部介助・全介助  
 移乗: 自立・見守り・一部介助・全介助  
 歩行: 独歩・杖歩行・車椅子・( )  
 自立・見守り・一部介助・全介助  
 栄養: 自立・要介助・経管栄養・点滴  
 排泄: トイレ・ポータブル・おむつ・カテ留置  
 清潔: 自立・一部介助・全介助

日常生活自立度  
 障害高齢者: 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2  
 認知症高齢者: 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

転院時の看護上の問題点

訓練意欲: 有・不十分・無 もしくは 評価不能  
 服薬管理: 自立・1日配薬・開封介助・全介助  
 装具: 無・有( )  
 合併症: 無・発熱・褥瘡・呼吸器感染・尿路感染・( )  
 行動・心理症状: 徘徊・昼夜逆転・転倒転落・せん妄・幻覚・( )  
 監視: 不要・監視が必要・抑制が必要

神経症候

意識レベル: 清明・JCS I・II・III-( )  
 失語: 無・有( )  
 失行: 無・有( )  
 失認: 無・有( )  
 構音障害: 無・有  
 嚥下障害: 無・有(食事可能・食事不可能 )  
 運動麻痺: 無・右麻痺・左麻痺・四肢麻痺・その他( )  
 上肢( /5 ) 下肢( /5 )  
 感覚障害: 無・有( )  
 失調: 無・有( )  
 その他:

再発予防治療  薬剤指導: 未・済

<input type="checkbox"/> 抗血小板薬(アスピリン・クロピドグレル・シロスタゾール・エフィエント・他 )
<input type="checkbox"/> 新規抗凝固薬(プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナ・他 )
<input type="checkbox"/> ワルファリン(目標PT-INR )
<input type="checkbox"/> 降圧薬 (目標 mmHg )
<input type="checkbox"/> 高脂血症薬(目標 )
<input type="checkbox"/> 糖尿病薬 (目標 )

処置および特殊治療

血栓溶解療法  血管内治療  手術( )  
 酸素 カニューラ・マスク /分 ( 月 日 ~ 月 日 )  
 尿カテーテル留置 ( 月 日 ~ 月 日 )  
 その他( )

栄養内容  栄養指導: 未・済

<input type="checkbox"/> カロリー kcal	<input type="checkbox"/> 塩分制限 g/日	<input type="checkbox"/> ワルファリン食
<input type="checkbox"/> 蛋白制限 g/日	<input type="checkbox"/> カリウム制限	<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 軟食	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( )	

急性期退院・転院基準

急性期治療が終了している。  
 全身状態が安定している。

患者情報

職業: 無・有( )  
 家族背景: 独居・夫婦・二世帯・( )  
 介護者: 無・有( )  
 キーパーソン: ① (連絡先: )  
 ② (連絡先: )  
 本人の希望:  
 家族の希望:  
 <保険種別> 政・組・共・自賠・労・生保・家族・本人・老  
 継続・任継 減免: I・II 身障: 無・有( 級 )  
 <介護保険> 介護申請: 無(自立・未申請 )  
 有(  要介護 1・2・3・4・5  要支援 1・2 )

<内服薬> 薬剤情報用紙参照

連携先 回復期リハビリテーション病院

病院名:

担当スタッフ署名

急性期病院:

主治医: MSW  
 担当医: リハ:PT OT  
 看護師: ST

記入後は本情報交換用紙(原本)を紹介先の医療機関へお渡し下さい。  
 コピーを自院にて保管するとともに、紹介元の医療機関へもお渡し下さい。

B

地域連携パス 情報提供用紙 (医療従事者用) □連携パス同意書の取得済み

医師会報告No \_\_\_\_\_ 生年月日(大・昭・平 年 月 日 歳) 男・女
診断名 □脳梗塞(□ラクナ□アテローム血栓性□心原性□分類不明) □脳出血 □くも膜下出血
発症日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 リハコース □軽症 □標準 □強化

Table with columns for assessment periods (1 month to 5 months) and rows for ADL evaluation (mRS, FIM, Barthel Index) and discharge goals.

<入院時>

<退院時>

Form for admission assessment including: 回復期病院入院日, 回復期病院入院時の神経所見 (NIHSS, HDS-R, MMSE), 回復期病院入院時の身体機能およびADL, 日常生活自立度, 回復期病院入院時の看護上の問題点.

Form for discharge assessment including: 回復期病院退院日, 退院時の神経所見 (NIHSS, HDS-R, MMSE), 回復期病院退院時の身体機能およびADL, 日常生活自立度, 退院時の看護上の問題点.

<入院時>

<内服薬>

Form for admission nutrition and medical conditions including: 栄養内容, 入院中の重症合併症, 回復期病院退院時基準.

Form for medication and discharge support including: 薬剤情報用紙参照, 退院 および 在宅支援内容.

記入後は本情報交換用紙(原本)を紹介先の医療機関へお渡し下さい。
コピーを自院にて保管するとともに、紹介元の医療機関へもお渡し下さい。

Form for staff signatures including: 担当スタッフ署名, 回復期病院, 主治医, 担当医, 看護師.





地域連携パス 情報提供用紙（医療従事者用）  連携パス同意書の取得済み

医師会報告No \_\_\_\_\_ 生年月日（大・昭・平 年 月 日 歳） 男・女

診断名  脳梗塞（ラクナ アテローム血栓性 心原性 分類不明） 脳出血 くも膜下出血

発症日： 年 月 日 リハコース 軽症 標準 強化

ADL 評価	日常生活機能評価(必須)	mRS(必須)	FIM	Barthel Index	※日常生活機能評価 地域連携パスによるリハビリテーションの効果を測る際に必須とされる患者の機能評価(13項目19点) ※modified Rankin scale(mRs) 脳卒中の慢性期の転帰を評価する移動能力の簡易スケール
	点	点	運動 認知 合計 点	点	

退院後の生活  
初診日もしくは外来受診日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

自宅環境	
家族背景： 独居 ・ 夫婦 ・ 二世帯 ・ ( )	
日中独居： 無 ・ 有	
介護者： 無 ・ 有 ( )	
キーパーソン： ① (連絡先： )	
② (連絡先： )	
ケアマネージャー： (連絡先： )	
介護申請： 無 (自立 ・ 未申請) ・ 有 ( <input type="checkbox"/> 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 <input type="checkbox"/> 要支援 1 ・ 2 )	
社会資源： 訪問介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問リハ	
通所看護 ・ 通所リハ ・ その他 ( )	
装具： 無 ・ 有 ( )	

治療内容

<input type="checkbox"/> リスク管理目標の確認	
<input type="checkbox"/> 降圧薬 (目標 )	
<input type="checkbox"/> 高脂血症薬 (目標 )	
<input type="checkbox"/> 糖尿病薬 (目標 )	
<input type="checkbox"/> 抗血小板薬 (アスピリン・クロピドグレル・シロスタゾール・エフィエント・他 )	
<input type="checkbox"/> 新規抗凝固薬 (プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナ・他 )	
<input type="checkbox"/> ワルファリン (目標PT-INR )	
<input type="checkbox"/> 服薬管理： 自立 ・ 1日配薬 ・ 開封介助 ・ 全介助	
<input type="checkbox"/> 服薬状況： 良好 ・ 不十分 ・ 不明	

<input type="checkbox"/> 栄養管理目標の確認	
<input type="checkbox"/> カロリー kcal	
<input type="checkbox"/> 塩分制限 g/日	
<input type="checkbox"/> ワルファリン食 (ビタミンK制限：※禁 納豆・クロレラ・青汁)	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/> 軟食 ( )	
<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( )	
<input type="checkbox"/> 栄養管理状況： 良好 ・ 不十分 ・ 不明	

急性期および回復期への情報	内服薬
---------------	-----

急性期病院：( )	
回復期病院：( )	
	<b>担当スタッフ名</b>
	生活期病院もしくは地域診療医院：( )
	主治医：
	看護師：

※記入後は本情報交換用紙(コピー)を紹介元医療機関(急性期・回復期)にお渡し下さい。  
原本は自院にて保管して下さい。

※ADL評価(各種スケール)は冊子「脳血管障害の医療連携」、または福岡市医師会会員専用ホームページ内「脳血管障害地域連携パス」をご参照下さい。詳細な資料がご入用の医療機関は福岡市医師会地域医療課宛電話(852-1501)にてお申し込み下さい。

脳血管障害連携パス 軽症コース（医療者用指示）

患者氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 男・女

診断名 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 発症日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

急性期病院 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_ 看護師 \_\_\_\_\_ 回復期病院 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_ 看護師 \_\_\_\_\_ 生活期病院・施設 \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_

急性期病院ID: \_\_\_\_\_

回復期病院ID: \_\_\_\_\_

生活期病院・施設ID: \_\_\_\_\_

	急性期病院	回復期リハビリテーション病院				生活期施設・リハ
経過	7日目で降	転院時	1ヶ月目	<input type="checkbox"/> 2ヶ月目・ <input type="checkbox"/> （ ）ヵ月	退院時	退院以降
目標	患者の状態にあったリハビリを行い、廃用を予防する。活動度の拡大に伴う危険の防止。	ADL評価し、初期目標をたてる。再発、病状の悪化の防止。	リハ目標の確認と再設定。再発、病状の悪化の防止。	リハ目標の確認と再設定。再発、病状の悪化の防止。	リハ目標の達成。再発、病状の悪化の防止。	再発予防管理と継続。日常生活動作の維持。
活動度	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子（自力・介助） <input type="checkbox"/> 歩行（歩行器・杖・自力）	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子（自力・介助） <input type="checkbox"/> 歩行（歩行器・杖・自力）	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子（自力・介助） <input type="checkbox"/> 歩行（歩行器・杖・自力）	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子（自力・介助） <input type="checkbox"/> 歩行（歩行器・杖・自力）	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子（自力・介助） <input type="checkbox"/> 歩行（歩行器・杖・自力）	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子（ ） <input type="checkbox"/> 歩行（ ）
リハビリおよび機能評価	<input type="checkbox"/> ROM訓練 <input type="checkbox"/> 起立訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> リハビリ評価 <input type="checkbox"/> NIHSS <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> リハビリコース設定 <input type="checkbox"/> 装具申請	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> 起立歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 装具申請	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> 起立歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 装具申請	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI
高次機能	高次機能障害: 無・有 （失語・他 _____） <input type="checkbox"/> 高次機能評価および訓練	<input type="checkbox"/> 高次機能評価 <input type="checkbox"/> リハビリコース設定	<input type="checkbox"/> 高次機能訓練 <input type="checkbox"/> 高次機能評価	<input type="checkbox"/> 高次機能訓練 <input type="checkbox"/> 高次機能評価	<input type="checkbox"/> 高次機能評価	<input type="checkbox"/> 在宅介護サービス <input type="checkbox"/> 通院リハビリ
総合評価	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	
食事・栄養	<input type="checkbox"/> 嚥下評価 <input type="checkbox"/> 嚥下造影 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経口栄養（自力・介助） <input type="checkbox"/> 栄養内容（ _____） <input type="checkbox"/> 制限（ _____） <input type="checkbox"/> 栄養指導	<input type="checkbox"/> 嚥下評価 <input type="checkbox"/> 嚥下造影 <input type="checkbox"/> 経口栄養（自力・介助） <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 栄養内容（ _____） <input type="checkbox"/> 制限（ _____）	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経口栄養（自力・介助） <input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経口栄養（自力・介助） <input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経口栄養（自力・介助） <input type="checkbox"/> 経管栄養	
排泄	<input type="checkbox"/> 排泄障害評価 <input type="checkbox"/> 排尿訓練	<input type="checkbox"/> 排泄障害評価	<input type="checkbox"/> 排泄訓練	<input type="checkbox"/> 排泄訓練		
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 （全介助・部分介助・自力）	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 （全介助・部分介助・自力）	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 （全介助・部分介助・自力）	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 （全介助・部分介助・自力）		
治療	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬（ワルファリン・DOAC） <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 高脂血症薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 薬剤指導	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬（ワルファリン・DOAC） <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 高脂血症薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> PT-INR確認（ _____） （※ワルファリン服用者のみ） <input type="checkbox"/> 血圧・脂質・血糖目標確認 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射訓練	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> PT-INR確認（ _____） （※ワルファリン服用者のみ） <input type="checkbox"/> 血圧・脂質・血糖目標確認 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射訓練	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> PT-INR確認（ _____） （※ワルファリン服用者のみ） <input type="checkbox"/> 血圧・脂質・血糖目標確認 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射訓練	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> PT-INR確認（ _____） （ _____） <input type="checkbox"/> 各目標確認
説明	<input type="checkbox"/> 連携パス選択 <input type="checkbox"/> 主治医説明（病状・予防など） <input type="checkbox"/> 介護保険の確認・説明 <input type="checkbox"/> 転院連絡	<input type="checkbox"/> 症状説明 <input type="checkbox"/> 介護保険の確認・説明	<input type="checkbox"/> 在宅意思確認	<input type="checkbox"/> 在宅意思確認 <input type="checkbox"/> 家屋調査・家屋改修 <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> ケアマネ決定・プラン作成	<input type="checkbox"/> 退院時説明 <input type="checkbox"/> ケアマネ・プラン作成 <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> かかりつけ医への連絡	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 介護指導
バリエーション	<input type="checkbox"/> バリエーション	<input type="checkbox"/> バリエーション	<input type="checkbox"/> バリエーション	<input type="checkbox"/> バリエーション	<input type="checkbox"/> バリエーション	<input type="checkbox"/> バリエーション
主治・担当医サイン						
看護師サイン						

脳血管障害連携パス 標準コース (医療者用指示)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 男・女 \_\_\_\_\_ 診断名 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 発症日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

急性期病院 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_ 看護師 \_\_\_\_\_ 回復期病院 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_ 看護師 \_\_\_\_\_ 生活期病院・施設 \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_

急性期病院ID: \_\_\_\_\_ 回復期病院ID: \_\_\_\_\_ 生活期病院・施設ID: \_\_\_\_\_

経過	急性期病院	回復期リハビリテーション病院					生活期施設・リハ
	7日目以降	転院時	1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目・( )ヵ月	退院時	回復期退院以降
目標	患者の状態にあったリハビリを行い、廃用を予防する。 活動度の拡大に伴う危険の防止。	ADL評価し、初期目標をたてる。 再発、病状の悪化の防止。	リハ目標の確認と再設定。 再発、病状の悪化の防止。	リハ目標の確認と再設定。 再発、病状の悪化の防止。	リハ目標の確認と再設定。 再発、病状の悪化の防止。	リハ目標の達成。 再発、病状の悪化の防止。	再発予防管理と継続。 日常生活動作の維持。
活動度	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 歩行(歩行器・杖・自力)	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 歩行(歩行器・杖・自力)	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 歩行(歩行器・杖・自力)	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 歩行(歩行器・杖・自力)	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 歩行(歩行器・杖・自力)	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 歩行(歩行器・杖・自力)	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子( ) <input type="checkbox"/> 歩行( )
リハビリおよび機能評価	<input type="checkbox"/> ROM訓練 <input type="checkbox"/> 起立訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> リハビリ評価 <input type="checkbox"/> NIHSS <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> リハビリコース設定 <input type="checkbox"/> 装具申請	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> 起立歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 装具申請	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> 起立歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 装具申請	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> 起立歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 装具申請	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI
高次機能	高次機能障害: 無・有 (失語・他 ) <input type="checkbox"/> 高次機能評価および訓練	<input type="checkbox"/> 高次機能評価 <input type="checkbox"/> リハビリコース設定	<input type="checkbox"/> 高次機能訓練 <input type="checkbox"/> 高次機能評価	<input type="checkbox"/> 高次機能訓練 <input type="checkbox"/> 高次機能評価	<input type="checkbox"/> 高次機能訓練 <input type="checkbox"/> 高次機能評価	<input type="checkbox"/> 高次機能評価	<input type="checkbox"/> 在宅介護サービス <input type="checkbox"/> 通院リハビリ <input type="checkbox"/> 医療区分( )
総合評価	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	
食事・栄養	<input type="checkbox"/> 嚥下評価 <input type="checkbox"/> 嚥下造影 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経口栄養(自力・介助) <input type="checkbox"/> 栄養内容( ) <input type="checkbox"/> 制限( ) <input type="checkbox"/> 栄養指導	<input type="checkbox"/> 嚥下評価 <input type="checkbox"/> 経口栄養 (自力・介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 栄養内容( ) <input type="checkbox"/> 制限( )	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経口栄養 (自力・介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経口栄養 (自力・介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経口栄養 (自力・介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経口栄養 (自力・介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻	
排泄	<input type="checkbox"/> 排泄障害評価 <input type="checkbox"/> 排尿訓練	<input type="checkbox"/> 排泄障害評価	<input type="checkbox"/> 排泄訓練	<input type="checkbox"/> 排泄訓練	<input type="checkbox"/> 排泄訓練		
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 (全介助・部分介助・自力)	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 (全介助・部分介助・自力)	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 (全介助・部分介助・自力)	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 (全介助・部分介助・自力)	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 (全介助・部分介助・自力)		
治療	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬(ワルファリン・DOAC) <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 高脂血症薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 薬剤指導	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬(ワルファリン・DOAC) <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 高脂血症薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> PT-INR確認( ) (※ワルファリン服用者のみ) <input type="checkbox"/> 血圧・脂質・血糖目標確認 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射訓練	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> PT-INR確認( ) (※ワルファリン服用者のみ) <input type="checkbox"/> 血圧・脂質・血糖目標確認 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射訓練	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> PT-INR確認( ) (※ワルファリン服用者のみ) <input type="checkbox"/> 血圧・脂質・血糖目標確認 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射訓練	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> PT-INR確認( ) (※ワルファリン服用者のみ) <input type="checkbox"/> 血圧・脂質・血糖目標確認 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射訓練	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> PT-INR確認 ( ) <input type="checkbox"/> PT-INR確認 ( ) <input type="checkbox"/> 各目標確認
説明	<input type="checkbox"/> 連携パス選択 <input type="checkbox"/> 転院先・方針決定 <input type="checkbox"/> 主治医説明(病状・予防など) <input type="checkbox"/> 介護保険の確認・説明 <input type="checkbox"/> 転院連絡	<input type="checkbox"/> 症状説明 <input type="checkbox"/> リハビリコース説明 <input type="checkbox"/> 介護保険の確認・説明	<input type="checkbox"/> 在宅意思確認 <input type="checkbox"/> 介護保険の申請	<input type="checkbox"/> 在宅意思確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請・認定調査 <input type="checkbox"/> 家屋調査・家屋改修 <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> ケアマネ決定・プラン作成	<input type="checkbox"/> 在宅意思確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請・認定調査 <input type="checkbox"/> 家屋調査・家屋改修 <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> ケアマネ決定・プラン作成	<input type="checkbox"/> 退院時説明 <input type="checkbox"/> 介護保険認定調査 <input type="checkbox"/> ケアマネ・プラン作成 <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> かかりつけ医へ連絡	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 介護保険認定調査 <input type="checkbox"/> 介護指導
バリエーション	<input type="checkbox"/> バリエーション	<input type="checkbox"/> バリエーション	<input type="checkbox"/> バリエーション	<input type="checkbox"/> バリエーション	<input type="checkbox"/> バリエーション	<input type="checkbox"/> バリエーション	<input type="checkbox"/> バリエーション
主治・担当医サイン							
看護師サイン							

脳血管障害連携パス 強化コース (医療者用指示)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 男・女 \_\_\_\_\_ 診断名 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 \_\_\_\_\_ 発症日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

急性期病院 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_ 看護師 \_\_\_\_\_ 回復期病院 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_ 看護師 \_\_\_\_\_ 生活期病院・施設 \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_

急性期病院ID: \_\_\_\_\_ 回復期病院ID: \_\_\_\_\_ 生活期病院・施設ID: \_\_\_\_\_

経過	急性期病院	回復期リハビリテーション病院					生活期施設・リハ
	7日目以降	転院時	1ヶ月目	<input type="checkbox"/> 2ヶ月目・ <input type="checkbox"/> ( ) 月	<input type="checkbox"/> 3ヶ月目・ <input type="checkbox"/> ( ) 月	退院時	回復期退院以降
目標	患者の状態にあったリハビリを行い、廃用を予防する。活動度の拡大に伴う危険の防止。	ADL評価し、初期目標をたてる。再発、病状の悪化の防止。	リハ目標の確認と再設定。再発、病状の悪化の防止。	リハ目標の確認と再設定。再発、病状の悪化の防止。	リハ目標の確認と再設定。再発、病状の悪化の防止。	リハ目標の達成。再発、病状の悪化の防止。	再発予防管理と継続。日常生活動作の維持。
活動度	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 歩行(歩行器・杖・自力)	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 歩行(歩行器・杖・自力)	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 歩行(歩行器・杖・自力)	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 歩行(歩行器・杖・自力)	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 歩行(歩行器・杖・自力)	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 歩行(歩行器・杖・自力)	制限: 無・有 <input type="checkbox"/> 車椅子( ) <input type="checkbox"/> 歩行( )
リハビリおよび機能評価	<input type="checkbox"/> ROM訓練 <input type="checkbox"/> 起立訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> リハビリ評価 <input type="checkbox"/> NIHSS <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> リハビリコース設定 <input type="checkbox"/> 装具申請	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> 起立歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 装具申請	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> 起立歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 装具申請	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> 起立歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 装具申請	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> 機能評価 <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> mRS <input type="checkbox"/> BI
高次機能	高次機能障害: 無・有 (失語・他) <input type="checkbox"/> 高次機能評価および訓練	<input type="checkbox"/> 高次機能評価 <input type="checkbox"/> リハビリコース設定	<input type="checkbox"/> 高次機能訓練 <input type="checkbox"/> 高次機能評価	<input type="checkbox"/> 高次機能訓練 <input type="checkbox"/> 高次機能評価	<input type="checkbox"/> 高次機能訓練 <input type="checkbox"/> 高次機能評価	<input type="checkbox"/> 高次機能評価	<input type="checkbox"/> 在宅介護サービス <input type="checkbox"/> 通院リハビリ <input type="checkbox"/> 医療区分( )
総合評価	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	<input type="checkbox"/> リハカンファレンス	
食事・栄養	<input type="checkbox"/> 嚥下評価 <input type="checkbox"/> 嚥下造影 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経口栄養(自力・介助) <input type="checkbox"/> 栄養内容( ) <input type="checkbox"/> 制限( ) <input type="checkbox"/> 栄養指導	<input type="checkbox"/> 嚥下評価 <input type="checkbox"/> 経口栄養 (自力・介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 栄養内容( ) <input type="checkbox"/> 制限( )	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経口栄養 (自力・介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経口栄養 (自力・介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経口栄養 (自力・介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経口栄養 (自力・介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻	
排泄	<input type="checkbox"/> 排泄障害評価 <input type="checkbox"/> 排尿訓練	<input type="checkbox"/> 排泄障害評価	<input type="checkbox"/> 排泄訓練	<input type="checkbox"/> 排泄訓練	<input type="checkbox"/> 排泄訓練		
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 (全介助・部分介助・自力)	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 (全介助・部分介助・自力)	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 (全介助・部分介助・自力)	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 (全介助・部分介助・自力)	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 (全介助・部分介助・自力)		
治療	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬(ワルファリン・DOAC) <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 高脂血症薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 薬剤指導	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬(ワルファリン・DOAC) <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 高脂血症薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> PT-INR確認( ) (※ワルファリン服用者のみ) <input type="checkbox"/> 血圧・脂質・血糖目標確認 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射訓練	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> PT-INR確認( ) (※ワルファリン服用者のみ) <input type="checkbox"/> 血圧・脂質・血糖目標確認 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射訓練	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> PT-INR確認( ) (※ワルファリン服用者のみ) <input type="checkbox"/> 血圧・脂質・血糖目標確認 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射訓練	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> PT-INR確認( ) (※ワルファリン服用者のみ) <input type="checkbox"/> 血圧・脂質・血糖目標確認 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射訓練	<input type="checkbox"/> 内服薬確認 <input type="checkbox"/> PT-INR確認 ( ) <input type="checkbox"/> 各目標確認
説明	<input type="checkbox"/> 連携パス選択 <input type="checkbox"/> 転院先・方針決定 <input type="checkbox"/> 主治医説明(病状・予防など) <input type="checkbox"/> 介護保険の確認・説明 <input type="checkbox"/> 転院連絡	<input type="checkbox"/> 症状説明 <input type="checkbox"/> リハビリコース説明 <input type="checkbox"/> 介護保険の確認・説明	<input type="checkbox"/> 在宅意思確認 <input type="checkbox"/> 介護保険の申請	<input type="checkbox"/> 在宅意思確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請・認定調査 <input type="checkbox"/> 家屋調査・家屋改修 <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> ケアマネ決定・プラン作成	<input type="checkbox"/> 在宅意思確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請・認定調査 <input type="checkbox"/> 家屋調査・家屋改修 <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> ケアマネ決定・プラン作成	<input type="checkbox"/> 退院時説明 <input type="checkbox"/> 介護保険認定調査 <input type="checkbox"/> ケアマネ・プラン作成 <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> かかりつけ医へ連絡	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 介護保険認定調査 <input type="checkbox"/> 介護指導
パリアンス	<input type="checkbox"/> パリアンス	<input type="checkbox"/> パリアンス	<input type="checkbox"/> パリアンス	<input type="checkbox"/> パリアンス	<input type="checkbox"/> パリアンス	<input type="checkbox"/> パリアンス	<input type="checkbox"/> パリアンス
担当医サイン							
看護師サイン							

《脳血管障害連携パス》

軽症コース 診療計画書（患者\_\_\_\_\_様用）

急性期病院		回復期リハ病院		生活期リハビリおよび再発予防	
目標	☆病気を理解し、急性期病状が安定化	☆日常生活動作の向上とリハビリ目標を理解して実施		☆再発防止目標の理解と実施 ☆日常生活動作の維持	
現在の障害を説明します。	2週間		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
<input type="checkbox"/> 運動の障害 ( ) <input type="checkbox"/> 言葉の障害 <input type="checkbox"/> 食べることの障害 <input type="checkbox"/> 排尿の障害 <input type="checkbox"/> 認知の障害 <input type="checkbox"/> 意識の障害 <input type="checkbox"/> その他					
リハビリが必要であることを説明します。	日常生活の中で訓練が必要な項目について評価します。		今後の方針について相談します。		かかりつけ医の選択
以上の障害で、リハビリが必要です。	<input type="checkbox"/> 食事動作（摂食・嚥下訓練） <input type="checkbox"/> 排泄動作（ズボンの上げ下げ、後始末など） <input type="checkbox"/> 更衣動作（衣服の着脱など） <input type="checkbox"/> 整容動作（洗顔、整髪、歯磨き、ひげ剃りなど） <input type="checkbox"/> 入浴動作（洗体、浴槽の出入りなど） <input type="checkbox"/> コミュニケーション訓練		在宅 グループホーム ケアハウス 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 生活関連動作（買物、公共交通機関の利用など） <input type="checkbox"/> 家事動作（洗濯、掃除など） <input type="checkbox"/> 就労支援		
<転院時評価>	生活期リハ(在宅、入所、転院)のためにはいろいろな準備が必要です。主治医や医療相談員に相談しましょう。				
座位：自立・一部介助・全介助( ) 立位：自立・一部介助・全介助( ) 歩行：自立・一部介助・全介助( ) 食事：自立・一部介助・全介助( ) 排泄：自立・一部介助・全介助( ) 清潔：自立・一部介助・全介助( ) 更衣：自立・一部介助・全介助( ) 連絡：自立・一部介助・全介助( )	介護保険の説明 ↓ 要介護認定 要支援1、2 要介護1～5				
治療の継続・管理	<input type="checkbox"/> 血圧のコントロール <input type="checkbox"/> 血糖のコントロール <input type="checkbox"/> 抗血小板薬(アスピリン・クロピドクレル・シロスタゾール・エフィエント・他) <input type="checkbox"/> 新規抗凝固薬(プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナ・他) <input type="checkbox"/> ワルファリン(目標PT-INR )				
	<input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 普通食( <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> カロリー制限 <input type="checkbox"/> その他: ) <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 流動食/経管栄養				
	患者(代諾者・続柄) 署名				

急性期病院  
主治医

担当医

看護師

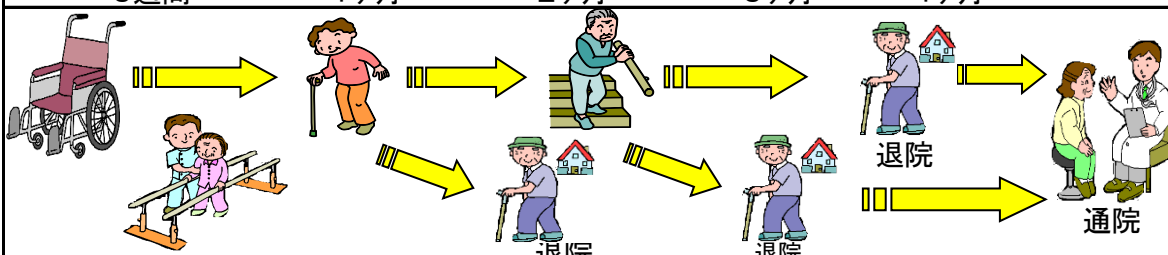
回復期リハ病院  
主治医

担当医

看護師

《脳血管障害連携パス》

標準コース 診療計画書 (患者 \_\_\_\_\_ 様用)

<p>急性期病院</p>	<p>回復期リハ病院</p>	<p>生活期リハビリおよび再発予防</p>
<p>目標</p> <p>☆病気を理解し、急性期病状が安定化</p>	<p>☆日常生活動作の向上とリハビリ目標を理解して実施</p>	
<p>現在の障害を説明します。</p> <p>□運動の障害 ( )</p> <p>□言葉の障害</p> <p>□食べることの障害</p> <p>□排尿の障害</p> <p>□認知の障害</p> <p>□意識の障害</p> <p>□その他</p>	<p>3週間      1ヶ月      2ヶ月      3ヶ月      4ヶ月</p> 	
<p>リハビリが必要であることを説明します。</p>	<p>日常生活の中で訓練が必要な項目について評価します。 今後の方針について相談します。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>□食事動作(摂食・嚥下訓練)</p> <p>□排泄動作(ズボンの上げ下げ、後始末など)</p> <p>□更衣動作(衣服の着脱など)</p> <p>□整容動作(洗顔、整髪、歯磨き、ひげ剃りなど)</p> <p>□入浴動作(洗体、浴槽の出入りなど)</p> <p>□コミュニケーション訓練</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>かかりつけ医の選択</p> <p>在宅グループホーム ケアハウス 介護老人福祉施設</p> <p>□生活関連動作(買物、公共交通機関の利用など)</p> <p>□家事動作(洗濯、掃除など)</p> <p>□就労支援</p> </div> </div>	
<p>以上の障害で、リハビリが必要です。</p>	<p>生活期リハ(在宅、入所、転院)のためにはいろいろな準備が必要です。主治医や医療相談員に相談しましょう。</p>	
<p>&lt;転院時評価&gt;</p> <p>座位: 自立・一部介助・全介助( )</p> <p>立位: 自立・一部介助・全介助( )</p> <p>歩行: 自立・一部介助・全介助( )</p> <p>食事: 自立・一部介助・全介助( )</p> <p>排泄: 自立・一部介助・全介助( )</p> <p>清潔: 自立・一部介助・全介助( )</p> <p>更衣: 自立・一部介助・全介助( )</p> <p>連絡: 自立・一部介助・全介助( )</p>	<p>介護保険の説明</p> <p>要介護認定 要支援1、2 要介護1~5</p> <p>↓</p> <p>〔介護保険申請〕⇒〔ケアマネジャー決定〕</p> <p>〔認定調査〕⇒〔ケアプラン決定〕</p> <p>↓</p> <p>〔家屋調査・改修 介護指導 サービス担当者会議〕</p> <p>↓</p> <p>〔在宅医療・在宅介護(かかりつけ医) 訪問診療・訪問リハ 転院入所調査〕</p> <p>⇒〔通所リハ・訪問看護〕</p>	
<p>治療の継続・管理</p> <p>□ 血圧のコントロール</p> <p>□ 血糖のコントロール</p> <p>□ 抗血小板薬(アスピリン・クロピドクレル・シロスタゾール・エフィエント・他)</p> <p>□ 新規抗凝固薬(プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナ・他)</p> <p>□ ワルファリン(目標PT-INR _____)</p>	<p>□ 栄養管理</p> <p>□ 普通食(□塩分制限 □カロリー制限 □その他: _____)</p> <p>□ 軟食</p> <p>□ 流動食/経管栄養</p>	
<p>患者(代諾者・続柄) 署名 _____</p>		

急性期病院  
主治医 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_ 看護師 \_\_\_\_\_

回復期リハ病院  
主治医 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_ 看護師 \_\_\_\_\_

《脳血管障害連携パス》

強化コース 診療計画書 (患者 \_\_\_\_\_ 様用)

急性期病院		回復期リハ病院		生活期リハビリおよび再発予防	
<p>目標</p> <p>☆病気を理解し、急性期病状が安定化</p>	<p>☆日常生活動作の向上とリハビリ目標を理解して実施</p>			<p>☆再発防止目標の理解と実施</p> <p>☆日常生活動作の維持</p>	
<p>現在の障害を説明します。</p> <p>□運動の障害 ( )</p> <p>□言葉の障害</p> <p>□食べることの障害</p> <p>□排尿の障害</p> <p>□認知の障害</p> <p>□意識の障害</p> <p>□その他</p>	<p>3週間 1ヶ月 2ヶ月 3ヶ月 ~ 5ヶ月 通院 退院</p>			<p>療養型病床・介護老人保健施設</p> <p>在宅が不可能な方は生活期リハ病院でケアが進みます。各施設で詳しい評価がされ、2~3ヶ月ごとにケアプランを作り方針を相談します。</p>	
<p>リハビリが必要であることを説明します。</p>	<p>日常生活の中で訓練が必要な項目について評価します。</p> <p>□食事動作(摂食・嚥下訓練)</p> <p>□排泄動作(ズボンの上げ下げ、後始末など)</p> <p>□更衣動作(衣服の着脱など)</p> <p>□整容動作(洗顔、整髪、歯磨き、ひげ剃りなど)</p> <p>□入浴動作(洗体、浴槽の出入りなど)</p> <p>□コミュニケーション訓練</p>		<p>今後の方針について相談します。</p> <p>かかりつけ医の選択</p> <p>在宅グループホーム ケアハウス 介護老人福祉施設</p> <p>□生活関連動作(買物、公共交通機関の利用など)</p> <p>□家事動作(洗濯、掃除など)</p> <p>□就労支援</p>		
<p>以上の障害で、リハビリが必要です。</p>	<p>生活期リハ(在宅、入所、転院)のためにはいろいろな準備が必要です。主治医や医療相談員に相談しましょう。</p>				
<p>&lt;転院時評価&gt;</p> <p>座位:自立・一部介助・全介助( )</p> <p>立位:自立・一部介助・全介助( )</p> <p>歩行:自立・一部介助・全介助( )</p> <p>食事:自立・一部介助・全介助( )</p> <p>排泄:自立・一部介助・全介助( )</p> <p>清潔:自立・一部介助・全介助( )</p> <p>更衣:自立・一部介助・全介助( )</p> <p>連絡:自立・一部介助・全介助( )</p>	<p>介護保険の説明</p> <p>要介護認定 要支援1、2 要介護1~5</p> <p>↓</p> <p>〔介護保険申請〕⇒〔ケアマネジャー決定〕</p> <p>〔認定調査〕⇒〔ケアプラン決定〕</p>		<p>〔家屋調査・改修 介護指導 サービス担当者会議〕</p> <p>⇒〔在宅医療・在宅介護(かかりつけ医) 訪問診療・訪問リハ 転院入所調査〕</p> <p>⇒〔通所リハ・訪問看護〕</p>		
<p>治療の継続・管理</p> <p>□ 血圧のコントロール</p> <p>□ 血糖のコントロール</p> <p>□ 抗血小板薬(アスピリン・クロピドクレル・シロスタゾール・エフィエント・他)</p> <p>□ 新規抗凝固薬(プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナ・他)</p> <p>□ ワルファリン(目標PT-INR )</p>	<p>□ 栄養管理</p> <p>□ 普通食(□塩分制限 □カロリー制限 □その他: )</p> <p>□ 軟食</p> <p>□ 流動食/経管栄養</p>		<p>患者(代諾者・続柄) 署名</p>		

急性期病院

主治医 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_ 看護師 \_\_\_\_\_

回復期リハ病院

主治医 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_ 看護師 \_\_\_\_\_

# 1.神経症候の評価

## ◎意識障害の評価 Japan Coma Scale (JCS)

脳疾患における意識障害を評価するため我が国で作られた評価法

I 桁は覚醒（開眼で見ることが多い）しているが清明ではない、II 桁は刺激で覚醒する状態、III 桁は昏睡状態であり、ランクが上がるごとに意識障害は強いと評価する。

0	清明
I 覚醒あり	
1	何となくはっきりしない
2	時、人、場所が言えない
3	名前、生年月日が言えない
II 刺激で覚醒	
10	呼びかけで開眼
20	大きな声や揺さぶりで開眼
30	痛み刺激で開眼
III 覚醒せず	
100	痛み刺激を払いのける
200	痛み刺激で少し動きがある
300	痛み刺激に対して動きなし

状態に応じて文字を追加する(例: 10-R、100-I など)

R: restlessness(不穏状態)

I : incontinence(失禁)

A: akinetic mutism(無動性無言)

apallic state(失外套症候群)

## ◎徒手筋力テスト(manual muscle testing: MMT)

正常を5点、筋収縮なしを0点、重力のみに抗して動かせれば3点といったごく簡単な筋力評価法

5	Normal	最大抵抗を与えてもなお、それおよび重力に抗して完全に運動できる
4	Good	若干の抵抗を与えてもなお、それおよび重力に抗して完全に運動できる
3	Fair	重力に抗して完全に運動できる
2	Poor	重力を除外すれば完全に運動できる
1	Trace	筋の収縮は明らかに見られるが関節は動かない
0	Zero	筋の収縮も見られない





## ◎高次脳機能の評価

### 改訂長谷川式認知症スケール(HDS-R)

我が国で作られた高次脳機能の簡易評価法で20点以下をカットオフとすると認知症の診断に高い感度・特異度を示すが、この点数のみで認知症を診断することはできない。

質問項目		小項目	点数		
1	お歳はいくつですか？ <sup>1)</sup>		0	1	
2	今日は何月何日ですか？何曜日ですか？	年	0	1	
		月	0	1	
		日	0	1	
		曜日	0	1	
3	私たちが今いるところはどこですか？ <sup>2)</sup>		0	1	2
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。後でまた聞くので良く覚えておいて下さい。 <sup>3)</sup> 1:a)桜、b)猫、c)電車 2:a)梅、b)犬、c)自動車		0	1	
5	100から7を順番に引いてください <sup>4)</sup>	(93)	0	1	
		(86)	0	1	
6	私がこれから言う数字を逆から言ってください。 <sup>5)</sup>	286	0	1	
		9253	0	1	
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってください。 自発的に回答があれば各2点 回答がなく、ヒントを与えて正解であれば1点 <sup>6)</sup>	a)	0	1	2
		b)	0	1	2
		c)	0	1	2
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってください。 5つの物品:時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの		0	1	2
			3	4	5
9	知っている野菜の名前を出来るだけ多く言ってください。 答えた野菜の名前を記入する。途中でつまり、約10秒間待っても答えが出ない場合にはそこで打ち切る 0~5個:0点、6個:1点、 7個:2点、8個:3点、9個:4点、10個:5点		0	1	2
			3	4	5

- 1)2年までの誤差は正解
- 2)自発的に出れば2点、5秒おいて家、病院、施設の選択肢のなかから正しい選択をすれば1点
- 3)以下の二系列の言葉を尋ねる。採用した系列には○印をつけておく
- 4)100-7は？それからまた7を引くと？と質問する。  
最初の答えが不正解の場合打ち切る
- 5)3桁逆唱に失敗したら打ち切る
- 6)ヒント:a)植物、b)動物、c)乗り物



# ◎高次脳機能の評価

## mini mental state examination (MMSE)

国際的に広く用いられている高次脳機能障害の簡易評価法。23 点以下をカットオフとすると認知症の診断に高い感度・特異度を示すが、この点数のみで認知症を診断することはできない。

1. 日時(5 点)	今年は何年ですか。 いまの季節は何ですか。 今日は何曜日ですか。 今日は何月・何日ですか。		0 1 0 1 0 1 0 1 2
2. 所在地(5 点)	ここは何県ですか。 ここは何市ですか。 ここは何病院ですか。 ここは何階ですか。 ここは何地方ですか。		0 1 0 1 0 1 0 1 0 1
3. 記憶(3 点)	相互に無関係な物品名を 3 個聞かせ(ボール、旗、木など)、それをそのまま復唱させる。1 個答えられるごとに1 点。すべて言えなければ6 回まで繰り返す		0 1 0 1 0 1
4. 計算・注意(5 点)	100 から順に 7 を引いていく。 5 回できれば 5 点 間違えた時点で打ち切り または5 音節語(例「フジノヤマ」)を逆唱させる	93 86 79 72 65	0 1 0 1 0 1 0 1 0 1
5. 想起(3 点)	3 で示した物品名を再度復唱させる		0 1 0 1 0 1
6. 呼称(2 点)	時計と鉛筆を順に見せて、名称を答えさせる。	時計 鉛筆	0 1 0 1
7. 読字(1 点)	次の文章を繰り返す。 「みんなで、力を合わせて綱を引きます」		0 1
8. 言語理解(3 点)	次の 3 つの命令を口頭で伝え、すべて聞き終わってから実行する 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上に置いてください」		0 1 0 1 0 1
9. 文章理解(1 点)	次の文章を読んで実行する。 「眼を閉じなさい」		0 1
10. 文章構成(1 点) 1)	紙と鉛筆を渡して 「何か文章を書いてください」と伝える		0 1
11. 図形把握(1 点)	次の図形を書き写してください。 		0 1

1)主語と述語が対応していて内容が理解しうるものであれば正解。句読点の位置や文法は必ずしも正確でなくて良い

# ◎脳卒中の神経学的所見

## National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

国際的に広く用いられている急性期脳卒中（脳梗塞）患者の神経障害評価スケール。

4点以下は軽症、23点以上は機能予後が不良な重症例とされてる。

<p>1a: [意識水準]</p>	<p>気管内挿管、言語的障壁あるいは口腔の外傷などによって評価が妨げられたとしても、患者の反応をどれか一つに評価選択すること。痛み刺激を加えられた際に患者が反射的姿勢以外には全く運動を呈さない場合のみ3点とする。</p> <p>0:完全に覚醒。的確に反応する          1:覚醒していないが簡単な刺激で覚醒し、命令に答えたり、反応したりできる          2:注意を向けさせるには繰り返す刺激が必要か、あるいは意識が混濁していて（常同的ではない）運動を生じさせるには強い刺激や痛み刺激が必要である          3:反射的運動や自立的反応しかみられないか、完全に無反応、弛緩状態、無反射状態である</p>
<p>1b: [質問]</p>	<p><u>検査日の月名および年齢</u>を尋ねる。返答は正解でなければならず、近似した答えは無効。失語症、混迷の患者は2点。気管内挿管、口腔外傷、強度の構音障害、言語的障壁あるいは失語症によらない何らかの問題のために患者が話すことができなければ、1点とする。最初の応答のみを評価し、検者は言語的あるいは非言語的てがかりを与えてはならない。</p> <p>0:両方の質問に正解          1:一方の質問に正解          2:両方とも不正解</p>
<p>1c: [命令]</p>	<p><u>開閉眼を命じ、続いて手の開閉を命じる</u>。もし手が使えないときは他の1段階命令に置換可。実行しようとする明らかな企図は見られるが、筋力低下のために完遂できないときは点を与える。患者が命令に反応しないときはパントマイムで示す。外傷、切断または他の身体的障害のある患者には適当な1段階命令に置き換える。最初の企図のみを評価する。</p> <p>0:両方とも可能          1:一方だけ可能          2:両方とも不可能</p>
<p>2: [注視]</p>	<p><u>水平運動のみ評価。随意的あるいは反射的(oculocephalic)眼球運動を評価</u>。カロリックテストは行わない。共同偏視を有しているが、随意的あるいは反射的これを克服可能なら1点、単一のⅢ,Ⅳ,Ⅵの麻痺を有するときは1点とする。すべての失語症患者で評価可能である。眼外傷、眼帯、病前からの盲、あるいは他の視野視力障害を有する患者は反射的運動あるいは適切な方法で評価する。視線を合わせ、患者の周りを横に動くことで注視麻痺の存在を検知できることがある。</p> <p>0:正常          1:注視が一側あるいは両側の眼球で異常であるが、固定した偏視や完全注視麻痺ではない          2:「人形の目」手技で克服できない固定した偏視や完全注視麻痺</p>
<p>3: [視野]</p>	<p>対座法で評価する。視野(上下1/4)で動かしている指あるいはthreatで検査する。患者を励ましてもよいが、動いている指の方を適切に向くのなら0点、一側眼の盲や単眼の場合は健常側の視野を評価する。1/4盲を含む明らかな左右差が認められた時のみ1点。もし全盲であればどのような理由であっても3点とする。</p> <p>0:視野欠損なし          1:部分的半盲          2:完全半盲          3:両側性半盲(皮質盲を含む)</p>

<p>4: [麻痺-顔]</p>	<p><u>歯を見せるか笑ってみせる、あるいは目を閉じるように命じるか</u>パントマイムで示す。反応の悪い患者や理解力のない患者では痛み刺激に対する汎面の左右差でみる。顔面外傷、気管内挿管、包帯、あるいは他の身体的障壁のため顔面が隠れているときは、できるだけこれらを取り去って評価する。</p> <p>0:正常な対称的な動き 1:鼻唇溝の平坦化、笑顔の不对称 2:顔面下半分の完全あるいはほぼ完全な麻痺 3:顔面半分の動きがまったくない</p>
<p>5: [麻痺-上肢] 左右で評価</p>	<p><u>上肢は 90° (座位)または 45° (仰臥位)に置く</u>。失語症患者には声やパントマイムで示すが、痛み刺激は用いない。<u>最初是非麻痺側から評価する</u>。切断肢や肩の癒合があるときは 9 点とする。検者は 9 点とつけた理由を明記しておく。</p> <p>0:90° (45° )に 10 秒間保持可能 1:90° (45° )に保持可能も、10 秒以内に下垂。ベッドを打つようには下垂しない 2:重力に抗せるが、90° (45° )まで挙上できない 3:重力に抗せない。ベッド上に落ちる 4:全く動きが見られない 9:切断、関節癒合(合計には加えない)</p>
<p>6: [麻痺-下肢] 左右で評価</p>	<p><u>下肢は 30° (必ず仰臥位)に置く</u>。失語症患者には声やパントマイムで示すが、痛み刺激は用いない。最初是非麻痺側から評価する。切断肢や股関節の癒合があるときは 9 点とする。検者は 9 点とつけた理由を明記しておく。</p> <p>0:30° を 5 秒間保持可能 1:30° を保持可能も、5 秒以内に下垂。ベッドを打つようには下垂しない 2:重力に抗せるが、落下する 3:重力に抗せない。即座にベッド上に落ちる 4:全く動きが見られない 9:切断、関節癒合(合計には加えない)</p>
<p>7: [運動失調]</p>	<p><u>指-鼻-指試験、踵-膝試験</u>は両側で施行。開眼で評価し、視野障害がある場合は、健側の視野で評価する。筋力低下の存在を割り引いても存在するときのみ陽性とする。理解力のない患者、片麻痺の患者は 0 点、切断肢や関節癒合が存在する場合、9 点とする。検者は 9 点とした理由を明記する。全盲の場合は伸展位から鼻に触れることで評価する。</p> <p>0:なし 1:1 肢に存在 2:2 肢に存在 9:切断、関節癒合</p>
<p>8: [感 覚]</p>	<p><u>知覚または検査時の痛みに対する汎面</u>、あるいは意識障害や失語症患者での痛み刺激からの逃避反応により評価する。半側感覚障害を正確に調べるのに必要な多くの身体部位(前腕、下肢、体幹、顔面)で評価すること。重篤あるいは完全な感覚障害が明白に示された時のみ 2 点を与える。従って、混迷あるいは失語症患者は 1 点または 0 点となる。脳幹部脳血管障害で両側の感覚障害がある場合、2 点とする。無反応、四肢麻痺の患者 2 点とする。昏睡患者は 2 点とする。</p> <p>0:正常 1:痛みを鈍く感じるか、あるいは痛みは障害されているが触られていることはわかる 2:触られていることもわからない</p>

<p>9: [言語]</p>	<p>これより前の項目の評価を行っている間に言語に関する多くの情報が得られている。<u>絵カード</u>の中で起こっていることを尋ね、<u>呼称カード</u>の中の物品名を言わせ、<u>文章カード</u>を読ませる。言語理解はここでの反応およびこれ以前の評価時の命令に対する反応から判断する。もし、視覚障害によってこの検査ができないときは、手の中に置かれた物品の同定、復唱、発話を命ずる。挿管されている患者は書字するようにする。混迷や非協力的患者でも評価をし、昏睡患者、患者が完全に無言か1段階命令にまったく応じない場合は3点とする。</p> <p>0:正常</p> <p>1:明らかな流暢性・理解力の障害はあるが、表出された思考、表出の形に重大な制限を受けていない。しかし、発語や理解の障害のために与えられた材料に関する会話が困難か不能である。患者の反応から答えを同定することが可能</p> <p>2:コミュニケーションは全て断片的な表出からなり、検者に多くの決めつけ、聞き直し、推測が必要。交換される情報の範囲は限定的で、コミュニケーションに困難を感じる。患者の反応から答えを同定することが不可能</p> <p>3:有効な発語や聴覚理解は全く認められない</p>
<p>10: [構音障害]</p>	<p>もし患者が失語症でなかったら、前出のカード音読や単語の復唱をさせることから適切な発話の例を得なければならない。もし患者が失語症なら、自発語の構音の明瞭さを評価する。挿管、発話を妨げる他の身体的障壁があるときは9点とする。検者は9点とつけた理由を明記しておく。患者にこの項目の評価の理由を告げてはならない。</p> <p>0:正常</p> <p>1:少なくともいくつかの単語で構音が異常で、悪くとも何らかの困難は伴うものの理解し得る</p> <p>2:構音異常が強く、検者が理解不能である</p> <p>9:挿管、身体的障壁(合計には加えない)</p>
<p>11: [消去現象と無視]</p>	<p>これより前の項目を評価している間に無視を評価するための十分な情報を得られている。もし2点同時刺激を行うことを妨げる様な<b>重篤な視覚異常がある場合、体性感覚による2点同時刺激で正常</b>なら評価は正常とする。失語があっても両側に注意を向けているようにみえるとき、評価は正常とする。<b>視空間無視や病態失認の存在は無視の証拠</b>としてよい。無視は存在したときのみありと評価されるので、評価不能はありえない。</p> <p>0:正常</p> <p>1:視覚、触覚、聴覚、視空間、あるいは自己身体に対する不注意。1つの感覚様式で2点同時刺激に対する消去現象</p> <p>2:重度の半側不注意あるいは2つ以上の感覚様式に対する消去現象。一方の手を認識しない、または空間の一側にしか注意を向けない</p>



## ◆評価時の注意点

### A. 一般的注意事項

1. リストの順に施行すること。
2. 逆に行ったり評点を変更してはならない。(間違った答えを修正しても最初に言った答えについて評点する)
3. 評点は患者がなしたことを反映するのであって、患者ができるだろうと医師が推測したことではない。
4. 検査を施行している間に記録すること(記入シートなどを利用)。
5. 特に指示されている部分以外では、患者を誘導してはならない(すなわち、何度も命令を繰り返すと患者は特別に努力をしてしまう)。

### B. 各項目での注意事項

1. 意識障害 :失語症の患者に対して、1b. 意識障害(質問)では、2点を与えることになっている。1c. 意識障害(命令)では、パントマイムで示しても良いことになっている。それでも出来なければ、2点を与える。  
3点の場合には1bを2点、5以下は運動失調を0にし、それ以外をすべて最重症として点数を付与する。
2. 視野 :部分的半盲は1点とする。1/4盲、または同時刺激して片方を無視することがあれば1点を入れるという解説がされている。
3. 顔面麻痺 :普通脳卒中の場合には顔面の半分だけであるが、この場合、末梢性の顔面麻痺が3と一番高くなっている。顔面麻痺が検者間で最も一致率が悪いと報告されている。
4. 上下肢の運動 :失語症の患者でも評点する。9点は合計点には加えない。
5. 感覚 :全く正常であれば0点で、全く解らないのは2点であり、その中間は全て1点となる。
6. 最良の言語 :失語がなければ0点、軽度から中等度の失語は1点、重度の失語は2点、全くの失語や混迷は3点となる。
7. 構音障害 :挿管をしている場合は9点となるが合計点には加えない。
8. 無視 :失語があっても、両側に注意を向けているようにみえれば0点を与える。視野刺激で問題があった時には1点を与える。



## 2.ADL の評価

### ◎modified Rankin Scale (mRS)

脳卒中の慢性期の転帰を評価する移動能力の簡易スケール 0 から 1 または 2 までが転帰良好とされる。

0	正常
1	症状はあるがとくに問題となる障害はなく、通常の生活が可能
2	軽度の障害:以前の活動は障害されているが、介助なしに自分のことができる
3	障害のため介助が必要だが、歩行は介助なしで可能
4	介助なしで日常衣生活、歩行ともに不能
5	ベッド上の生活で常に看護や注意が必要
6	死亡

### ◎Barthel Index

米国で作られた能力低下の評価法で得点が高いほど日常生活動作が自立している。セルフケアや移動能力に重点を置いた評価法である。

以下の10項目について、不可能、助けが必要、独立の3段階で評価する。

	助けが必要	独立
食事 <sup>1)</sup>	5	10
車椅子とベッド間の移動 <sup>2)</sup>	5~10 <sup>3)</sup>	15
身繕い <sup>4)</sup>	0	5
トイレ動作	5	10
入浴 <sup>5)</sup>	0	5
水平面の歩行	10	15
* 歩けない場合のみの点数	0	5
階段昇降	5	10
着衣 <sup>6)</sup>	5	10
大便コントロール	5	10
小便コントロール	5	10

1) 食べ物を細かく切り裂く必要があれば助けが必要と判断する

2) ベッドで起き上がることは含まれる

3) 軽度の介助や監視程度なら10点、座ることは自立しているがそれ以外は全介助なら5点

4) 洗顔、髪梳き、髭剃り、歯磨き

5) 衣服の着脱、拭く、水を流す

6) 靴を履くこと、ファスナーを閉めることを含む

# Functional Independence Measures (FIM)

脳疾患による能力低下の評価法で得点が高いほど日常生活動作が自立している。認知機能にも配慮した評価法である。

運動項目	・セルフケア	食事 整容 清拭 更衣・上半身 更衣・下半身 トイレ動作
	・排泄コントロール	排尿 排便
	・移乗	ベッド・椅子・車椅子 トイレ 浴槽・シャワー
	・移動	歩行・車椅子 階段
認知項目	・コミュニケーション	理解 表出
	・社会的認知	社会的交流 問題解決 記憶

上記の18項目について以下のように1～7点をつけて積算する。

7点	完全自立
6点	修正自立(時間がかかる, 補助具が必要, 安全性の配慮)
5点	監視・準備(監視, 指示, 促し, 準備)
4点	最小介助(75%以上自分で行なう)
3点	中等度介助(50%以上, 75%未満を自分で行なう)
2点	最大介助(25%以上, 50%未満を自分で行なう)
1点	全介助(25%未満しか自分で行なわない)

■総得点: 18～126点 (運動項目 13～91点, 認知項目 5～35点)

注: 実際の評価は必ずしも容易ではなく、具体的な採点方法の詳細は公式の手引書を参照してください。





## ◎障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

我が国で介護保険を導入する際に使われ始めた日常生活自立度の基準。  
介護保険制度の要介護度判定の際に参考にされる。

生活自立 <sup>1)</sup>	J1	交通機関等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 <sup>2)</sup>	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、日中も寝たきりの生活をしている
寝たきり B <sup>3)</sup>	B1	車椅子に移乗し、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
寝たきり C <sup>4)</sup>	C1	自力で寝返りをうつ
	C2	自力で寝返りもうたない

- 1) 何らかの障害などを有するが、日常生活はほぼ自立しており独自で外出する。
- 2) 室内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
- 3) 室内で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。
- 4) 一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

## ◎認知症老人の日常生活自立判定基準

1993年に厚生省から発表された認知症患者の日常生活に関する基準。  
介護保険制度の要介護度判定の際に参考にされる。

I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動の異常や意思疎通の困難が多少見られても誰かが注意していれば自立できる	
	II a	家庭外で上記IIの状態が見られる
	II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動の異常や意思疎通の困難が見られ、介護を必要とする <sup>1)</sup>	
	III a	日中を中心に上記IIIの状態が見られる
	III b	夜間を中心に上記IIIの状態が見られる
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動の異常や意思疎通の困難が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <sup>2)</sup>	
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする	

- 1) 具体例: 着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたら口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声、火の不始末、不潔行為、性的異常行為など
- 2) せん妄、妄想、興奮、自傷、他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する

## ◎日常生活機能評価

地域連携パスによるリハビリテーションの効果を測る際に必須とされる患者の機能評価で13項目19点からなる。点数が高いほど介助、看護が必要である。

	患者の状況等	点数		
		0点	1点	2点
1	床上安静の指示	なし	あり	
2	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	
3	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
4	起き上がり	できる	できない	
5	座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6	移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
7	移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動	
8	口腔清潔	できる	できない	
9	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
10	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
11	他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
12	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13	危険行動への対応	ない	ある	

※ 得点:0~19点

※ 得点が低いほど、生活自立度が高い

記入について

◎日常生活機能評価表の記入は、院内研修を受けた者が行うこと。

◎院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了した者(修了証が交付されている者)もしくは評価に習熟したものが行う研修であること。

\* 国及び医療関係団体等が主催する研修(1日程度)であること。

\* 講義及び演習により次の項目を行う研修であること。

- ・日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価表の構成と評価方法
- ・日常生活機能評価に係る院内研修の企画・実施・評価方法

【参考】

1. 脳卒中を対象疾患とする場合にあっては、医療法第30条の5の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること
2. 地域連携診療計画に、退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記すること

### 3.危険因子分類・重症度

#### ◎メタボリックシンドローム

日本の基準

内臓脂肪蓄積	
ウエスト周囲径 (臍周囲で測定)	男性 85cm 以上
	女性 90cm 以上
可能な限り CT スキャンなどで内臓脂肪量測定を行う	
内臓脂肪量	男女とも 100cm <sup>2</sup> 以上
上記に加えて以下の 2 項目以上	
①高トリグリセリド血症 かつ/または 低 HDL-コレステロール血症	150mg/dl 以上 40mg/dl 未満
②高血圧	130/85 mmHg 以上
③空腹時高血糖	110mg/dl 以上

#### ◎高血圧

成人における血圧値の分類						
分類	診察室血圧 (mmHg)			家庭血圧		
	収縮期 血圧		拡張期 血圧	収縮期 血圧		拡張期 血圧
正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常高値血圧	<130	かつ	<85	115~124	かつ	<75
高値血圧	130~139	かつ/または	85~89	125~134	かつ/または	75~84
I 度高血圧	140~159	かつ/または	90~99	135~144	かつ/または	85~89
II 度高血圧	160~179	かつ/または	100~109	145~159	かつ/または	90~99
III 度高血圧	≥180	かつ/または	≥110	≥160	かつ/または	≥100
収縮期高血圧	≥140	かつ	<90	≥135	かつ	<85

高血圧治療ガイドライン 2019 参照

家庭血圧の測定方法 (日本高血圧学会推奨)

- 上腕血圧計を使用する
- 朝と晩に測定する 朝の測定: 起床後 1 時間以内・朝食前・服薬前、晩の測定: 就寝直前
- トイレを済ませ、1~2 分椅子に座ってから測定する
- 1 機会原則 2 回測定し、その平均を取る
- 週に 5 日以上測定した結果を主治医に見せる

## ◎糖尿病

糖尿病型	血糖値	空腹時 $\geq 126\text{mg/dl}$
		ブドウ糖負荷試験 2 時間値 $\geq 200\text{mg/dl}$
		随時 $\geq 200\text{mg/dl}$
	HbA1c	$\geq 6.5\%$

- ① 糖尿病型を 2 回確認する(1 回は必ず血糖値で確認する)
- ② 糖尿病型(血糖値)を 1 確認+慢性高血糖症状の存在を確認する  
糖尿病の典型的症状(口渇、多飲、多尿、体重減少)の存在 or 糖尿病網膜症の存在
- ③ 過去に糖尿病と診断された証拠がある

### 血糖コントロール目標



(日本糖尿病学会編・著:糖尿病治療ガイド 2022-2023, 34 頁, 文光堂, 2022 より)

治療目標は年齢, 罹病期間, 臓器障害, 低血糖の危険性, サポート体制などを考慮して個別に設定する。

- 注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合, または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。
- 注2) 合併症予防の観点から HbA1c の目標値を 7%未満とする。対応する血糖値としては, 空腹時血糖値 130mg/dL 未満, 食後 2 時間血糖値 180mg/dL 未満をおおよその目安とする。
- 注3) 低血糖などの副作用, その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。
- 注4) いずれも成人に対しての目標値であり, また妊娠例は除くものとする。

## 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

患者の特徴・健康状態		カテゴリーI	カテゴリーII	カテゴリーIII
		①認知機能正常 <b>かつ</b> ②ADL自立	①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下, 基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤, SU薬, グリニド薬など)の使用	なし	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)

(日本老年医学会・日本糖尿病学会編・著:高齢者糖尿病診療ガイドライン 2017, 46 頁, 南江堂, 2017 より)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的 ADL、手段的 ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

## その他のコントロール指標

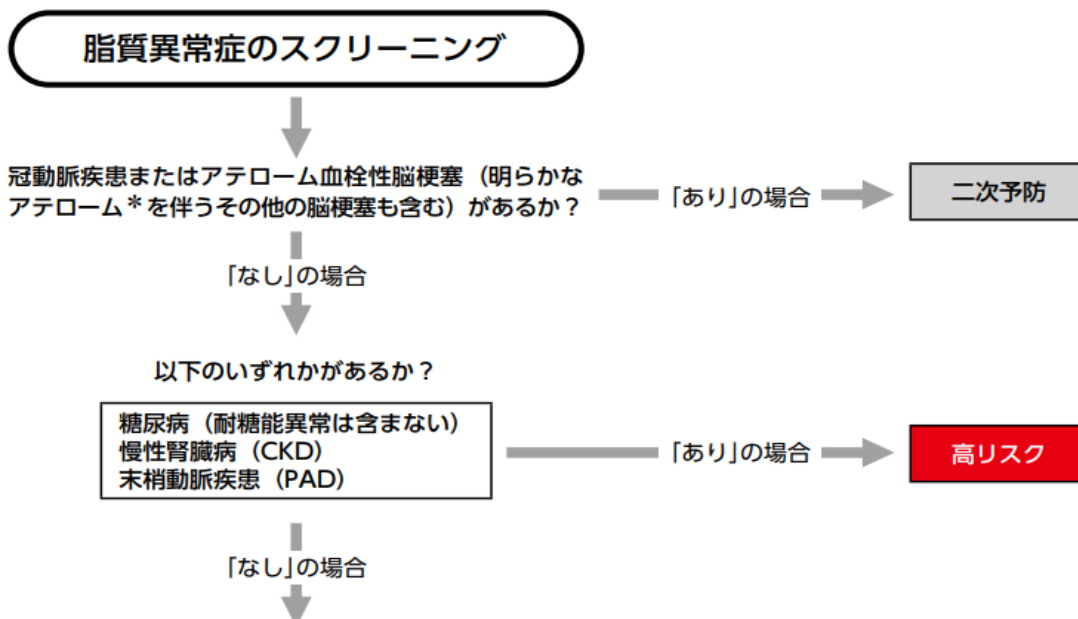
- 目標体重の維持 ..... BMI 22～25
- 血圧 ..... 130/80mmHg未満 (家庭血圧で125/75mmHg未満)
- LDLコレステロール ..... 120mg/dL未満 (末梢動脈疾患, 網膜症, 腎症, 神経障害合併時, または喫煙ありの場合は100mg/dL未満を考慮し, 冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往がある場合は70mg/dL未満を考慮する)
- HDLコレステロール ..... 40mg/dL以上
- 中性脂肪 ..... 150mg/dL未満 (空腹時)  
175mg/dL未満 (随時)
- non-HDLコレステロール ..... 150mg/dL未満 (高リスク病態ではLDLコレステロールの管理目標値に30mg/dLを加えた値を考慮する)

## ◎脂質異常症

### 脂質異常症診断基準

LDL コレステロール	140mg/dL 以上	高 LDL コレステロール血症
	120～139mg/dL	境界域高 LDL コレステロール血症
HDL コレステロール	40mg/dL 未満	低 HDL コレステロール血症
トリグリセライド	150mg/dL 以上(空腹時)	高トリグリセライド血症
	175mg/dL 以上(随時)	
Non-HDL コレステロール	170mg/dL 以上	高 non-HDL コレステロール血症
	150～169mg/dL	境界域高 non-HDL コレステロール血症

### 脂質異常症のスクリーニング



久山町研究によるスコア				予測される10年間の 動脈硬化性疾患 発症リスク	分 類
40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳		
0～12	0～7	0～1	—	2%未満	低リスク
13以上	8～18	2～12	0～7	2%～10%未満	中リスク
—	19以上	13以上	8以上	10%以上	高リスク

## 久山町スコアによる動脈硬化性疾患発症予測モデル

①性別	ポイント	④血清 LDL-C	ポイント
女性	0	<120 mg/dL	0
男性	7	120~139 mg/dL	1
		140~159 mg/dL	2
		160 mg/dL ~	3
②収縮期血圧	ポイント	⑤血清 HDL-C	ポイント
<120 mmHg	0	60 mg/dL ~	0
120~129 mmHg	1	40~59 mg/dL	1
130~139 mmHg	2	<40 mg/dL	2
140~159 mmHg	3		
160 mmHg ~	4		
③糖代謝異常(糖尿病は含まない)	ポイント	⑥喫煙	ポイント
なし	0	なし	0
あり	1	あり	2

注1：過去喫煙者は⑥喫煙はなしとする。

①～⑥のポイント合計	点
------------	---

右表のポイント合計より年齢階級別の絶対リスクを推計する。

ポイント合計	40~49歳	50~59歳	60~69歳	70~79歳
0	<1.0%	<1.0%	1.7%	3.4%
1	<1.0%	<1.0%	1.9%	3.9%
2	<1.0%	<1.0%	2.2%	4.5%
3	<1.0%	1.1%	2.6%	5.2%
4	<1.0%	1.3%	3.0%	6.0%
5	<1.0%	1.4%	3.4%	6.9%
6	<1.0%	1.7%	3.9%	7.9%
7	<1.0%	1.9%	4.5%	9.1%
8	1.1%	2.2%	5.2%	10.4%
9	1.3%	2.6%	6.0%	11.9%
10	1.4%	3.0%	6.9%	13.6%
11	1.7%	3.4%	7.9%	15.5%
12	1.9%	3.9%	9.1%	17.7%
13	2.2%	4.5%	10.4%	20.2%
14	2.6%	5.2%	11.9%	22.9%
15	3.0%	6.0%	13.6%	25.9%
16	3.4%	6.9%	15.5%	29.3%
17	3.9%	7.9%	17.7%	33.0%
18	4.5%	9.1%	20.2%	37.0%
19	5.2%	10.4%	22.9%	41.1%

## リスク区分別脂質管理目標値

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)			
		LDL-C	Non-HDL-C	TG	HDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後薬物療法の適用を考慮する	低リスク	<160	<190	<150 (空腹時) *** <175 (随時)	≥40
	中リスク	<140	<170		
	高リスク	<120 <100*	<150 <130*		
二次予防 生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテローム****を伴うその他の脳梗塞を含む)の既往	<100 <70**	<130 <100**		

\* 日本動脈硬化学会 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年参照

## ◎慢性腎臓病(CKD)

**CKD 診断基準:** 健康に影響を与える腎臓の構造や機能の異常  
(以下のいずれか)が3ヶ月を越えて

腎障害の指標	蛋白尿(0.15 g/24時間以上; 0.15 g/gCr以上)アルブミン尿(30 mg/24時間以上; 30 mg/gCr以上) 尿沈渣の異常 尿細管障害による電解質異常やその他の異常 病理組織検査による異常, 画像検査による形態異常 腎移植の既往
GFRの低下	GFR 60 mL分/1.73 m <sup>2</sup> 未満

### CKDの重症分類

CKDの重症度分類(CKD診療ガイド2012)<sup>a</sup>

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		30未満	30~299	300以上
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL分/ 1.73 m <sup>2</sup> )	G1	正常または高値	≥90	
	G2	正常または軽度低下	60~89	
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	
	G3b	中等度~高度低下	30~44	
	G4	高度低下	15~29	
	G5	高度低下~末期腎不全	<15	

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、CVD死亡発症のリスクを緑■のステージを基準に、黄■, オレンジ■, 赤■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。  
(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

注: わが国の保険診療では、アルブミン尿の定量測定は、糖尿病または糖尿病性早期腎症であって微量アルブミン尿を疑う患者に対し、3カ月に1回に限り認められている。糖尿病において、尿定性で1+以上の明らかな尿蛋白を認める場合は尿アルブミン測定は保険で認められていないため、治療効果を評価するために定量検査を行う場合は尿蛋白定量を検討する。

\* CKD 診療ガイドライン 2023 参照



## <福岡市医師会 脳卒中連携パスワードキンググループ構成メンバー>

改訂版(2023年度版)

代	表	国立病院機構九州医療センター	岡田	靖
		白十字病院脳血管内科	入江	克実
		九州大学大学院医学研究院		
		附属総合コホートセンター	脇坂	義信
		福岡大学病院脳神経内科	井上	賢一
		済生会福岡総合病院脳神経内科	川尻	真和
		福岡市民病院脳神経内科	長野	祐久
		福岡赤十字病院脳神経内科	緒方	利安
		協力医	三谷	昌光
		福岡市医師会会長	平田	泰彦
		福岡市医師会副会長	松浦	弘
		福岡市医師会専務理事	案浦	美雪
		福岡市医師会常任理事	江口	徹
		福岡市医師会常任理事	平川	勝之

---

<編集協力>

国立病院機構九州医療センター	溝口	忠孝
----------------	----	----

## <福岡市医師会 脳卒中連携パスワードキンググループ構成メンバー>

初版(2010年度版)

代	表	国立病院機構九州医療センター脳血管内科	岡田	靖
		福岡赤十字病院脳血管内科	藤井	健一郎
		九州大学病院救命救急センター	杉森	宏
		福岡大学病院救急部	阪元	政三郎
		福岡市民病院脳神経外科	平川	勝之
		済生会福岡総合病院脳神経外科	大倉	章生
		八木病院脳神経外科	三谷	昌光
		白十字病院脳血管内科	玉城	欣也
		原土井病院在宅診療科	長尾	哲彦
		福岡市医師会会長	江頭	啓介
		福岡市医師会理事	竹中	賢治
		福岡市医師会理事	原	祐一
		福岡市医師会理事	津田	泰夫
		福岡市医師会理事	平田	泰彦
		福岡市医師会理事	藤原	繁
		福岡市医師会理事	壁村	哲平

---

### <編集協力>

国立病院機構九州医療センター	矢坂	正弘
国立病院機構九州医療センター	湧川	佳幸
長尾病院	服部	文忠
早良病院	梅野	守男
博愛会病院	那須	繁
福岡リハビリテーション病院	原	道也
福岡リハビリテーション病院	熊手	茂彦

---