

# 第5回介護情報利活用ワーキンググループ

令和5年4月5日



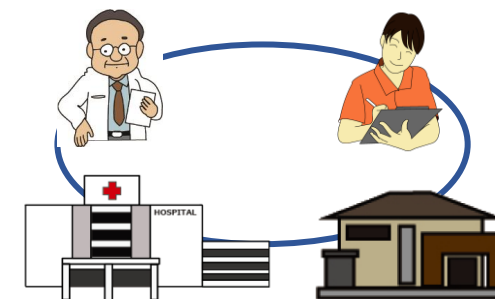
## 医療・介護間で連携すべき情報 及び安全管理措置

全国デイ・ケア協会理事  
(介護老人保健施設清雅苑 施設長)

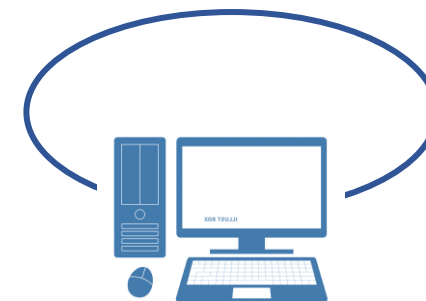
野尻晋一



医療・介護間で連携すべき情報



安全管理措置



## 要件

- ・利用者の**自立支援・重度化防止**のため本人・専門職等が共有する有用な情報
- ・地域の実情に応じた**介護保険事業の運営に有用**な情報
- ・**記録方法や様式**がすでに一定程度、**標準化**されている情報

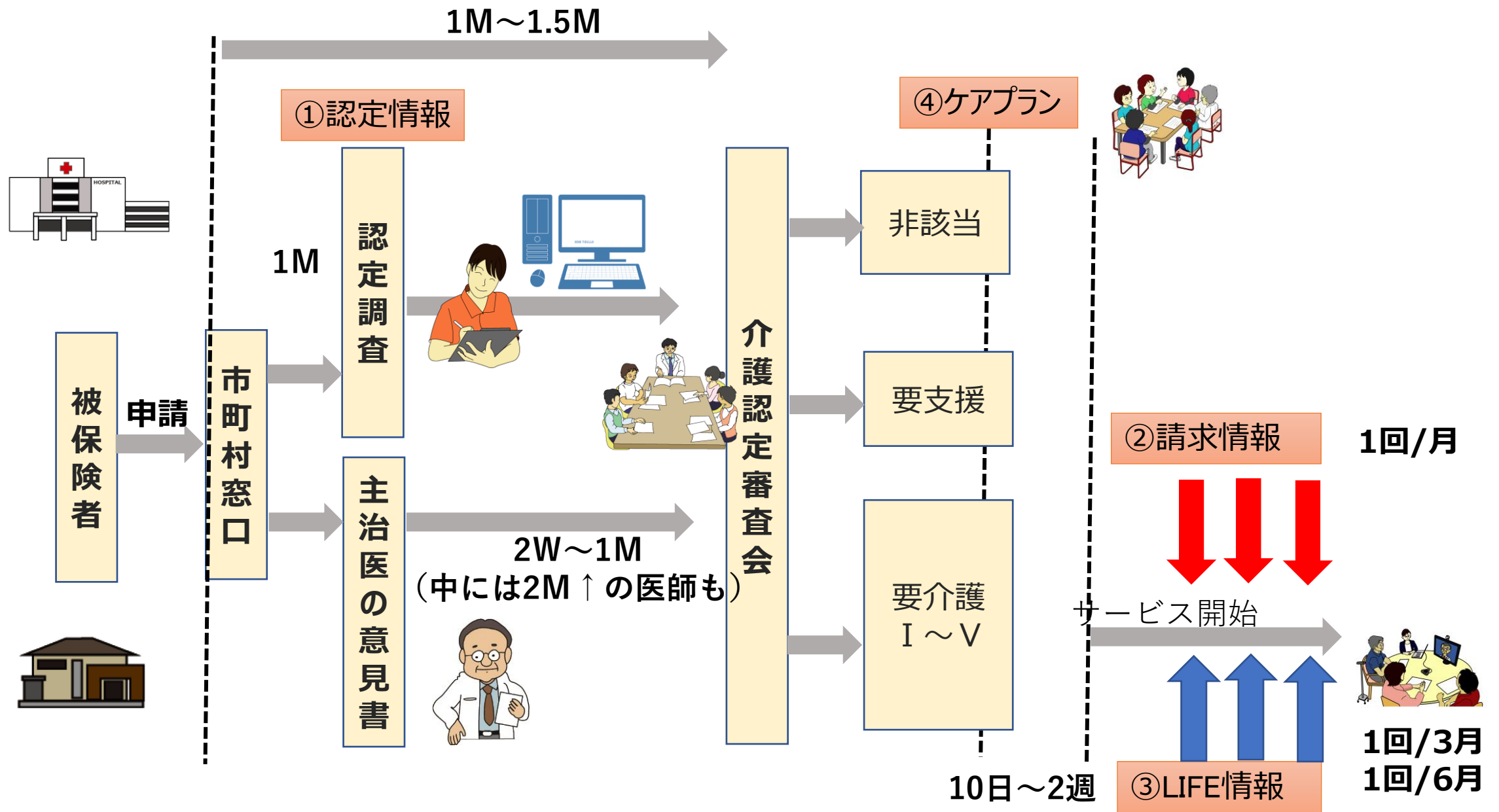
要件を満たし実現性のあるもの

① 認定情報

② 請求情報

③ LIFE情報

④ ケアプラン



1M~1.5M

①認定情報

④ケアプラン

1M

認定調査

主治医の意見書

介護認定審査会

非該当

要支援

要介護 I~V

②請求情報

1回/月

2W~1M  
(中には2M↑の医師も)

サービス開始

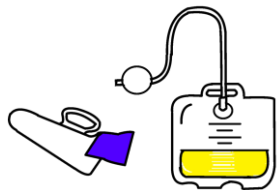
③LIFE情報

1回/3月  
1回/6月

10日~2週

初回 利用開始月の翌月10日 4

## 排泄に関わる項目



### 認定調査票

基本調査  
2-5排尿について  
2-6排便について  
特記事項  
6 特別な対応  
排尿・排便

### 主治医意見書

特殊な医療  
失禁への対応

### ケアプラン

第1表 課題分析の結果  
第2表 解決すべき課題  
※排泄が課題の場合

## LIFE（施設）排泄に関わる項目

**老健施設で全てのLIFE加算を取得している場合**

科学的介護推進体制加算(Ⅰ)

褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ)

自立支援促進加算

排泄支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)

リハビリテーションマネジメント加算等

科学的介護推進に関する評価

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

自立支援に関する評価・支援計画書

排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画書

リハビリテーション計画書

**21項目**

トイレ動作（自立・一部介助・全介助）日中

トイレ動作（自立・一部介助・全介助）夜間

排泄場所（居室外トイレ・居室内トイレ・ポータブル・おむつ・バルーンカテーテル・その他）

排尿コントロール（自立・見守り等・一部介助・全介助）

排便コントロール（自立・見守り等・一部介助・全介助）

**5項目**

# LIFEの活用が要件として含まれる加算一覧（施設・サービス別）

	科学的介護推進体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	個別機能訓練加算(Ⅱ)	ADL維持等加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	褥瘡対策指導管理(Ⅱ)	排せつ支援加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)	自立支援促進加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)・(Ⅲ)	薬剤管理指導	栄養マネジメント強化加算	口腔衛生管理加算(Ⅱ)	
介護老人福祉施設	○	○	○			○		○	○			○	○	8
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	○	○	○			○		○	○			○	○	8
介護老人保健施設	○			○		○		○	○	○		○	○	8
介護医療院	○				○		○	○	○		○	○	○	8

	科学的介護推進体制加算	個別機能訓練加算(Ⅱ)	A DL維持等加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	リハビリテーション・シヨンマネジメント加算(A)・ロ(B)・ロ	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	排せつ支援加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)	栄養アセスメント加算	口腔機能向上加算(Ⅱ)
通所介護	○	○	○				○	○
地域密着型通所介護	○	○	○				○	○
認知症対応型通所介護(予防含む)	○	○	○※				○	○
特定施設入居者生活介護(予防含む)	○	○	○※					
地域密着型特定施設入居者生活介護	○	○	○					
認知症対応型共同生活介護(予防を含む)	○							
小規模多機能型居宅介護(予防含む)	○							
看護小規模多機能型居宅介護	○				○	○	○	○
通所リハビリテーション(予防含む)	○			○※			○	○
訪問リハビリテーション				○				

5  
5  
5  
3  
3  
1  
1  
5  
4  
1

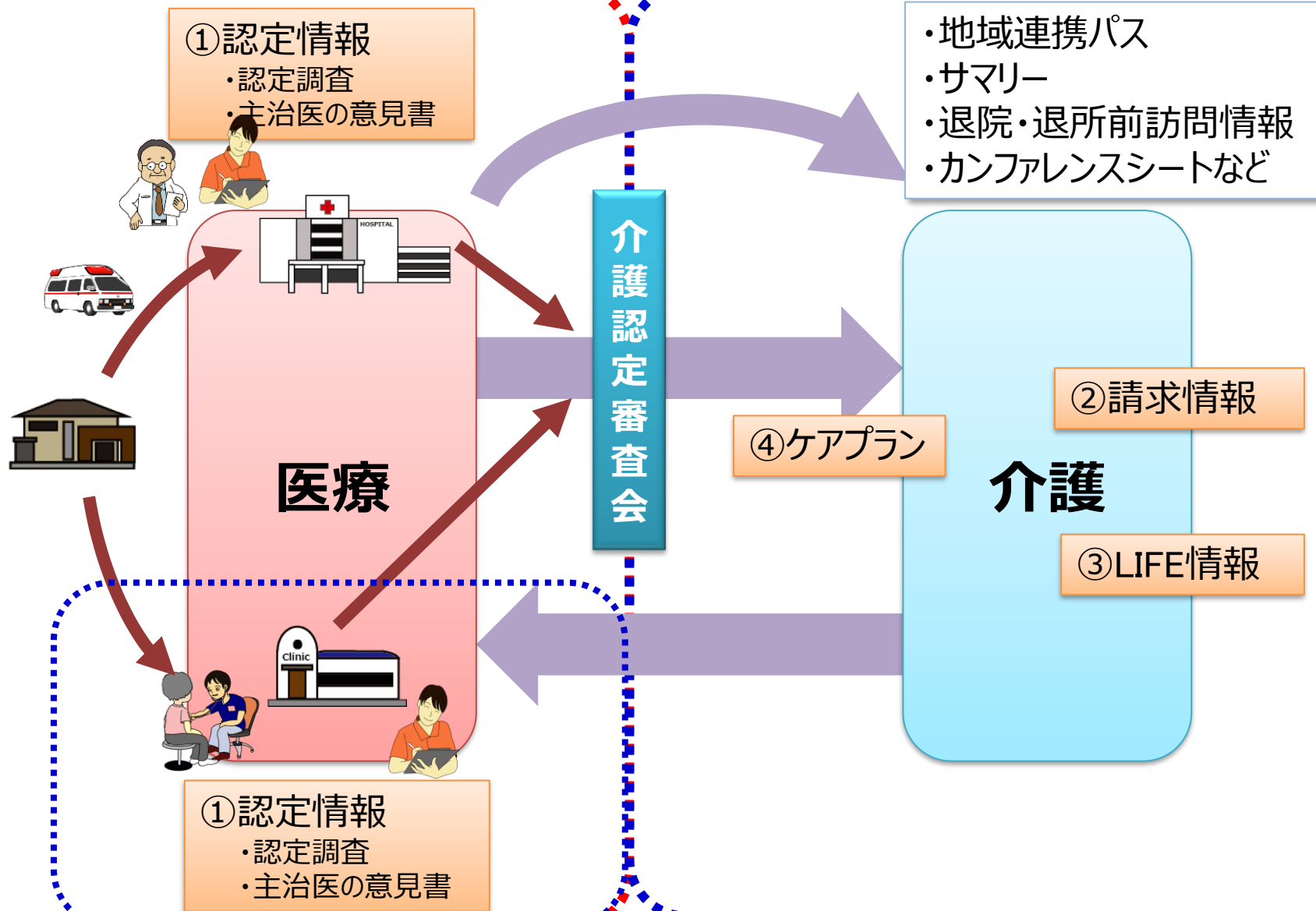
※予防を除く

# 健康

# 医療

# 介護

健診  
介護予防  
など





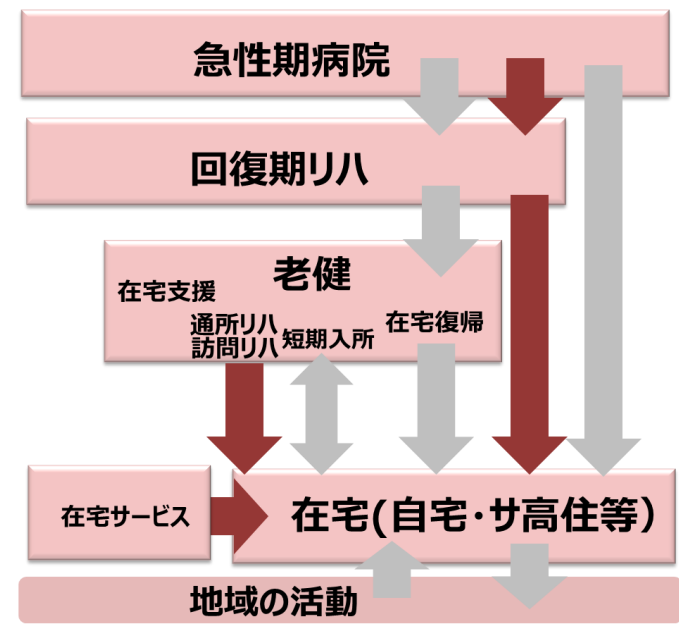
# 事例A氏80歳代男性(脳梗塞、頸椎症性脊髄症)

	x年	医療機関
18日	6月11日	自宅で発症、救急車で急性期病院
	6月29日	回復期転院
21日	7月 1日	介護保険申請案内
	7月 4日	介護保険申請
12日	7月20日	訪問調査
	8月 1日	審査会 要介護4 1割負担
58日	8月 9日	認定結果確認
	8月10日	
	8月16日	居宅相談
	8月17日	居宅とケアマネ決定
	8月22日	退院前訪問調整
	9月 2日	自宅訪問
	9月 7日	退院日調整
		訪問リハ・通所リハ・福祉用具貸与 在宅酸素・住宅改修調整
	9月12日	車椅子機種変更
	9月14日	車椅子納品
	9月15日	退院前カンファレンス日程調整
	9月28日	退院前カンファレンス 居宅ケアプラン作成
9月29日	福祉タクシーで自宅へ退院	

≒3カ月

	介護事業所
4日	自宅へ退院
	10月3日 訪問リハビリテーション開始 訪問リハ初回アセスメント
37日	10月4日 通所リハビリテーション開始 通所リハ初回アセスメント
	11月10日 初回LIFEデータ提出
X+1年	2月10日 2回LIFEデータ提出

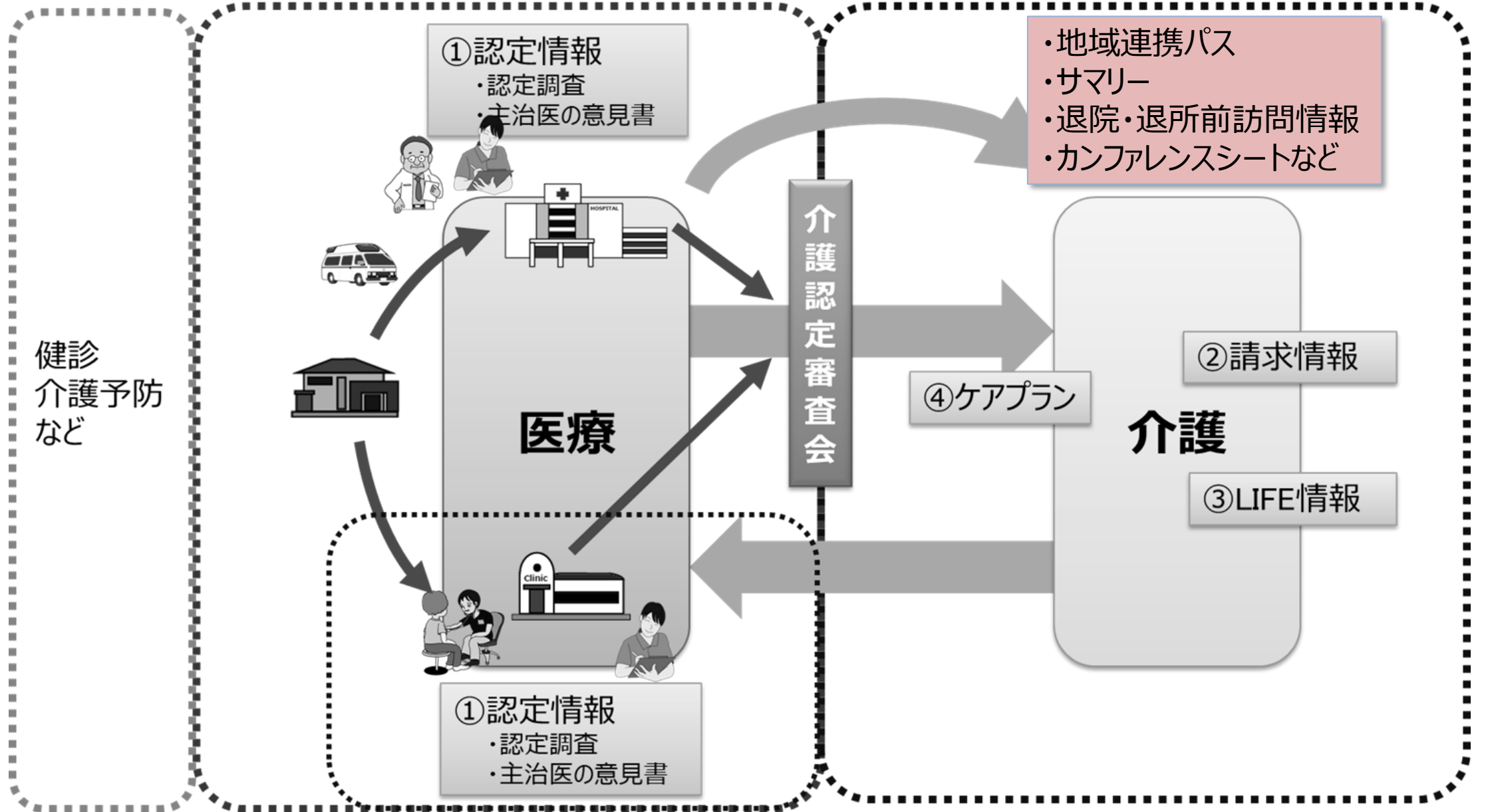
3カ月



# 健康

# 医療

# 介護



# A氏

## 熊本脳卒中 地域連携パス 連携シート

脳卒中地域連携シート
【患者名:                    生年月日:            性別: 男性】 【第 1 回目 入院】

【急性期(病院:                    病院) 急性期
【回復期リハ(1:                    病院) 回復期
【維持期(1:                    2:                   ) 生活期

【急性期(病院:                    病院) 急性期
【回復期(病院:                    病院) 回復期
【維持期(病院:                    病院) 維持期

主治医 (            )

発症日 (            /06/10 )

急性期ID (            )

入院日 (            /06/11 )

退院日 (            /06/29 )

在院日数 ( 19 日 )

転帰:  自宅 (親族宅含む)  回復期リハ病院 (熊本機能病院)

療養型病床群  老人保健施設  居宅系施設  有床クリニック  死亡

■評価日 ( ) ■脳卒中/不発行 (  あり  なし )

ADL	発症前	退院時
mRS	2	4
日常生活機能評価		3
JCS		0

【診断・急性期治療】

<input checked="" type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> ラクテ瘻塞	<input type="checkbox"/> リルファリン	<input type="checkbox"/> シロスチロール
<input checked="" type="checkbox"/> 770-血栓症	<input type="checkbox"/> アサロ-血栓症	<input type="checkbox"/> エタラボン	<input type="checkbox"/> ガビガトラン
<input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓症	<input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓症	<input type="checkbox"/> 抗トロン	<input type="checkbox"/> リバ-トロン
<input type="checkbox"/> TIA	<input type="checkbox"/> t-PA	<input type="checkbox"/> ハリン	<input type="checkbox"/> その他の脳梗塞

脳出血

<input type="checkbox"/> 被殻出血	<input type="checkbox"/> 混合型	<input type="checkbox"/> 保存的療法
<input type="checkbox"/> 視床出血	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 定位的血腫除去術
出血量 ( ) ml	<input type="checkbox"/> AVM	<input type="checkbox"/> 開頭血腫除去術
<input type="checkbox"/> 小脳出血	<input type="checkbox"/> モヤマヤ病	<input type="checkbox"/> 内視鏡による血腫除去
<input type="checkbox"/> 脳幹出血	<input type="checkbox"/> アミロトアミン	
<input type="checkbox"/> 尾状核出血	<input type="checkbox"/> その他の原因	
<input type="checkbox"/> その他の脳出血		

くも膜下出血

<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤	<input type="checkbox"/> クラッピング	<input type="checkbox"/> 水頭症 ( )
<input type="checkbox"/> AVM	<input type="checkbox"/> スパズム	<input type="checkbox"/> モヤマヤ病
	<input type="checkbox"/> コイル	<input type="checkbox"/> 出血源不明 (画像検索無し)
<input type="checkbox"/> その他の原因	<input type="checkbox"/> 出血源不明 (画像検索有り)	

【まだ治療中の合併症】      【かかりつけ医】

( )      ( )

【胃瘻】

作成日 ( ) タイプ ( ) サイズ ( Fr )

作成病院 ( )

急性期病院 (                    病院 ) から転院

主治医	病院. 1	病院. 2
回復期ID		
入院日	06/29	
退院日	09/29	
在院日数	93 日	

転帰:  自宅 (親族宅含む) (武蔵ヶ丘病院)  療養型病床群  老人保健施設  居宅系施設  有床クリニック

急性期病院へ転院 (病院: ) ■脳卒中/不発行 (原因: ) (  あり  なし )

死亡 (原因: )

【リハコース・ADL】

月	入院時	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	退院時
ADL	6/30	8/2	9/2	9/29				9/29
A								
B	○	○	○	○				○
C								
B I								
F I M	79	85	92	95				94
日常生活機能評価	7	6	6	2				2
JCS	0	0	0	0				0

ケアを選択して下さい。

(維持期リハ-老健のみ)      a 標準ケアコース (BI 25以上:2-3ヵ月)

b 重症ケアコース (BI 0-20:3-6ヵ月)

【入院中の重大な合併症】

脳卒中再発 (  脳梗塞  脳出血  その他 )       肺炎

その他 ( )

【自宅・居宅系 (かかりつけ医: )】

かかり ( )      【転帰】      【入院中の重大な合併症】

居宅系施設 ( )       急性期病院へ転院       脳卒中再発

( )      ( )      ( )

(原因: )      ( )      ( )

死亡       肺炎

(原因: )      ( )      ( )

【有床クリニック入院 (病院: )】

主治医 ( )      【転帰】      【入院中の重大な合併症】

入院ID ( )       急性期病院へ転院       脳卒中再発

入院日 ( )      ( )      ( )

退院日 ( )      ( )      ( )

在院日数 ( )       死亡       肺炎

(原因: )      ( )      ( )

急性期病院 ( ) から転院

主治医	病院. 1	病院. 2
維持期ID		
入院日		
退院日		
在院日数		

転帰:  自宅 (親族宅含む)  療養型病床群  老人保健施設  居宅系施設  有床クリニック

急性期病院へ転院 (病院: ) ■脳卒中/不発行 (原因: ) (  あり  なし )

死亡 (原因: )

【ケアコース・ADL】

月	入院時	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	退院時
ADL								
a77コース								
b77コース								
日常生活機能評価								
要介護度								
B I								
F I M								
JCS								

【入院中の重大な合併症】

脳卒中再発 (  脳梗塞  脳出血  その他 )       肺炎

その他 ( )

訪問診療     訪問リハ     気管切開     TPN管理     経管栄養

訪問看護     訪問介護     褥瘡       胃瘻

【ADL (在宅/有床クリニック入院 共通)】 ※「自宅・居宅系」「有床クリニック入院」共通

月	来院日	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	最終評価
ADL								
m-RS								
なたきり度								
日常生活機能評価								
在宅医療								
通院								
入院(老健へ)								
転院(急性期へ)								

11

A氏

熊本脳卒中地域連携パス (医療者用)

脳卒中地域連携パス(医療者用)		患者名: [ ]	年齢: [ ]	性別: 男性	【第1回目入院】	地域連携診療加算請求	急性期病院: する	回復期病院: する	維持期・クリニック: しない	
急性期		回復期・維持期								
経過	発症 - 2W	入院時(5日以内)	1カ月	2カ月	3カ月	4-6カ月	6-12カ月			
パス	<input checked="" type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 急性期クリニカルパス選択 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input checked="" type="checkbox"/> リハコース選択 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input checked="" type="checkbox"/> リハコース選択 <input type="checkbox"/> 基礎疾患 (標準リハコース)	<input checked="" type="checkbox"/> 回復期リハパス選択 <input checked="" type="checkbox"/> リハコース選択・説明 (A, B, C)	<input checked="" type="checkbox"/> リハコース選択・説明 (A, B, C)	<input checked="" type="checkbox"/> リハコース選択・説明 (A, B, C)	<input checked="" type="checkbox"/> リハコース選択・説明 (A, B, C)	<input type="checkbox"/> 維持期リハパス選択 <input type="checkbox"/> ケアコース選択・説明 (a, b)	<input type="checkbox"/> 維持期リハパス選択 <input type="checkbox"/> ケアコース選択・説明 (a, b)			
リハの継続	<input type="checkbox"/> 退院時リハ評価 <input checked="" type="checkbox"/> mRS ( 4 ) <input type="checkbox"/> リハコース説明	<input checked="" type="checkbox"/> 入院時リハ評価 <input checked="" type="checkbox"/> リハカンファレンス <input type="checkbox"/> BI ( ) <input checked="" type="checkbox"/> FIM ( 79 ) <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活指標 ( 7 ) <input type="checkbox"/> 在宅	<input checked="" type="checkbox"/> リハ評価 <input checked="" type="checkbox"/> リハカンファレンス <input type="checkbox"/> BI ( ) <input checked="" type="checkbox"/> FIM ( 85 ) <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活指標 ( 6 ) <input type="checkbox"/> 在宅	<input checked="" type="checkbox"/> リハ評価 <input checked="" type="checkbox"/> リハカンファレンス <input type="checkbox"/> BI ( ) <input checked="" type="checkbox"/> FIM ( 92 ) <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活指標 ( 6 ) <input checked="" type="checkbox"/> 在宅	<input checked="" type="checkbox"/> リハ評価 <input checked="" type="checkbox"/> リハカンファレンス <input type="checkbox"/> BI ( ) <input checked="" type="checkbox"/> FIM ( 95 ) <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活指標 ( 2 ) <input type="checkbox"/> 通院リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input checked="" type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> ケアカンファレンス <input type="checkbox"/> BI ( ) <input type="checkbox"/> FIM ( ) <input type="checkbox"/> 日常生活指標 ( ) <input type="checkbox"/> 通院リハ <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 在宅介護サービス	<input type="checkbox"/> ケアカンファレンス <input type="checkbox"/> BI ( ) <input type="checkbox"/> FIM ( ) <input type="checkbox"/> 日常生活指標 ( ) <input type="checkbox"/> 通院リハ <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 在宅介護サービス			
	A 軽度障害コース (1~2カ月) (mRS II-III: 歩行自立)	A 軽度コース (1~2カ月) (BI 85-100, FIM 110-126)	<input type="checkbox"/> 病棟内歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練	<input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> I-ADL訓練	<input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> I-ADL訓練	<input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> I-ADL訓練	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院リハ <input type="checkbox"/> 在宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院リハ <input type="checkbox"/> 在宅介護サービス		
	B 標準コース (2~3カ月) (mRS IV : 起立自立、座位自立)	B 標準コース (2~3カ月) (BI 55-80, FIM 80-109)	<input checked="" type="checkbox"/> 病棟内歩行訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 病棟内歩行訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 病棟内歩行訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅訓練 <input checked="" type="checkbox"/> I-ADL訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院リハ <input type="checkbox"/> 在宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院リハ <input type="checkbox"/> 在宅介護サービス		
C 重度障害コース (3~5カ月) (mRS V : 座位不可)	C 重障コース (3~5カ月) (BI 0-50, FIM 18-79)	<input type="checkbox"/> 座位訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練	<input type="checkbox"/> 起立訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練	<input type="checkbox"/> 起立訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練	<input type="checkbox"/> 車椅子移動訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練	<input type="checkbox"/> a 標準ケアコース (BI 25以上) <input type="checkbox"/> b 重障ケアコース (BI 0-20)	<input type="checkbox"/> a 標準ケアコース (BI 25以上) <input type="checkbox"/> b 重障ケアコース (BI 0-20)			
排泄	<input type="checkbox"/> 意識障害あり <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害(失語症など)あり <input type="checkbox"/> 排尿障害あり <input type="checkbox"/> 導尿あり (○持続 ○間歇)	<input type="checkbox"/> 意識障害管理 (意識障害が改善したら重障コースへ) <input checked="" type="checkbox"/> 高次脳機能障害訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 排尿訓練 <input type="checkbox"/> 導尿形式 (○持続 ○間歇)				<input type="checkbox"/> 意識障害あり <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害(失語症など)あり <input type="checkbox"/> 排尿障害あり <input type="checkbox"/> 導尿あり (○持続 ○間歇)				
清潔	清拭・入浴様式 (○自立 ○介助)	入浴様式 (○自立 ○介助)			入浴様式 (○自立 ○介助)					
食事	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり 栄養 (経口, 経管, 経口+経管) <input type="checkbox"/> MRSAあり	<input checked="" type="checkbox"/> 嚥下訓練を要す 栄養 (経口, 経管, 経口+経管) <input type="checkbox"/> MRSAあり	<input type="checkbox"/> PEGあり ( ) 栄養 (経口, 経管, 経口+経管)			栄養 (経口, 経管, 経口+経管) <input type="checkbox"/> MRSAあり				
治療の継続	抗凝固薬 (○有 ○無) ワファリン 退院時のPT-INR ( ) ダビガトラン ( ) リバ-ロサバン ( ) 7ピ-キサン ( ) エド-キサン ( ) 抗血小板薬 (○有 ○無) 糖尿病管理 (○有 ○無) 脂質異常症 (○有 ○無) 降圧薬管理 (○有 ○無) <input type="checkbox"/> 喫煙あり ( ) <input type="checkbox"/> 水頭症管理あり ( ) (ハルブタイプ: , シヤント圧: )	PT-INR ( ) PT-INR ( ) PT-INR ( )	抗凝固薬 (○有 ○無) ワファリン PT-INR ( ) ダビガトラン ( ) リバ-ロサバン ( ) 7ピ-キサン ( ) エド-キサン ( ) 抗血小板薬 (○有 ○無)(バイアスピリン) 糖尿病管理 (○有 ○無) 脂質異常症 (○有 ○無) 降圧薬管理 (○有 ○無)(イミダプリル) <input type="checkbox"/> 喫煙あり ( ) <input type="checkbox"/> 水頭症管理あり ( ) (ハルブタイプ: , シヤント圧: )	抗凝固薬 (○有 ○無) ワファリン PT-INR ( ) ダビガトラン ( ) リバ-ロサバン ( ) 7ピ-キサン ( ) エド-キサン ( ) 抗血小板薬 (○有 ○無) 糖尿病管理 (○有 ○無) 脂質異常症 (○有 ○無) 降圧薬管理 (○有 ○無) <input type="checkbox"/> 喫煙あり ( ) <input type="checkbox"/> 水頭症管理あり ( ) (ハルブタイプ: , シヤント圧: )	抗凝固薬 (○有 ○無) ワファリン PT-INR ( ) ダビガトラン ( ) リバ-ロサバン ( ) 7ピ-キサン ( ) エド-キサン ( ) 抗血小板薬 (○有 ○無) 糖尿病管理 (○有 ○無) 脂質異常症 (○有 ○無) 降圧薬管理 (○有 ○無) <input type="checkbox"/> 喫煙あり ( ) <input type="checkbox"/> 水頭症管理あり ( ) (ハルブタイプ: , シヤント圧: )	抗凝固薬 (○有 ○無) ワファリン PT-INR ( ) ダビガトラン ( ) リバ-ロサバン ( ) 7ピ-キサン ( ) エド-キサン ( ) 抗血小板薬 (○有 ○無) 糖尿病管理 (○有 ○無) 脂質異常症 (○有 ○無) 降圧薬管理 (○有 ○無) <input type="checkbox"/> 喫煙あり ( ) <input type="checkbox"/> 水頭症管理あり ( ) (ハルブタイプ: , シヤント圧: )	抗凝固薬 (○有 ○無) ワファリン PT-INR ( ) ダビガトラン ( ) リバ-ロサバン ( ) 7ピ-キサン ( ) エド-キサン ( ) 抗血小板薬 (○有 ○無) 糖尿病管理 (○有 ○無) 脂質異常症 (○有 ○無) 降圧薬管理 (○有 ○無) <input type="checkbox"/> 喫煙あり ( ) <input type="checkbox"/> 水頭症管理あり ( ) (ハルブタイプ: , シヤント圧: )			
	<input type="checkbox"/> 合併症あり ( ) <input type="checkbox"/> 弾性ストッキング着用あり ( ) <input type="checkbox"/> 気管切開あり ( ) <input type="checkbox"/> 褥瘡管理あり ( )	<input type="checkbox"/> 合併症の治療指示 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 弾性ストッキング離脱 時期指示 ( 年9月26日 ) <input type="checkbox"/> 気管切開管理指示 ( ) <input type="checkbox"/> 褥瘡管理指示 ( )								
	介護保険 (○有 ○無) 転院依頼日 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険の説明 ( /06/29 ) <input checked="" type="checkbox"/> 在宅意志確認 ( /06/29 ) <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険の申請 ( /07/04 )	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査 ( /07/20 ) <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネ決定 ( /08/17 ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定 ( /08/01 )	<input checked="" type="checkbox"/> ケアプラン作成 ( /09/28 ) <input checked="" type="checkbox"/> 家屋調査 ( /09/02 ) <input checked="" type="checkbox"/> 家屋改修 ( /09/26 )	<input type="checkbox"/> 介護指導 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 退院前サービス担当者会議 ( /09/28 ) <input type="checkbox"/> 転院情報書 ( ) <input type="checkbox"/> 転院依頼日 ( )					
退院/転院基準	※ 急性期 1) 急性期治療が終了していること 2) 全身状態が安定していること ※ 退院: 在宅が可能であること ※ 転院: 準備が出来ていること		※ 回復期 1) ADLが在宅可能であり在宅への準備が出来ていること 2) 回復期リハの効果プラトーであること 3) 維持期への準備が出来ていること			※ 維持期 1) 在宅への準備が出来ていること 2) 維持期リハの効果プラトーであること				

# A氏 熊本脳卒中 地域連携パス 患者さん用

《脳卒中地域連携パス》（患者様用）：

様（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）

(退院・転院基準) ※急性期 1)急性期治療が終了していること 2)全身状態が安定していること		(退院・転院基準) ※回復期 1)ADLが在宅可能であり在宅への準備が出来ること 2)回復期リハの効果プラトーであること 3)維持期への準備が出来ること		(退院・転院基準) ※維持期 1)在宅への準備が出来ること 2)維持期リハの効果プラトーであること	
急性期病院		回復期リハ病院		維持期リハ病院・施設	
現在の障害を説明します <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"/> パス公示日 (平成 年 月 日)		3つのリハコースを説明します 軽度障害リハコース (1ヶ月) BI 85-100, FIM110-126 標準リハコース (2ヶ月) BI 55-80, FIM80-109 重度障害リハコース (3ヶ月) BI 0-50, FIM18-79		ケアが必要なことを説明します いろいろな事情で在宅が不可能な方は2つのケアコースでケアがすすむと思います。維持期リハ病院施設で詳しい評価がされます。 標準ケアコース(要少~要多介助) 重障ケアコース(全介助)	
ADL 発症前 退院時 mRS 日常生活指標		1ヶ月 2ヶ月 3ヶ月 退院 通院 退院 通院 退院		療養型病床・介護老人保健施設 2つのケアコースを説明します 2-3ヶ月ごとにケアプランをつくり方針を相談します 標準ケアコース(BI 25以上) 重度障害ケアコース(BI 0-20)	
リハビリが必要であることを説明します 以上の障害でリハビリが必要です。詳しい評価はリハ病院でされます。現在の移動能力で以下の3つのコースでリハビリがすすむと思われます。		詳しいリハ評価 バーセル指数(BI) FIM指数(FIM) いずれかの評価でコースが決まります		排尿訓練 摂食・嚥下訓練 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 かかりつけ医の選択 生活習慣病の指導	
		回復期入院時 1ヶ月 2ヶ月 3ヶ月 4ヶ月 5ヶ月 6ヶ月		維持期リハ(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。	
日常生活指標 FIM又はBI		介護保険の説明 要介護認定 要支援1, 2 要介護1, 2, 3, 4, 5 介護保険の申請 ケアマネジャ決定 介護指導 認定調査 ケアプラン作成 サービス担当者会議		在宅医療(かかりつけ医) 訪問診療・訪問リハ 転院入所調整 通所リハ・訪問看護 在宅介護	
軽度障害リハコース(1ヶ月) ひとりで歩ける		重度障害リハコース(3ヶ月) ひとりで座れない		※ 経過中に急変した時は急性期病院へ連携します	
治療の継続、管理、再発予防目標 <input type="checkbox"/> 血圧のコントロール 血圧管理 < 140/90 <input type="checkbox"/> ワーファリン <PT-INR> 70才未満 2.0-3.0 70才以上 1.6-2.6 <減塩> 6g/日以下、体重コントロール		<脂質異常症> LDL-コレステロール < 120mg/dl HDL-コレステロール ≥ 40mg/dl T-G < 150mg/dl		<input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> インスリンコントロール <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 抗血小板剤 <input type="checkbox"/> 胃薬 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> シヤント圧	

## MSW 情報提供書

介護保険	要介護4	負担割合	1割
有効期間	年07月 日 ~ 年07月 日		
居宅介護支援事業所	[Redacted]		
担当CM	[Redacted]		
その他社会資源	経済面:年金受給中(月約17万)。		
家族状況	本人・妻(key/車運転可)との2人暮らし。妻は [Redacted] 膝半月板の入院手術歴 [Redacted] あり。長女(日中仕事)は [Redacted] 在住。次女(日中仕事だがいつでも連絡可能)は [Redacted] 在住。	ジェノグラム	[Redacted]
生活歴	入院前のADL・IADLは全般自立。歩行は屋内外独歩自立。車の運転もされていた。運転の機会は月6回程度。グランドゴルフが趣味で週2~3回は必ず楽しんでいる。場所は自宅徒歩圏内の公園(徒歩)と5km先の公園(車)。自宅では2階の自室でパソコンや写経をされている。朝7時起床。夜9時半就寝。夜はよくラジオを聴かれていた。晩酌の習慣あり。350mlビール+焼酎水割グラス2杯。	住環境	持ち家2階建て。本人居室は2階。和室にベッドを使用。洋式トイレ縦手すりあり。テーブル椅子の生活様式。
その他コメント	<p>お世話になっております。簡単ではありますが、患者さまのMSW情報提供書になります。 [Redacted] 介護支援専門員: [Redacted] CMへ居宅相談を行った際のMSW情報提供書になります。詳しい看護・リハビリ状況につきましては、後日お渡し予定の看護・リハビリサマリーをご参照下さい。</p> <p>その他、何かご不明な点がありましたら [Redacted] ご連絡下さい。</p>		

MSW [Redacted]

## MSW 情報提供書

各担当事業所  担当者 様	宛先	担当者	
	医療機関名	[Redacted] 病院	
	所在地	[Redacted]	
	TEL	[Redacted]	
	FAX	[Redacted]	
	MSW	[Redacted]	

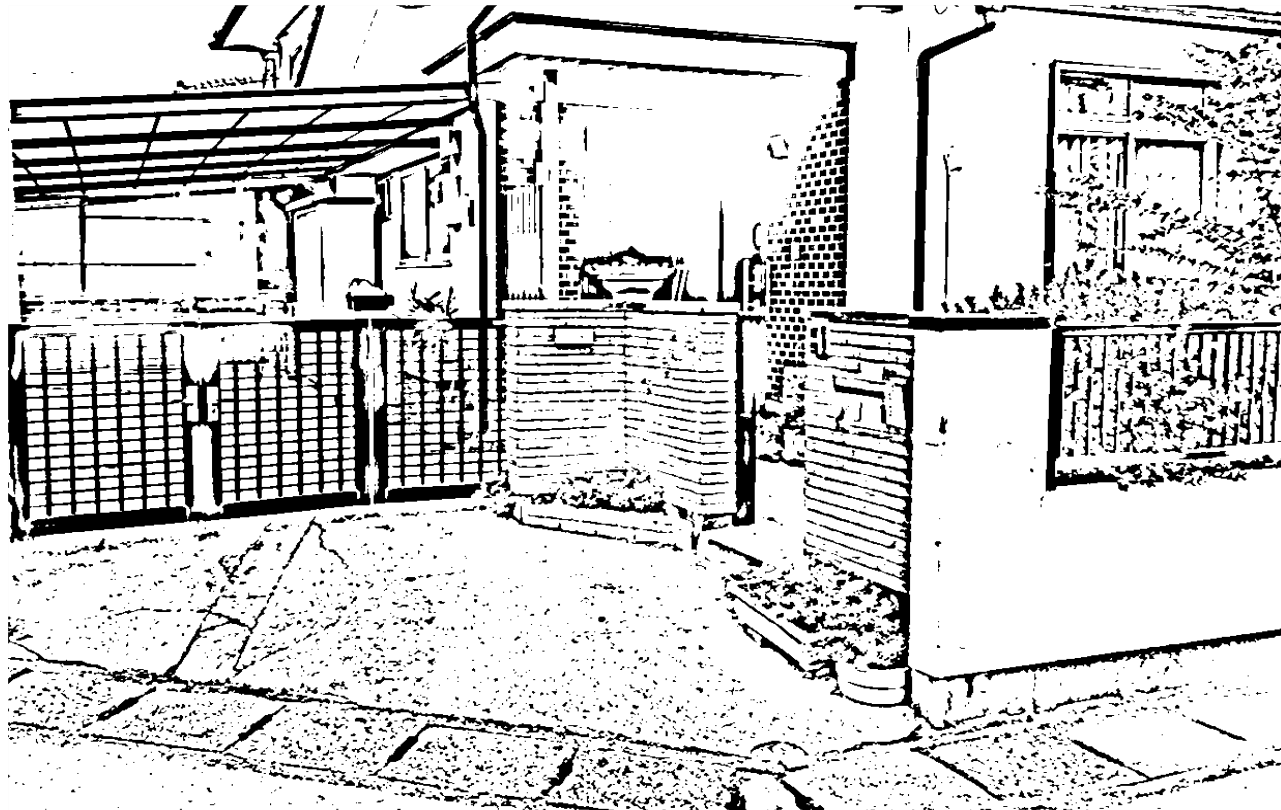
お世話になっております。下記、情報提供致します。ご不明な点などありましたら、担当MSWまでご連絡ください。

フリガナ	●●●●	男	生年月日	昭和 [Redacted]	年齢	●
患者氏名	●●●●					
住所	〒 [Redacted] [Redacted]					
連絡先	氏名: [Redacted] (続柄: 妻) TEL: [Redacted]					
	氏名: [Redacted] (続柄: 次女) TEL: [Redacted]					
主病名	脳梗塞	発症日	年06月 日			
主治医	[Redacted]	診療科	脳神経内科			
入院日	年06月 日	退院(予定)日	年09月 日 頃			
かかりつけ医	[Redacted] クリニック					
既往歴	高脂血症(40/治癒)、脊髄症性頸髄症					
現病歴経過 リハビリ状況	<p>6/ [Redacted] 朝からふわふわした感じがあり。12時頃一人で昼食を摂っていた際に口角から食べ物がこぼれる、ラ行のしゃべりにくさなどの症状あり。妻が帰宅した際には何を話しているか聞き取れないほどであった。 [Redacted] 病院へ救急搬送され脳梗塞(右内頸動脈)の診断を受け即日入院。急性期治療を経て、リハビリ目的にて6/ [Redacted] 転院となる。</p>					
現在のADL状況	移動	自立	車椅子自走			
	移乗	自立				
	食事	自立	摂食自立。主食御飯。副食軟菜一口大。総1400kcal			
	排泄	一部介助	急がれる時にプレーキのかけ忘れあり声掛け注意が必要。日中リハベン履とり。夜間オムツ。失禁あり。			
	入浴	一部介助	シャワー座浴			
	更衣	見守り				
	整容	自立	車椅子座位にて自立			
服薬管理	一部介助	自立訓練中				
認知症状	なし					

# 回復期リハ棟→ご家族・居宅・訪問リハ・通所リハ

## 基本情報

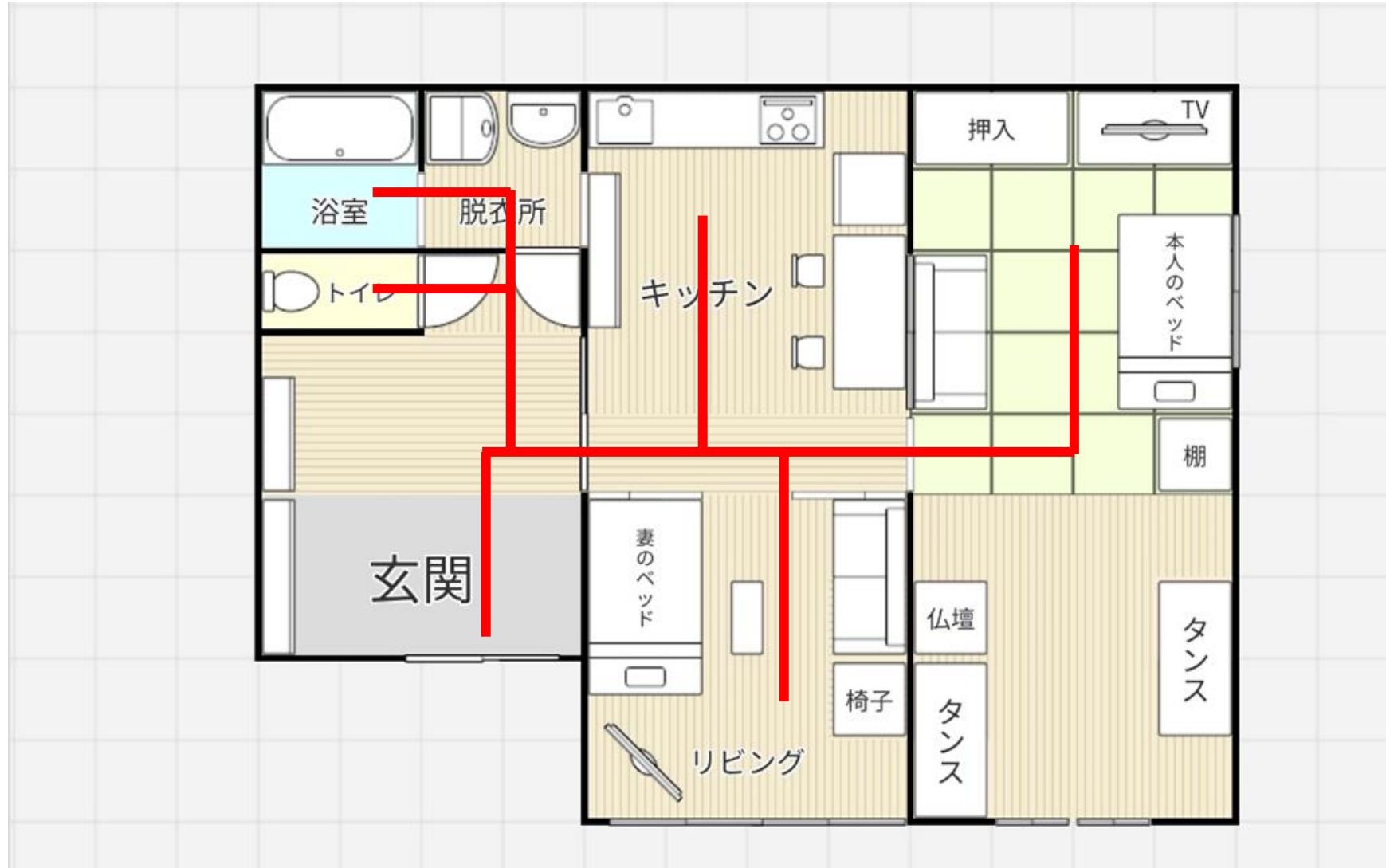
- ・ 80歳代 男性
- ・ 診断名：脳梗塞（既往：頸椎症性脊髄症）
- ・ 発症前：屋内→杖歩行自立  
屋外→杖歩行（湯の児装具あり）自立  
ADLは全て自立していた
- ・ 環境：要介護認定 要介護4  
妻と2人暮らし  
発症前→サービス利用無し  
グランドゴルフ  
に通われていた



※実際は鮮明な写真です。個人情報保護のため加工しています  
※不鮮明なモノクロレベルでの写真データの使用は同意済

●●年9月2日  
退院前訪問

# 間取りと動線



( — ) : 主な動線



# 移動手段

## 屋内移動

- 車椅子自走または1本杖歩行見守り



ネクストコア  
(自走)

00066-000358

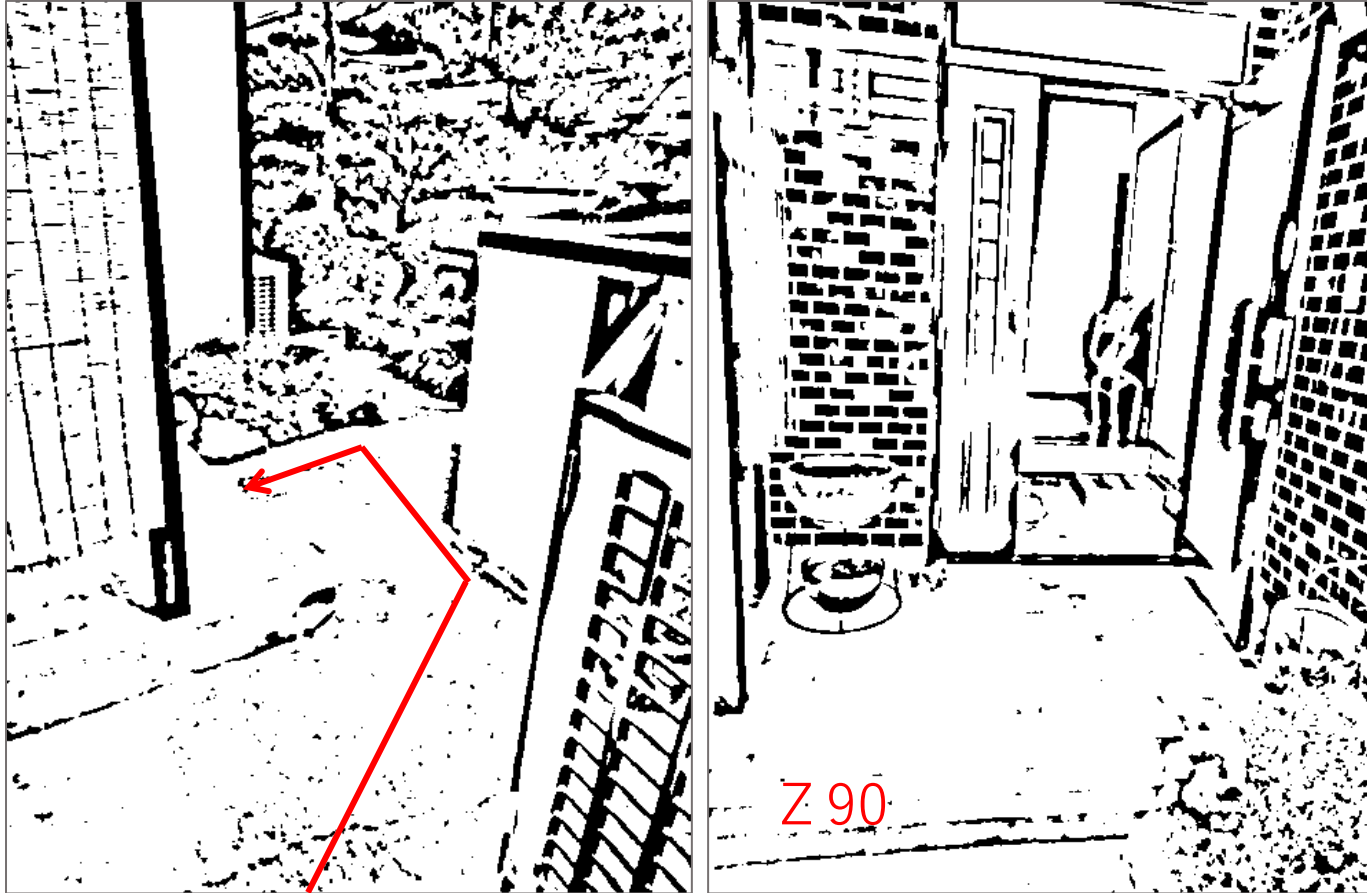
## 屋外移動

- 車椅子介助（短距離であれば1本杖歩行軽介助）

長距離移動の際は暫くは屋内外兼用

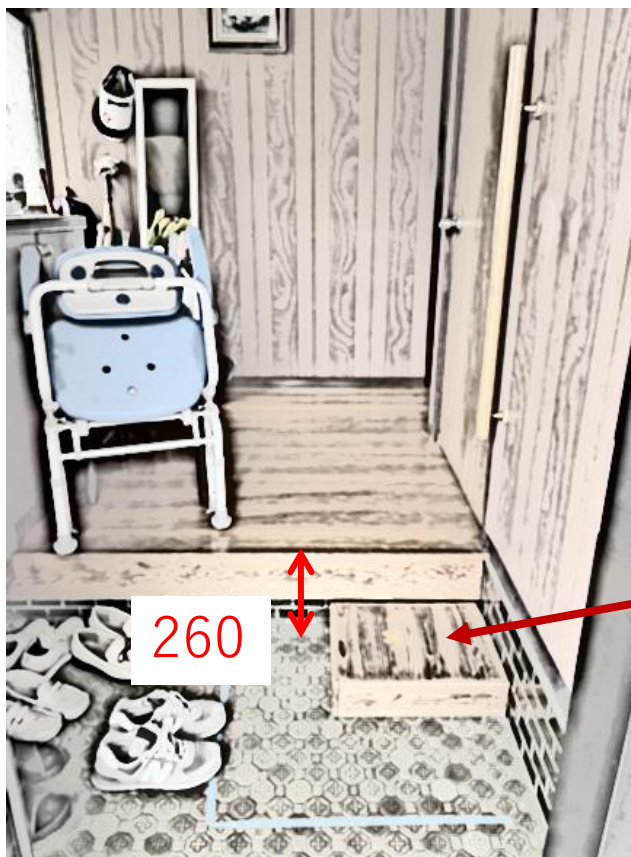
- ・ ご自宅でお一人で過ごされる際や外出して長距離の移動の際は車椅子を使用して下さい
- ・ ご家族の見守りの下では1本杖歩行が可能です。今後、訪問リハビリや在宅生活を送る中で歩行への移動が慣れてきたら、自宅内の車椅子除去を検討して下さい

## 外玄関（玄関ポーチ部）



- ・ 玄関へは車庫側から入って頂くようにお願いします。
- ・ 段差を昇降する際は必ず左腋窩を介助し、昇段時は右足から、降段時は左足からの順で昇降ます。その際声掛けをお願いします。
- ・ 外へ出る際は必ず付き添いの下での移動をお願いします。
- ・ 外玄関の改修に関しては退院後生活される中で検討をお勧めします。

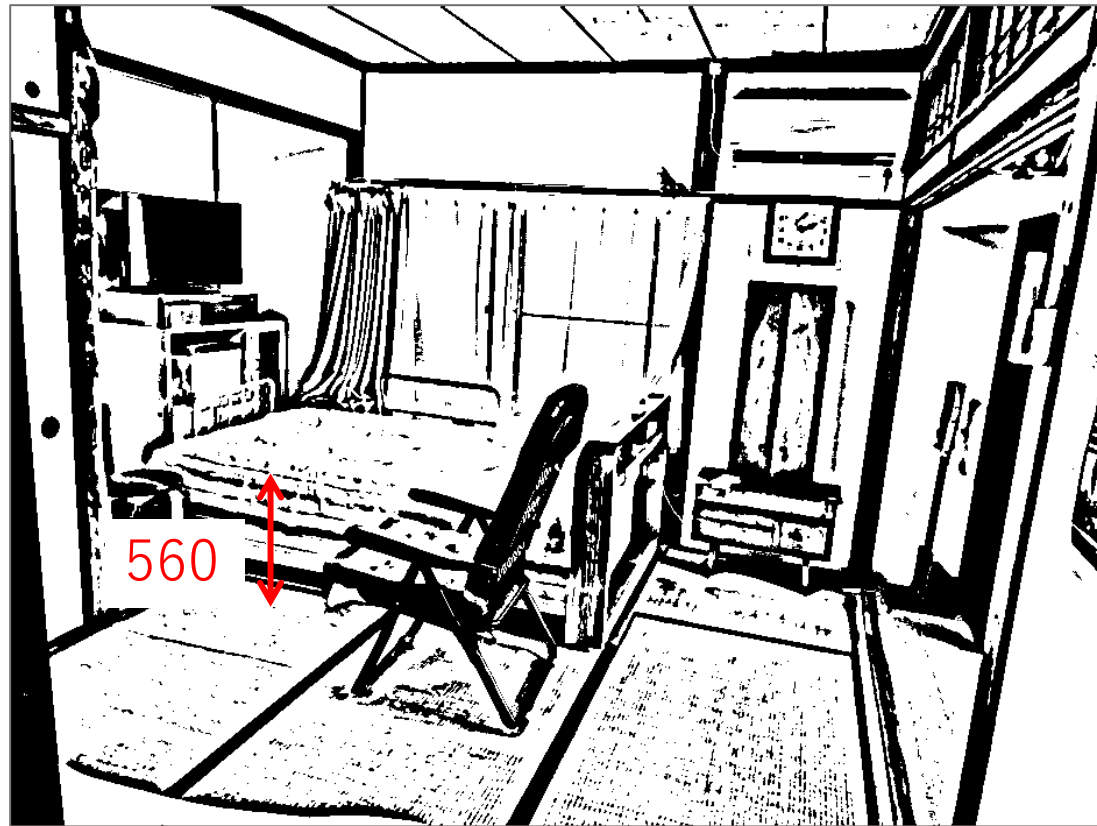
# 内玄関



玄関用自在手すりツインディ  
(片手すり踏み台式)  
00980-000206

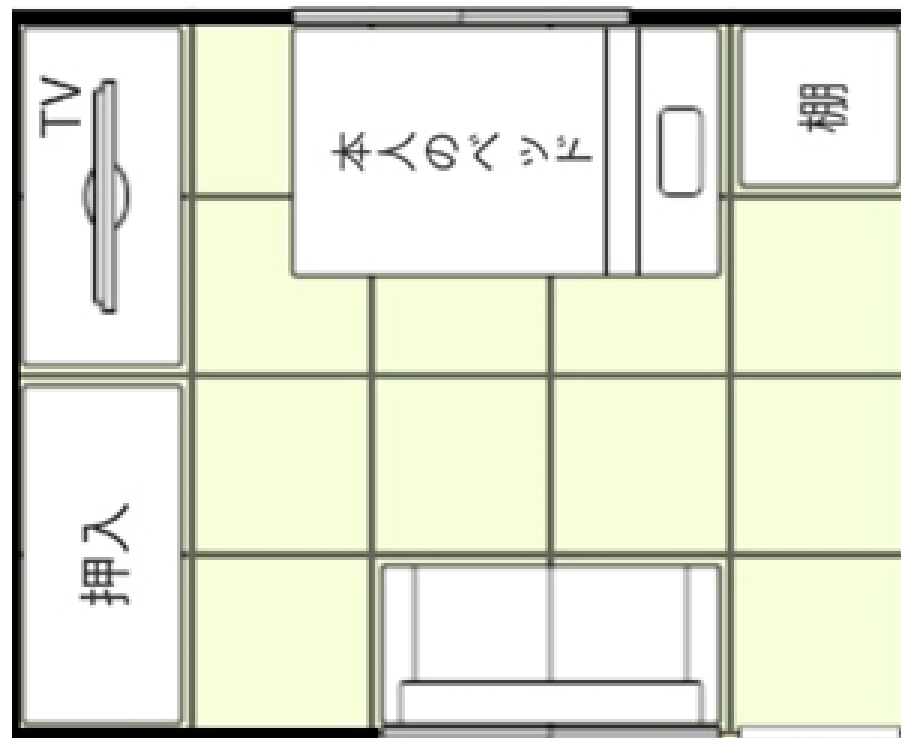
- ・ 上り框に右図（ツインディ）の物を設置することをお勧めします。
- ・ 昇降時は必ずご家族や通所リハサービススタッフ付き添いの下でお願いします。  
(昇段時：右足から 降段時：左足から)
- ・ 靴の着脱は椅子を使用し見守りのもと行なってください。

# 寝室

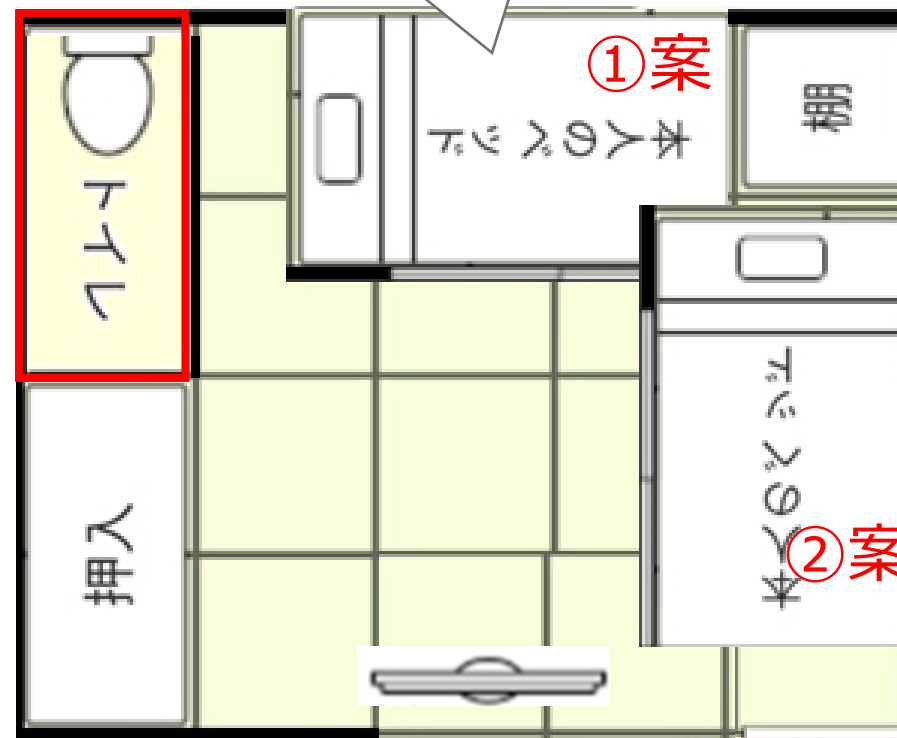


- ・ソファーや使用しない家具の移動をお願いします
- ・タンスには本人の届く位置に物品を管理して頂くことをお勧めします
- ・フローリングへ変更後の家具配置案は次ページを御参照下さい

# 寝室 (案)

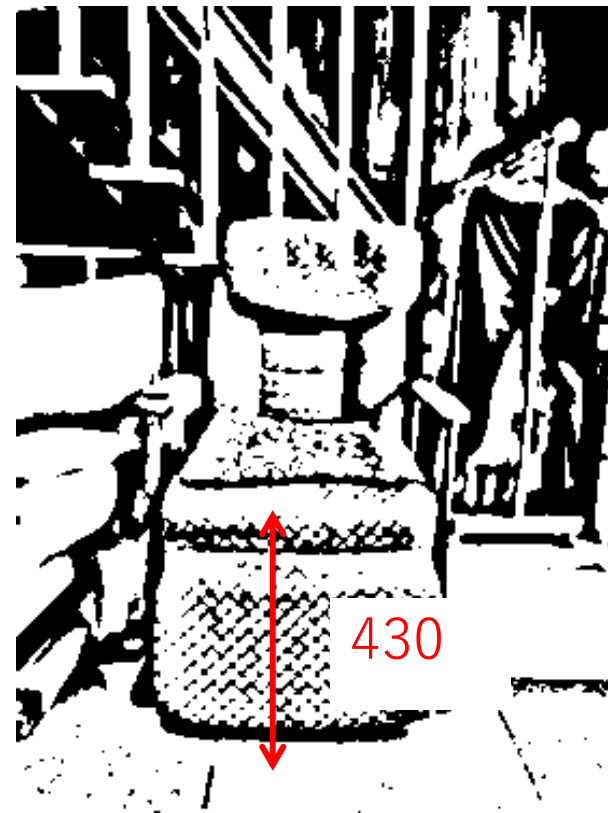


トイレに改修



- ・トイレの向きや手すりは写真図のように設置されることをお勧めします。
- ・トイレのドアは引き戸への変更をお願いします。
- ・ベッドは右向きへ変更のため枕の位置を調整して下さい。
- ・ベッドの位置は①や②の位置で調整をお願いします (本人希望は①)。

# 居室



本人様専用椅子

- ・ 改修の予定はありません
- ・ 食事用のテーブルは、必要に応じて変更をお勧めします
- ・ ソファーには座らず、ご本人専用の椅子に座って頂くようお願いいたします

# トイレ



- ・杖歩行でトイレに行かれる際は、杖を①or②の位置に置くことをお勧めします
- ・パッドの交換が行い易いよう手の届く位置に物品の配置をお願いします

# 脱衣所

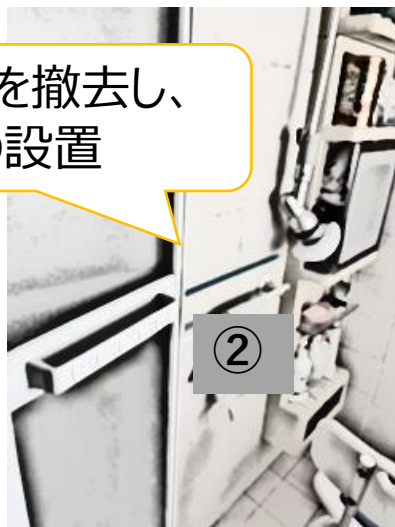
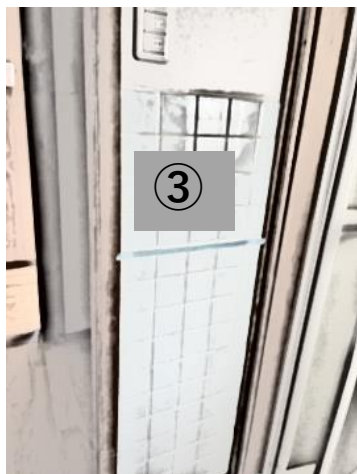


- ・ 入浴後の着替え用の椅子 ○ は高さが低い為変更をお願いします
- ・ 着替え用の椅子として、屋内用の車椅子や、背もたれ付きの椅子への変更をお勧めします
- ・ 浴室入口に移動用として横手すり設置の検討をお願いします



# 浴室

タオル掛けを撤去し、  
横手すりの設置



～出入りの手順～

## 入る時

1. 滑り止めマット（畳）を敷く
2. 入口の手すりを握る
3. シャワチェアの背もたれを握る
4. 縦手すりを握り座る

## 出る時

1. 縦手すりを握る
2. 方向転換し横手すりを握る
3. 入口に設置する横手すりを把持し、昇段する

- ・ ご自宅での入浴は必ず移動時は見守りの下行って下さい
- ・ 浴槽には入らず、シャワーでの入浴をお願いします
- ・ 滑り止めマットを忘れずに敷いて下さい
- ・ シャワーチェアは右図のものへ変更をお勧めします（跳ね上げ,折りたたみ式）
- ・ タオル掛けを撤去し、横手すりの設置をお願いします
- ・ 訪問リハビリにて継続した入浴動作練習の継続をお願いします



# 申し送り内容のまとめ

## ■移動手段

- ・屋内：杖歩行+車椅子（ご家族不在の時）
- ・屋外：杖歩行+車椅子（長距離の外出は使用）

## ■サービス

- ・通所リハビリ（週2回：リハビリ、入浴機会の確保）
- ・訪問リハビリ（週2回：退院後のご自宅環境確認、入浴動作練習）

## ■改修

- ・外玄関（ゆくゆく改修予定）
- ・増築トイレに手すり設置

## ■レンタル

- ・ベッドサイド手すり（たちあっぷ）
- ・屋内用車椅子
- ・玄関用自在手すりツインディ（片手手すり踏み台付き）

## ■購入

- ・シャワーチェア

## ■自費改修

- ・寝室畳→フローリングへの変更
- ・寝室内にトイレ増築

# ケアマネジメント連絡票 ※A氏でないサンプル

ケアマネジメント連絡用紙

記入例:入所→在宅

該当機関名

(依頼元機関) 居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所  
地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関

(依頼先機関) 居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所  
地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関

依頼先機関等名 ○○○○

担当者 ○○ ○○ 殿

氏名 ○○ ○○ 生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ( 80 歳) 職業 無職(元会社員)

住所 ○○○○○○○○○○ 性別 (男) ・ 女

電話番号 ○○-○○○-○○○

認定情報 要介護状態等区分: 要支援( 1 ・ 2 ) 経過的要介護 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )  
(有効期間: ○年○月○日～○年○月○日)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) 紹介目的  
脳出血 右片麻痺、右顔面麻痺 遠所にあたってのご報告及び継続支援のご依頼

目標とする生活(本人及び家族)  
本人: 今後も身の回りのことは一人でやっていきたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや園芸も続けたい。  
家族: 日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)  
※利用者基本情報(フェイスシート)を参照

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化  
入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自立しました。自宅の近くの坂道程度も自立しました。身の回り行為(ADL)は自宅内では自立していることを外泊時に確認しています。  
趣味の盆栽や園芸も片手でできるようになりました。(入所中の自由時間にも行っております。)

現状の問題点・課題  
がんばりすぎる傾向があります。まだ疲労し易い様子もみられます。

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること  
・ 盆栽や園芸を片手で行うことは今後も上手になっていきます。  
・ 一度に長い時間歩いたりせずに、時々休みながら行うことをすすめてください。  
・ 町内会参加や外出などで生き生きとした生活となるようすすめてください。  
・ 積極的な方なので社交範囲が広がる新しい地域活動もあればご紹介ください。

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日  
事業所 ○○○○  
担当者 ○○ ○○  
電話 ○○-○○○-○○○  
FAX ○○-○○○-○○○

ケアマネジメント連絡用紙

記入例:通所リハビリテーション→在宅

該当機関名

(依頼元機関) 居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所  
地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関

(依頼先機関) 居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所  
地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関

依頼先機関等名 ○○○○

担当者 ○○ ○○ 殿

氏名 ○○ ○○ 生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ( 75 歳) 職業(元専業主婦)

住所 ○○○○○○○○○○ 性別 男 ・ (女)

電話番号 ○○-○○○-○○○

認定情報 要介護状態等区分: 要支援( 1 ・ 2 ) 経過的要介護 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )  
(有効期間: ○年○月○日～○年○月○日)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) 紹介目的  
変形性膝関節症(右膝で強い、20年前から) 通所リハビリテーション終了にあたってのご報告及び継続支援のご依頼  
①膝痛のため5年位前から  
②2ヶ月前の風邪による臥床(今回のリハビリテーション実施の主な原因)

目標とする生活(本人及び家族)  
本人: 元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。  
家族: できれば平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)  
生来健康でしたが、65歳時から高血圧指摘され、68歳時降圧剤(○○○)を服用開始しています。  
20年前から膝痛あり、膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、生活不活発病が徐々に出現していました。  
15年前から息子家族と同居していますが、日中の夫婦分の家事は本人が行っていました。但し、風邪の後からの家事は嫁のみが行っていて、役割が移っています。本人は家事を行うことが家の中の自分位置づけとして重視しています。  
俳句は10年前からはじめましたが、これによるお友達も多いことも含め生きがいになっています。

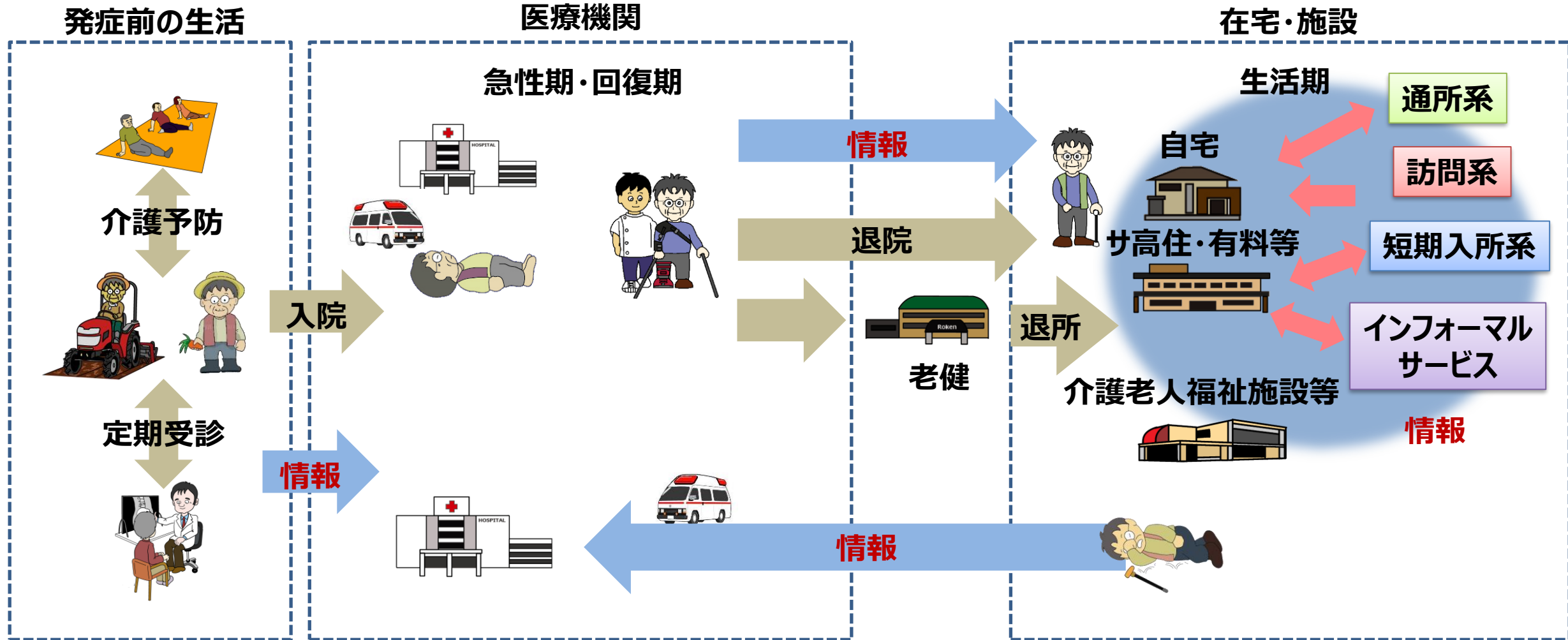
援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化  
風邪による安静のために生活不活発病が急激に進行し、その改善を主目的としてそれに対し平成17年より週2回通所リハビリテーションを開始しました。  
生活の活発化のポイントとして、膝痛を起こしにくい家事のやり方の指導と屋外歩行の範囲の拡大などを図りました。杖を使うことで外出が自立し、平日の家事が自立したのでリハビリテーションは終了しました。  
更に活動性は向上できると思われます。日常生活の中でできることを増やしていくように支援いただければ幸いです。  
ただ、シルバーカーや杖を使うことをまだ納得していない様子もあります。

現状の問題点・課題  
膝痛の悪化した時に再び活動性が低下すること。  
リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること  
買い物などの外出や友人との交流等の社会参加の機会を促進してください。今後更に生活範囲が拡大するように、地域における様々な資源の紹介もよろしくお願ひします。  
日中の家事の主体が再び本人に戻るよう援助ください。

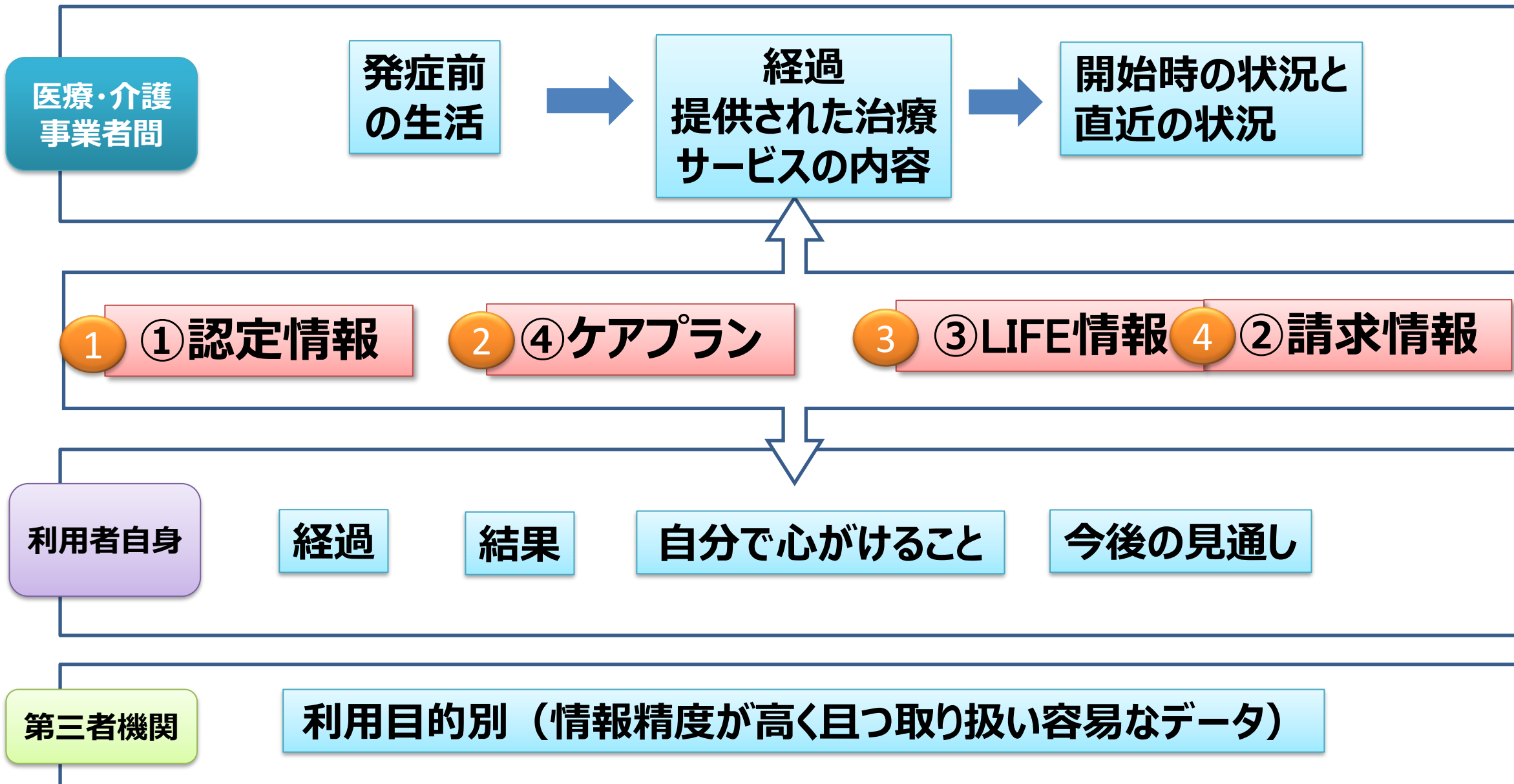
備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

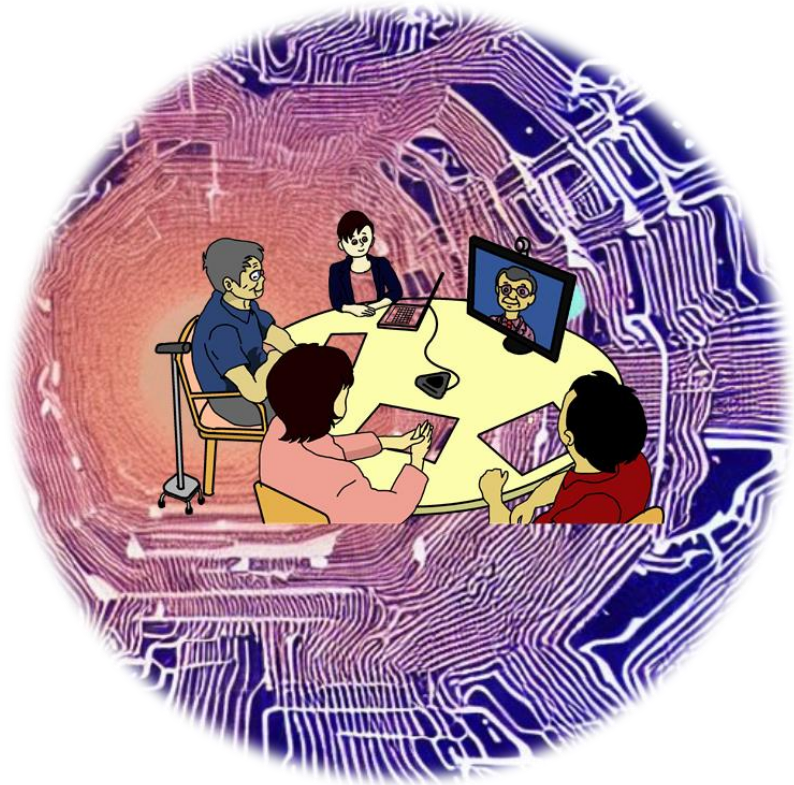
依頼日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日  
事業所 ○○○○  
担当者 ○○ ○○  
電話 ○○-○○○-○○○  
FAX ○○-○○○-○○○

# 脳卒中モデルの場合



# 共有すべき情報

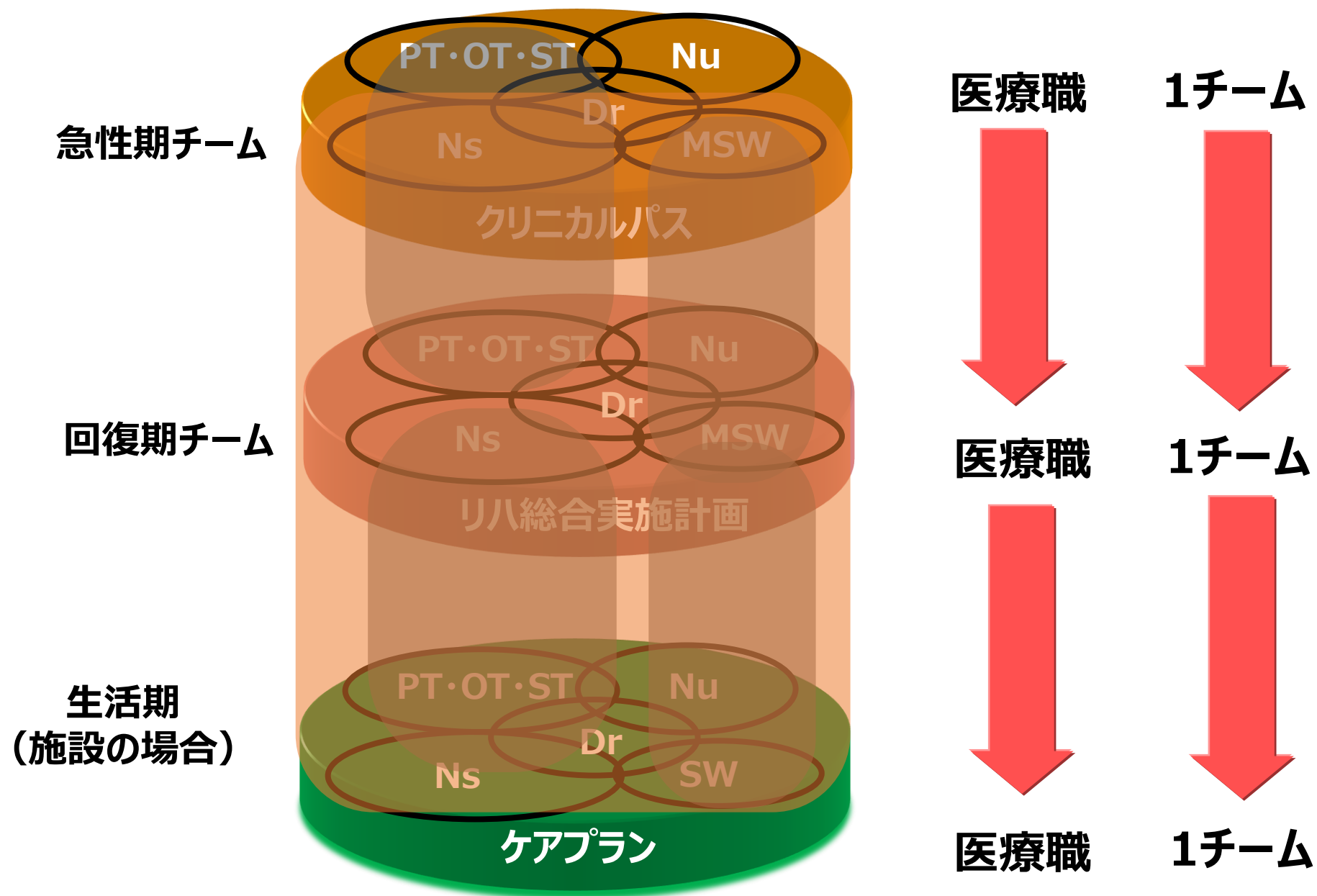




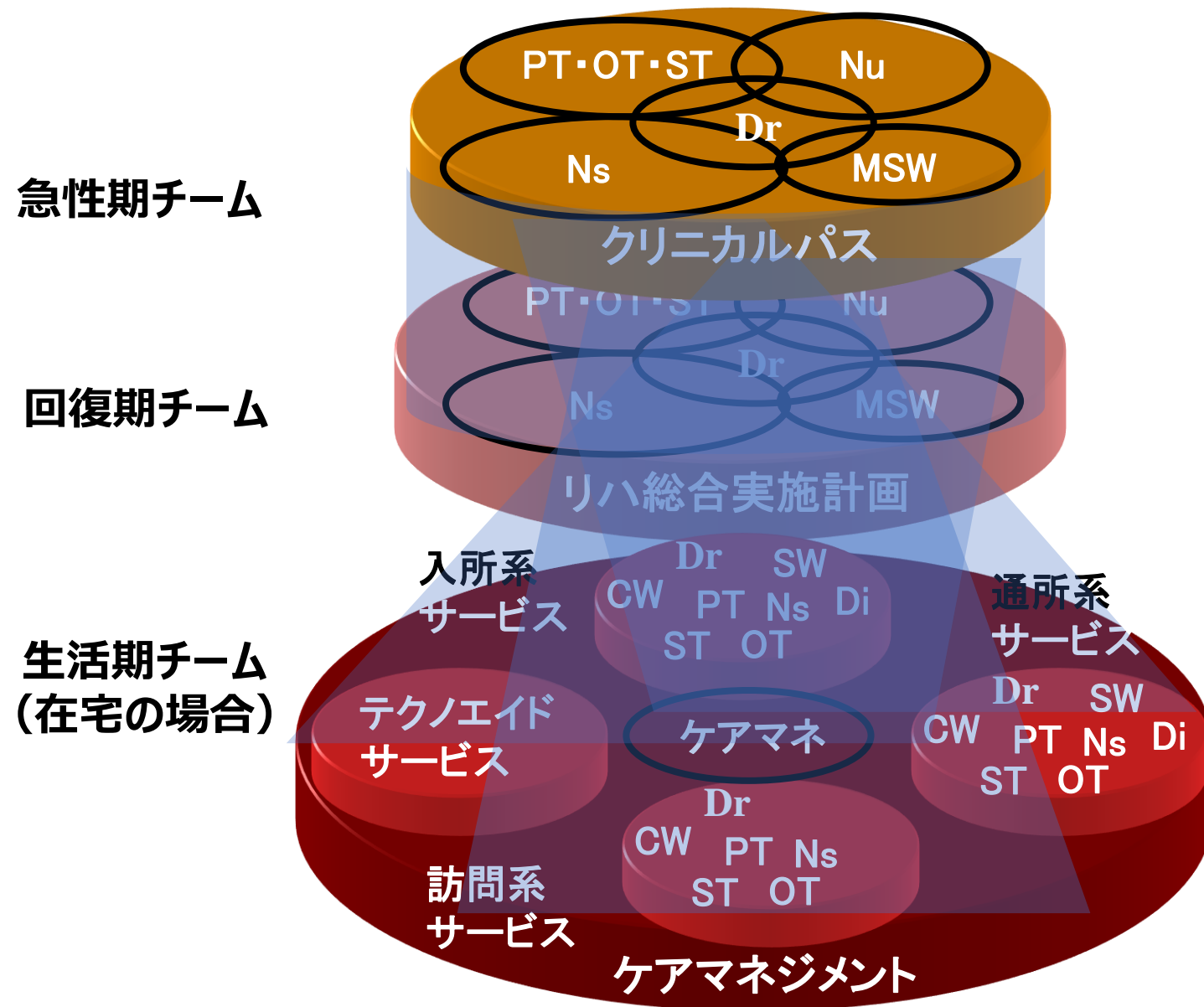
情報共有の課題

安全管理措置

# チーム間連携：急性期・回復期・生活期（施設）



# チーム間連携：急性期・回復期・生活期（在宅）



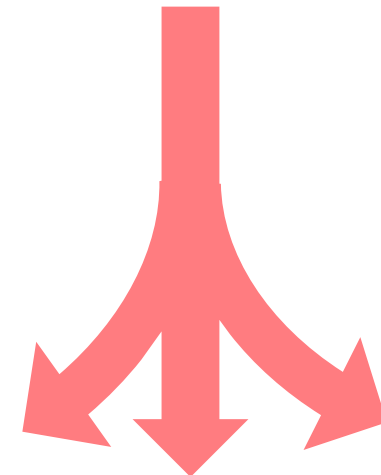
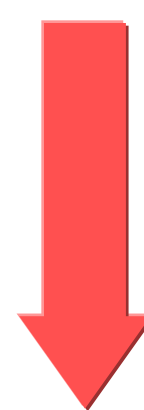
医療職

1チーム



医療職

1チーム

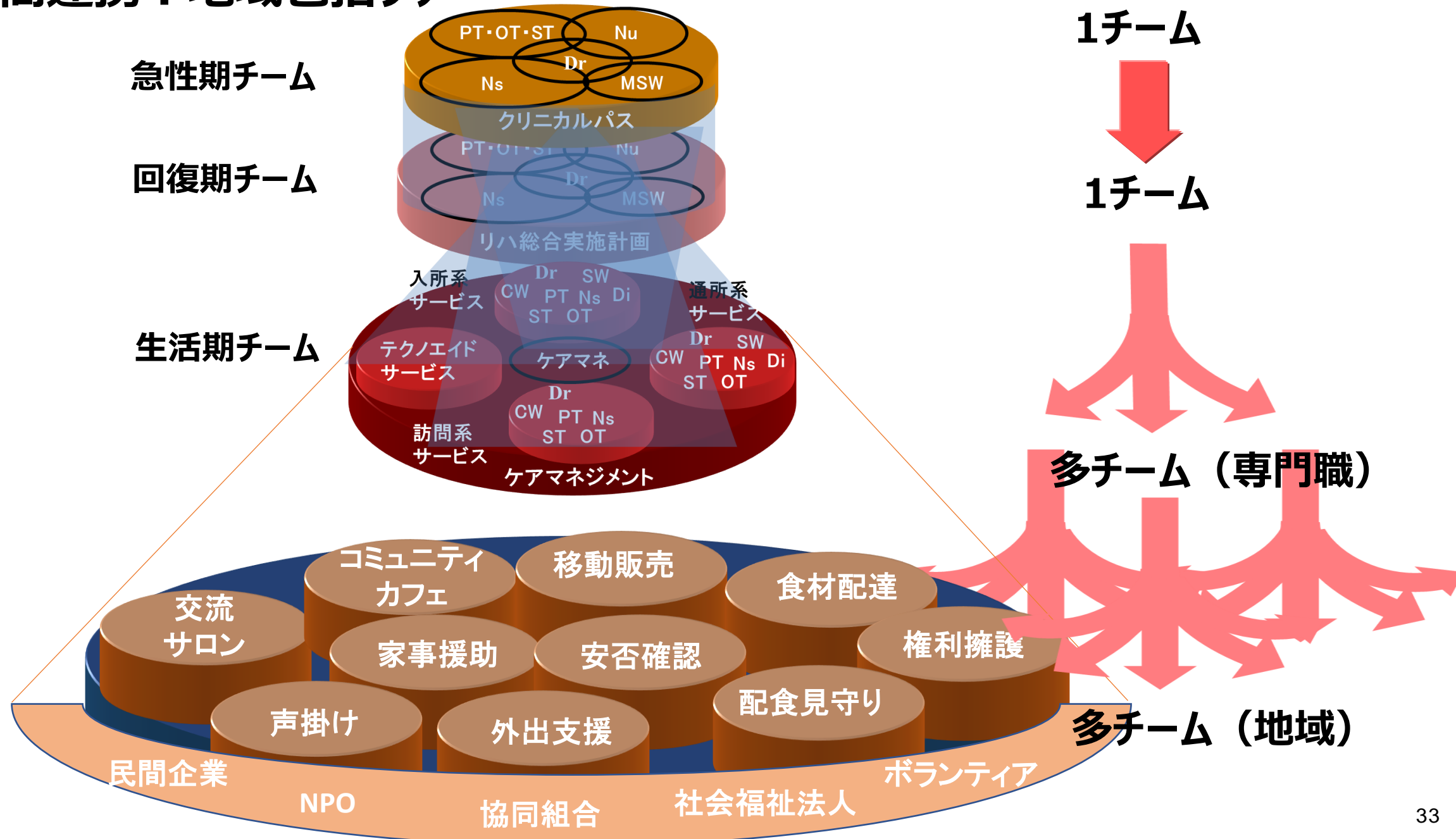


医療職  
福祉職  
一般職

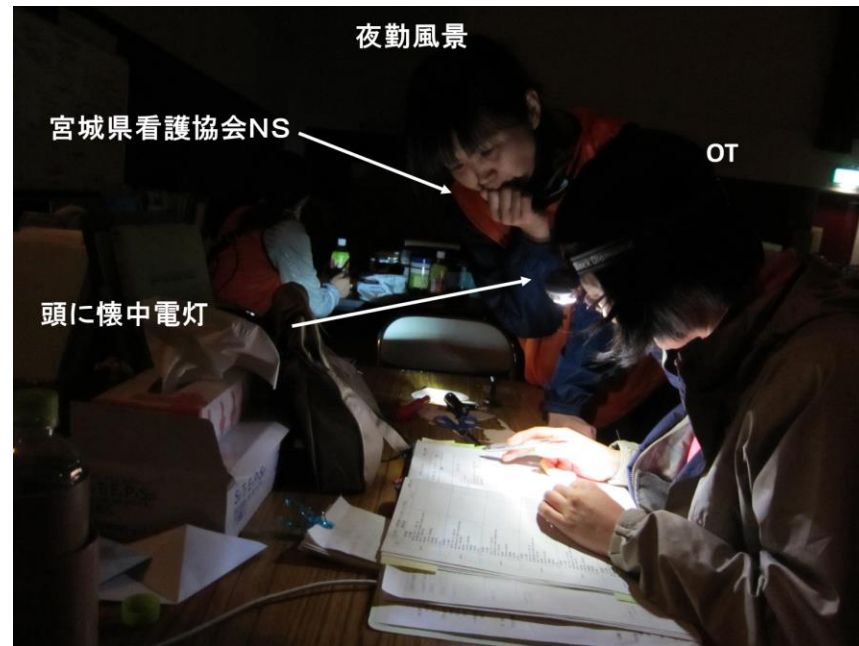
多チーム



# チーム間連携：地域包括ケア



# チーム間連携：災害支援





# 情報共有に影響与える因子

利用者・家族と介護事業所間	介護事業所間	医療機関と介護事業所間	共通
本人・家族及び親族の人間関係 (共有範囲や内容に制限がかかる)	事業所間で情報(介助量や方法)の差異	共有のシートとして一般的な様式でないものの指定	アセスメントの時期、情報取得の時期の差異
本人・家族と各サービスチーム、担当者との関係 (共有範囲や内容に制限がかかる)	事業所間で求められる共有すべき情報の範囲の差異	医療機関サマリー情報量の差異	サービス提供時の情報共有の範囲や内容は担当者の判断に依存。
本人・家族の理解力(健康な範囲内)	書面に残したくない情報の共有	主治医とのタイムリー連絡体制。	情報のやりで使用するツールの多様性 本人・家族間、事業所間の差異
本人・家族の病状(認知・精神機能)	支援している地域住民、ボランティアなど専門職でないメンバーとの共有	医療機関→介護支援専門員→各事業所と間に介護支援専門員を通すことによる情報伝達・把握の遅延。	同居家族それぞれに異なるサービスチームが支援している場合の情報共有
本人・家族情報の差異 (生活史や自宅での状況説明に差異がある)	個人情報保護や情報管理に関するリテラシーの違い	外部医療機関の情報連携ツールによるサービス開始の遅延(郵送指定や担当窓口不明など)	構成員ごとに情報管理に関する理解、遵守すべき根拠法やルールが異なる

## 個人情報保護の安全対策（当事業所例）

情報共有ツール	リスク	当法人事業所での対策	
電話	留守録への録音	個人情報に関わる内容の録音はしない	
FAX	単純な番号ミス	ダブルチェック	FAX前の事前連絡 名前や住所など 一部をマジックで消して送信
	番号変更の確認ミス	チェック担当係と管理者で適宜チェック	
	事業所変更の確認ミス	チェック担当係と管理者で適宜チェック	
	連絡先事業所から番号変更連絡がない	変更がないか随時確認	
	受診FAXの管理	受診FAXは裏返して管理	
	書類の破棄	シュレッター、個人情報BOX（廃棄業者）	
封書	住所宛名ミス	ダブルチェック	
	同封書類のミス	ダブルチェック	
	住所変更の確認ミス	チェック担当係と管理者で適宜チェック	
	連絡先事業所から住所変更連絡がない	変更がないか随時確認	
	書類の破棄	シュレッター、個人情報BOX（廃棄業者）	
ネットワーク デジタルツール	共有グループの選択ミス	ダブルチェック	個人情報保護・情報リテラシーに関する啓発・研修 ・啓発ポスター掲示 ・院内メールでの啓発・情報提供 ・研修会、研修動画配信
	グループ構成員の登録等管理ミス	チェック担当係と管理者で適宜チェック	
	ハッキング・マルウェア感染	FortiGateファイアウォール、ウイルス対策ソフト ネットワークの分離、USBの使用制限	
	SNSへのアップロード	職員運営・携帯アプリ開発で家族PW管理 で個別の家族との情報共有など	
	対象者の写真、動画の管理	内部のネットワーク環境で保存	

# 守秘義務や個人情報に関する記載のある法律・規定等

各フェイズのチーム及び構成員ごとに守秘義務・個人情報保護に関する意識・知識・根拠法に差異がある

