

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 (第1回)

次 第

東京都庁第一本庁舎 33階南側 特別会議室S6
平成23年9月13日(火) 午後7時から

1. 開 会

2. 議 題

(1) 認知症に係る医療・介護関係者の連携の現状と課題について

(2) その他

3. 閉 会

〔配付資料〕

認知症対策推進事業実施要綱

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 委員名簿、同幹事名簿

(資料1) 「認知症ケアパス部会」の進め方(案)

(資料2) 情報共有が必要な場面と主な関係者(想定)

(資料3) 東京都認知症疾患医療センターについて(概要)

(資料4) 「認知症ケアパス部会」設置に係る、第11回東京都認知症対策推進会議(平成23年7月21日開催)での主な御意見

(資料5) 東京都認知症対策推進会議 医療支援部会 における連携ツールに関する議論

(資料6) 連携ツールに関する既存の取組例

(資料7) 在宅医療連携推進事業概要(平成22年度実施)

(資料8) 国における検討状況について

(資料9) 認知症に関する連携に係る主な診療報酬・介護報酬

(資料10) 医療計画に記載すべき疾病への精神疾患の追加について

(資料11) 東京都高齢者保健福祉計画(平成24~26年度)の改定について

(資料12) 認知症に係る情報共有ツール作成に向けた医療・介護・福祉関係者へのアンケートの実施について

認知症対策推進事業実施要綱

19 福保高在第 107 号

平成 19 年 6 月 14 日

一部改正

23 福保高在第 59 号

平成 23 年 5 月 16 日

第 1 目的

この事業は、認知症に関する都民への普及啓発を行うとともに、認知症の人とその家族に対する具体的な支援のあり方について検討することにより、認知症になっても地域で安心して暮らせるまちづくりを推進することを目的とする。

第 2 実施主体

この事業の実施主体は、東京都（以下「都」という。）とする。

なお、第 5 に規定する事業については、その運営を団体等に委託し、又は団体等に助成して実施することができる。

第 3 事業内容

この事業の内容は、次に掲げるものとする。

ア 東京都認知症対策推進会議の設置

イ 認知症に関する普及啓発

第 4 東京都認知症対策推進会議の設置

1 目的

認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため、東京都認知症対策推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

2 協議事項

推進会議は、認知症支援に関し、次の事項について協議する。

ア 認知症支援体制の推進に関する事項

イ 都と区市町村、介護・医療関係者、団体・企業及び都民等の役割分担や連携に関する事項

ウ 認知症実態調査に関する事項

エ 都民や関係者に向けた啓発に関する事項

オ その他必要な事項

3 構成

推進会議は、学識経験者、介護・医療関係者、行政関係者、都民等のうちから、福祉保健局長が委嘱する 20 名以内の委員で構成する。

4 委員の任期

- (1) 委員の任期は、2 年以内において局長が定める期間とする。ただし、再任を妨げない。
- (2) 委員に欠員が生じた場合、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

5 議長及び副議長

- (1) 推進会議に議長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- (2) 議長は、推進会議の会務を総括し、推進会議を代表する。
- (3) 副議長は、議長が指名する者をもって充てる。
- (4) 議長に事故があるときは、副議長がその職務を代行する。

6 招集等

- (1) 推進会議は、議長が招集する。
- (2) 議長は、3 に定める者のほか、必要と認める者の出席を求めることができる。

7 専門部会

- (1) 推進会議は、必要に応じ、専門部会（以下「部会」という。）を置くことができる。
- (2) 部会は、推進会議が定める事項について調査・検討する。
- (3) 部会は、議長が指名する委員をもって構成し、福祉保健局長が委嘱する。
- (4) 部会に、専門委員を置くことができる。
- (5) 専門委員は、議長が指名する者をもって充て、福祉保健局長が委嘱する。
- (6) 専門委員の任期は、2 年以内において局長が定める期間とする。ただし、再任を妨げないものとする。

なお、専門委員に欠員が生じた場合、補欠の専門委員の任期は、前任者の残任期間とする。

8 部会長

- (1) 部会に部会長を置き、委員及び専門委員の互選によりこれを定める。
- (2) 部会長は、専門部会の会務を総括し、専門部会を代表する。
- (3) 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代理する。

9 部会の招集等

- (1) 部会は、部会長が招集する。
- (2) 部会長は、必要があると認めるときは、関係者に部会への出席を求め、その意見を聞くことができる。

10 幹事

- (1) 推進会議及び部会（以下「会議」という。）における協議・検討の充実及び効率化を図るため、委員及び専門委員の他に幹事を設置する。
- (2) 幹事は、福祉保健局長が任命する。
- (3) 幹事は、会議に出席し、調査・検討に必要な情報を提供するとともに、会議で検討された事項に関する取組及び普及に努めるものとする。

11 会議及び会議に係る資料の取扱い

会議及び会議に係る資料は、公開とする。ただし、議長、副議長又は部会長の発議により、出席委員及び出席専門委員の過半数で議決したときは、会議又は会議に係る資料を非公開とすることができる。

12 委員等への謝礼の支払い

- (1) 3、7 (3) 及び (5) に掲げる委員並びに専門委員の会議への出席に対して謝礼を支払うこととする。
なお、謝礼の支払は、その月分を一括して翌月に支払うこととする。
- (2) 6 (2) 及び 9 (2) に掲げる者の会議への出席に対しては、委員及び専門委員に準じて謝礼を支払うこととする。
なお、謝礼の支払は、その都度支払うこととする。

13 事務局

会議の円滑な運営を図るため、福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課に事務局を置き、会議の庶務は事務局において処理する。

14 その他

この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関して必要な事項は、議長が別に定める。

第5 認知症に関する普及啓発

1 目的及び内容

広く都民の認知症に対する理解を図り、普及啓発を促進することを目的として、シンポジウム等を開催する。

附 則（平成19年6月14日19福保高在第107号）

- 1 この要綱は、平成19年6月14日から適用する。
- 2 認知症理解普及促進事業実施要綱（平成18年6月12日付18福保高在第161号）は廃止する。

附 則（平成23年5月16日23福保高在第59号）

この要綱は、平成23年5月16日から適用する。

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 委員名簿

区分	氏 名	所属・役職名
学識経験者	栗田 主一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所研究部長
	繁田 雅弘	公立大学法人首都大学東京人間健康科学研究科教授
医療関係者	秋山 正子	株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション統括所長
	西田 伸一	医療法人社団梟社会西田医院院長
	平川 博之	社団法人東京都医師会理事
	間瀬 由紀子	国家公務員共済組合連合会立川病院地域医療連携センター長
	山田 雄飛	社団法人東京精神科病院協会副会長
介護関係・福祉	土井 栄美	大田区地域包括支援センター上池台センター長
	西本 裕子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会理事長 (社会福祉法人慈生会 慈生会中野ケアプランセンター管理者)
	山本 繁樹	立川市南部西ふじみ地域包括支援センター長
行政関係者	赤穂 保	南多摩保健所長
	高藤 光子	新宿区高齢者サービス課高齢者相談係（新宿区役所高齢者総合相談センター）
	山本 祥代	武蔵野市健康福祉部高齢者支援課地域支援担当課長
関係者 家族	村松 啓子	T A M A 認知症介護者の会「いこいの会」代表

各区分において50音順

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 幹事名簿

	氏 名	所 属
幹事長	中山 政昭	福祉保健局 高齢社会対策部長
幹事	高橋 郁美	福祉保健局 医療改革推進担当部長
	熊谷 直樹	福祉保健局 障害者医療担当部長
	大滝 伸一	福祉保健局 医療政策部 医療改革推進担当課長
	櫻井 幸枝	福祉保健局 障害者施策推進部 精神保健・医療課長
	加藤 みほ	福祉保健局 高齢社会対策部 計画課長
	横手 裕三子	福祉保健局 高齢社会対策部 介護保険課長
	室井 豊	福祉保健局 高齢社会対策部 在宅支援課長

「認知症ケアパス部会」の進め方（案）

1 目的

認知症疾患医療センターの設置を契機として、認知症の人の早期発見と治療、生活支援等の充実に向けて、地域の医療・介護関係者が連携・協働して取り組む体制を各地域で構築していく。この取組を支援するため、認知症に係る情報共有の仕組の構築及びツールの作成に向けた検討を行う。

2 検討事項

情報共有化のための仕組の検討

認知症の人のその時々状況に合わせて、医療・介護関係者が連携・協働して支援していくための情報共有化の仕組について検討

具体的な情報共有ツールの作成

以下の点について整理の上、作成

- ・ 情報共有が必要な場面、関係者
- ・ 各関係者の役割、それぞれが必要としている情報
- ・ 活用に向けた留意点

3 スケジュール

平成 23 年 9 月

部会の立上げ

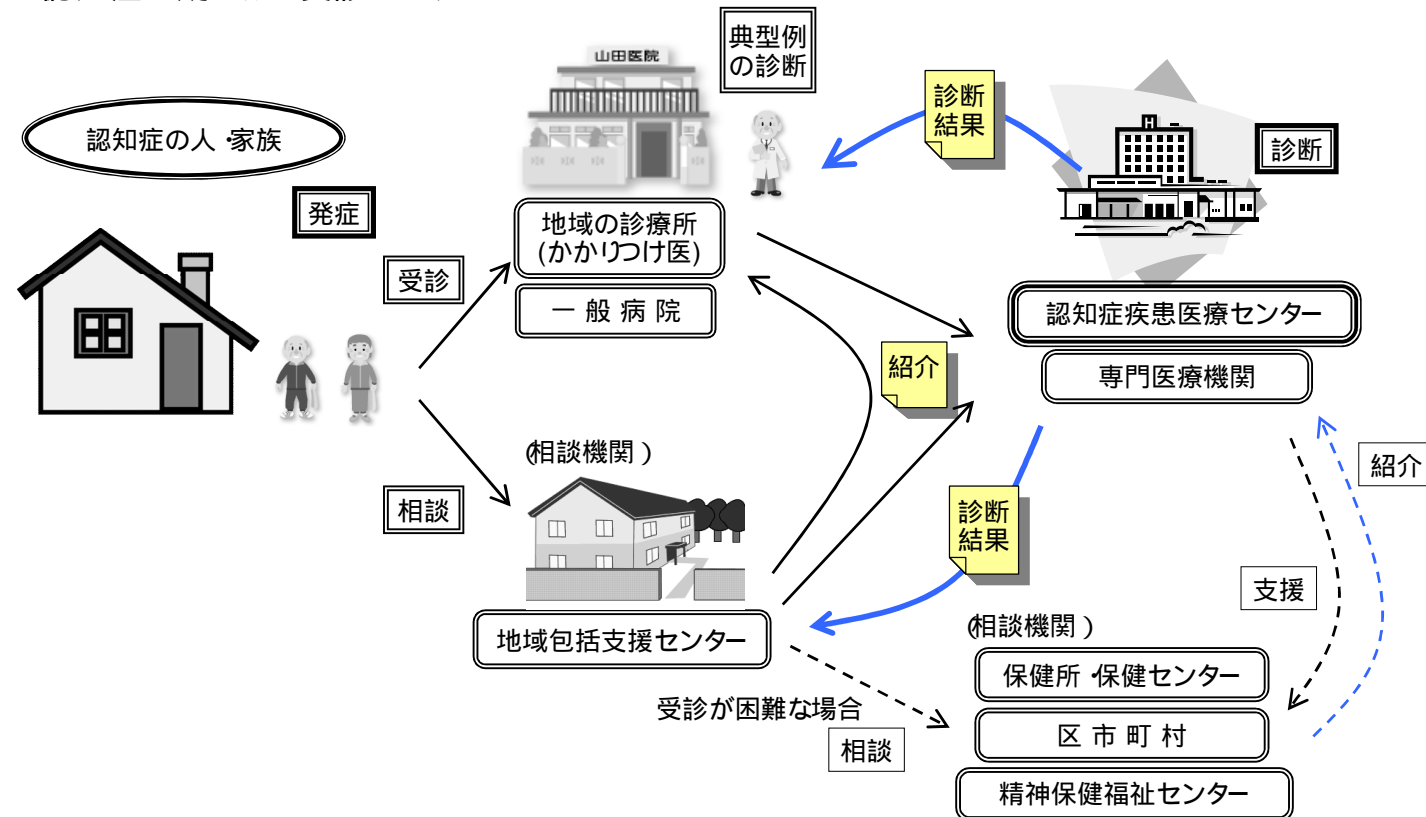
平成 23 年 12 月（予定）

情報共有ツール作成に向けた基本的な考え方のまとめ

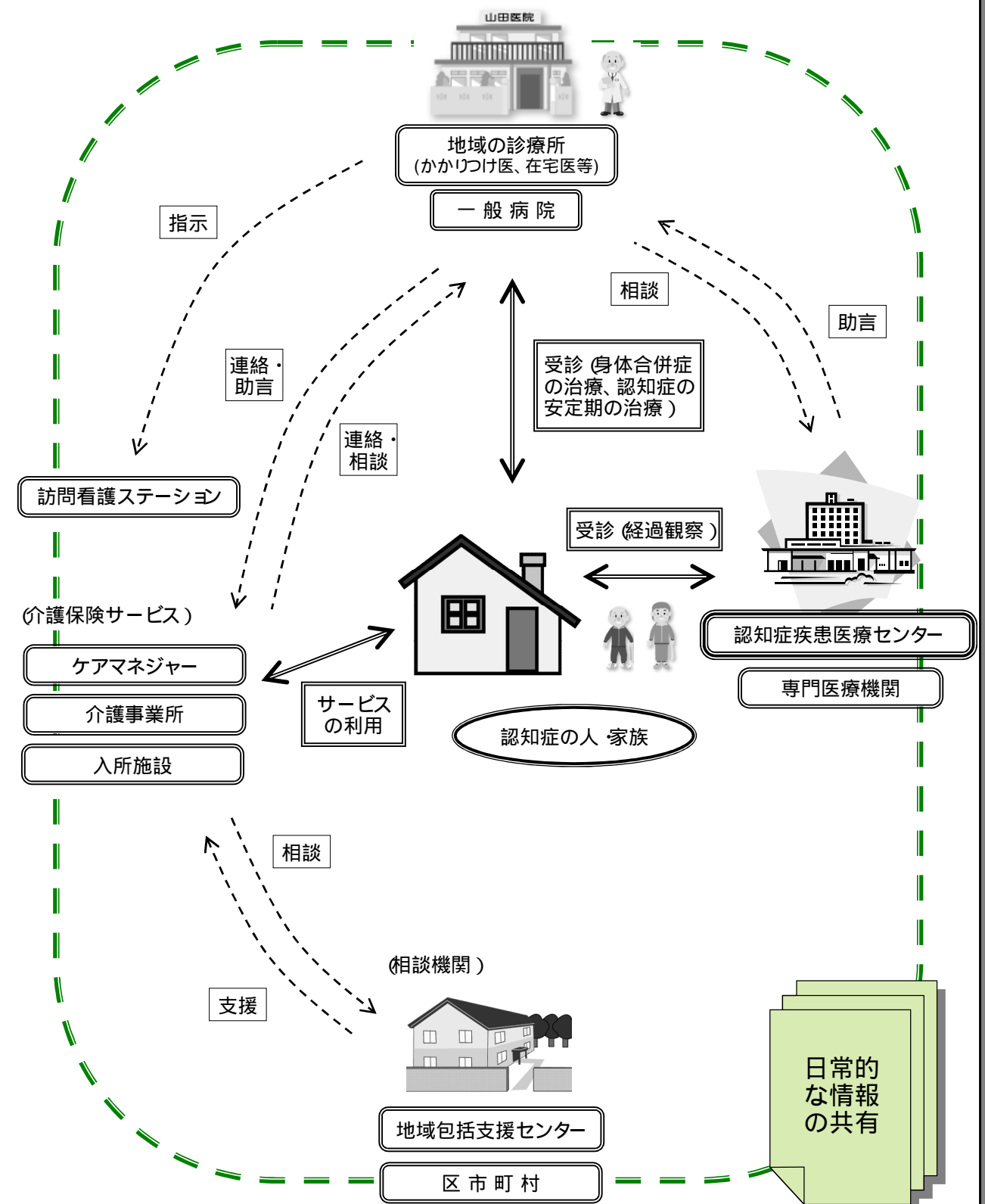
平成 24 年 2 月（予定）

情報共有化のための仕組を検討の上、情報共有ツールの作成
報告書の取りまとめ

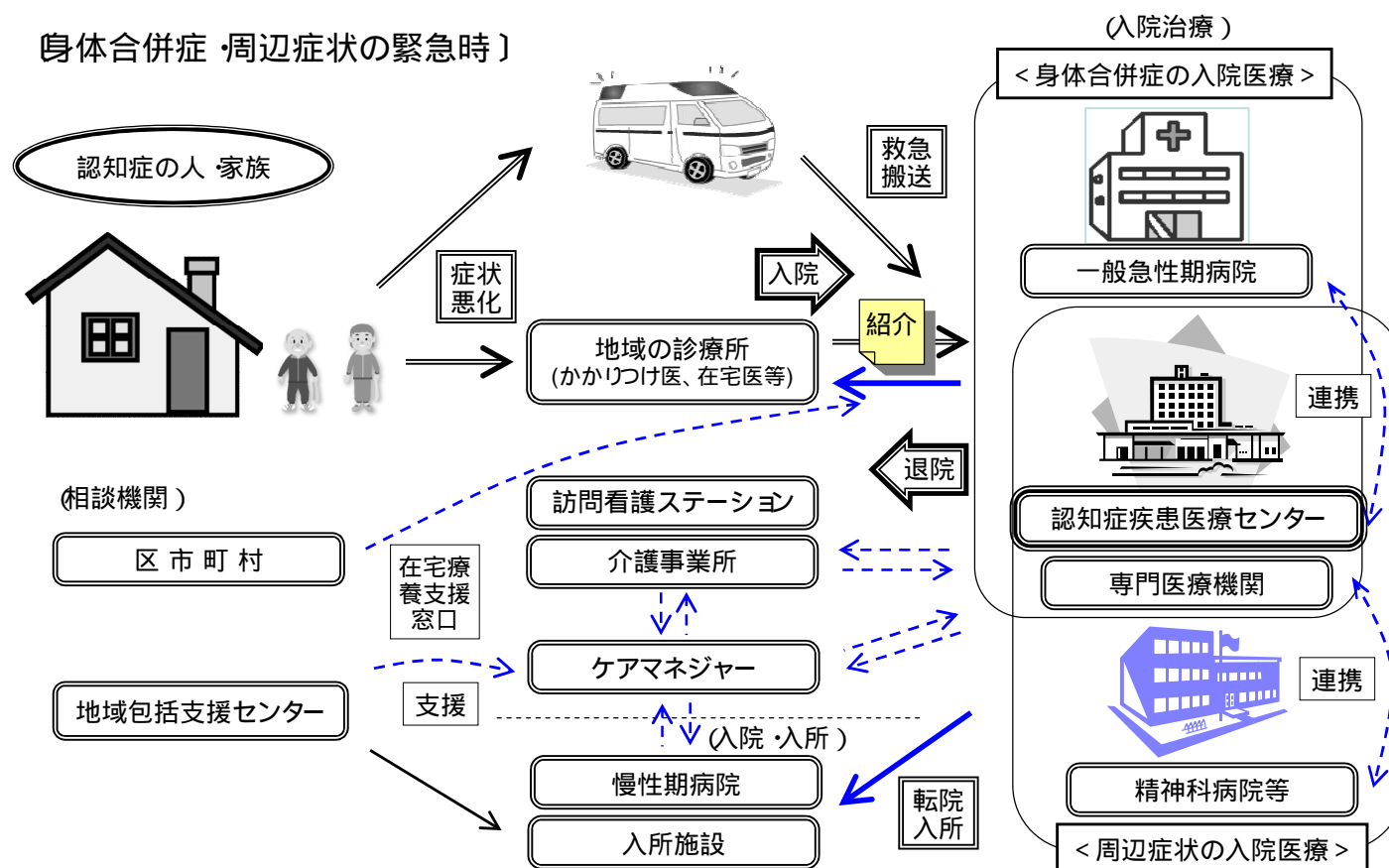
認知症の疑いから受診まで



日常診療・介護サービスの利用



身体合併症・周辺症状の緊急時



東京都認知症疾患医療センターについて（概要）

資料3

事業目的

東京都が指定する「認知症疾患医療センター」において、認知症の鑑別診断、身体合併症と周辺症状への対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域の保健医療・介護関係者等との連携の推進、人材の育成等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図る。

事業概要

< 基本的機能 >

高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者も一層増加すると見込まれることから、地域の医療機関同士、さらには医療と介護の緊密な連携を強化する必要がある。このため、センターは、特に次の機能を担う

地域の医療機関及び介護事業所等への支援機能
地域の認知症に係る医療・介護連携を推進する機能

< 3つの役割 >

基本的機能に基づき、具体的な支援体制及び連携体制の構築を図るため、次の役割を担う

【専門医療機関としての役割】

- 専門医療相談の実施
- 医療相談室を設置し、関係機関等からの相談に応じる
- 受診が困難な人への支援
- 鑑別診断・初期対応時の取組
- 本人の身体的・社会的側面等を総合的に評価の上、適確に診断
- 身体合併症・周辺症状への対応
- センター内及び地域での受入体制の整備（院内連携・地域連携）
- 早期からの退院支援

【地域連携の推進機関としての役割】

- 地域連携の推進
- 連携協議会や研修会の開催等を通じた地域連携体制の構築
- 地域包括支援センター、家族介護者の会等との連携

【人材育成機関としての役割】

- 専門医療、地域連携を支える人材の育成

特に重点的な取組が必要な事項

身体合併・周辺症状への対応
地域連携の推進

指定数

島しょ部を除く、二次保健医療圏ごとに1か所を基本（計12か所）

手続

選考委員会の意見を踏まえ都知事が指定（現在手続中）

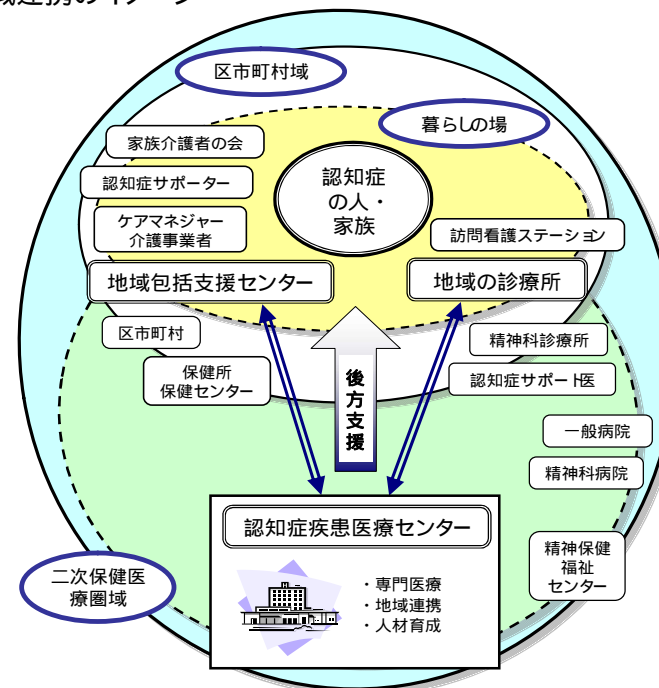
指定期間

3年間

23年度予算内容

約129百万円（12か所分）

地域連携のイメージ



認知症ケアパス部会」設置に係る、第 11 回東京都認知症対策推進会議
(平成 23 年 7 月 21 日開催)での主な御意見

非常に斬新な計画だと思う ぜひ成功していただきたい。

クリニックパスではなくてケアパスという概念がとても素晴らしい。特に認知症に関しては、病気というよりも、その人を中心としたイメージが一番重要。ケアの部分で、この人はこういうもので安定する、ということ等が、在宅というか、福祉部門から発信できるというのがすごく期待できる。

もちろん治療も大事であるが、認知症の方を抱えているご家族の方、親族の方々への支援を含む、生活に対する支援が重要。

医療支援部会での議論と関係するが、一人の人でも、時期によって医療が非常に必要な時と、医療としてはお薬を続けていただければいいが、生活を何とかしなければならぬ時と、それぞれ人によっても、また、時期によっても変わってくる。

そうすると、その時々に必要な情報を交換して、医療と福祉とで連携していかなければならないが、なかなか難しいのが現状。何が原因かという、やはり支援の哲学も違えば、言葉も違えば、信念も違うという状況なので、そこをつなぐようなパスがあるといい。

余りいろいろ難しいことを書き並べるということではなく、医療と福祉とがコミュニケーションをとりやすくするような、両者をつなぐような、これを通じてコミュニケーションをとれるようなものだといい。

臨床医として、毎日、患者さんやご家族、福祉の方々と接していると思うのは、コーディネートしている人はケースごとに違う。この人についてはとても優秀な家庭医がついていて、その先生が上手にコーディネートしている、この人についてはケアマネジャーが非常に優秀でやってくれている、ある人については病院の相談員が要になっているという状況。そのため、資格で括るのではなく、フレキシビリティは残しておいてほしい。

今、三鷹・武蔵野認知症連携を考える会というのをやっている。これは行政でいうと三鷹市と武蔵野市、それと両市の医師会、それと専門医療機関(杏林大学医学部付属病院と武蔵野赤十字病院)で構成され、物忘れ連携シートというものを試行して、1年半位になる。認知症の疑いから受診までという場面において、連携シートのやりとりをしており、本人、家族から地域包括支援センター等で相談を受け、かかりつけ医や物忘れ相談医につなぐ。さらにそこから専門医療機関に紹介すると、専門枠として通常 3 ヵ月ほど予約までかかるところをもう少し早く受診することができる。受診後、結果等について、かかりつけ医、もしくは相談機関に戻すようにしている。

目的・概要	
各委員 の意見	様式
	記載内容
	その他

共通フォーマット	
<p>【目的】</p> <p>連携ツール(共通フォーマット)を活用して、情報を頻回にやり取りし共有することで、かかりつけ医と専門医療機関の緊密な連携体制の構築を図る</p> <p>【概要】</p> <p>紹介型(基本属性、傷病名、現病歴、服薬状況、介護保険の利用、生活状況等)</p> <p>逆紹介型(基本属性、診断結果、治療経過、処方、本人・家族への説明等)</p> <p>【イメージ】</p> <div><div><p>紹介型(かかりつけ医 専門医)</p><p>平成 年 月 日</p><p>診療情報提供書(専門医療機関への紹介用)</p><p>医療機関名(紹介元医療機関)</p><p>及び所在地</p><p>電話番号</p><p>医師名</p><p>先生</p><p>基本属性</p><p>氏名</p><p>住所</p><p>電話番号</p><p>性別</p><p>年齢</p><p>職業</p><p>生年月日(年 月 日)</p><p>生活環境</p><p>在宅(同居家族) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()</p><p>傷病名</p><p>紹介目的</p><p><input type="checkbox"/> 認知機能障害の評価・診断等(具体的に)</p><p><input type="checkbox"/> 治療() <input type="checkbox"/> 入院() その他()</p><p>既往歴及び家族歴</p><p>症状経過(認知症以外の合併症を含む。)及び検査結果</p><p>治療経過</p><p>現在の処方</p><p>介護保険の利用 <input type="checkbox"/> 有(要支援 要介護度) <input type="checkbox"/> 無</p><p>ケアマネ名・連絡先・利用サービス</p><p>生活上の困難・家族が対応に困ること</p><p>その他</p><p>必要に応じて画像等を添付して下さい</p></div><div><p>逆紹介型(専門医 かかりつけ医)</p><p>平成 年 月 日</p><p>診療情報提供書(専門医療機関からの紹介用)</p><p>医療機関名(紹介元医療機関)</p><p>及び所在地</p><p>電話番号</p><p>医師名</p><p>先生</p><p>基本属性</p><p>氏名</p><p>住所</p><p>電話番号</p><p>性別</p><p>年齢</p><p>職業</p><p>生年月日(年 月 日)</p><p>生活環境</p><p>在宅(同居家族) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()</p><p>傷病名</p><p>認知症機能障害 <input type="checkbox"/> 認知障害なし <input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> アルツハイマー <input type="checkbox"/> 脳血管</p><p>進行程度(FAST) <input type="checkbox"/> レビ-小体 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 <input type="checkbox"/> その他()</p><p>進行程度(FAST) <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> やや高度 <input type="checkbox"/> 高度</p><p>紹介目的</p><p><input type="checkbox"/> 経過観察(必要時・か月後に再受診を指示して下さい)</p><p><input type="checkbox"/> 薬の処方(薬の種類・処方量)</p><p><input type="checkbox"/> 身体疾患の治療()</p><p><input type="checkbox"/> その他()</p><p>既往歴及び家族歴</p><p>症状経過及び検査結果</p><p>治療経過</p><p>処方</p><p>本人への説明</p><p>家族への説明</p><p>その他</p><p>必要に応じて画像等を添付して下さい</p></div></div> <p>東京都ホームページ「ときよ認知症ナビ」に掲載。随時ダウンロードして使用が可能。</p>	
<p>書き手の負担軽減のためにも、フォーマットは簡潔なものが望ましい</p> <p>介護保険の様式のようにチェック式で省力化を図ったほうがいい</p> <p>紹介状として、診療報酬加算が算定可能なものを。個人情報や算定の要件等もあるので、生活情報等は患者手帳に入れ込む方がいい</p>	
<p>生活上の情報や緊急時に連絡できる主介護者や医師からの説明方法等について書いてあると有効</p> <p>書き方マニュアルをフォーマットの表紙に付ければスムーズに浸透するのでは</p>	
<p>情報の取り交わし方として、症状が安定していても、年1・2回は専門医を受診し関係を維持する</p> <p>専門医は、定期通院頻度と急変時等は随時専門医が対応する旨を予めかかりつけ医・本人・家族に伝えておくことが必要</p> <p>必須の情報を設定し、標準化して実践していければよい。あとは、そのアナウンスをいかにしていくかが重要</p>	

患者手帳	
<p>【目的】</p> <p>母子手帳のように、日頃からの情報源として利用することによる関係者間の連携促進</p> <p>緊急搬送時、付き添い者が不在の場合等の情報源として活用することによる、一般急性期病院での身体合併症患者の受入促進</p> <p>【概要】</p> <p>既存の健康手帳()を活用し、フォーマットを付け加える。</p> <p>必須事項 : 基本属性、医療機関 介護サービス利用状況、要介護度、緊急時の連絡先、服薬状況、禁忌薬、アレルギー歴等最小限の情報</p> <p>自由記載欄 : 本人をサポートするために必要な情報等を必要に応じて記載</p> <p>【イメージ】</p> <div><div><p>健康増進法に基づく</p><p>健康手帳</p><p>住所</p><p>氏名</p></div><div>➡</div><div><p>【手帳例】</p><p>(例) 年 月 日 食事の時に... 繁田(医師)</p></div></div> <p>健康手帳(根拠法令:健康増進法)</p> <ul style="list-style-type: none">・国の「健康増進事業実施要領」に基づき、区市町村が実施主体・国・都・区市町村で1/3ずつ費用を負担	
<p>新たな手帳を作成すると管理が困難なため、既存の「健康手帳」の活用が望ましい</p> <p>健康手帳は、都から区市町村に提案すれば、様式を改訂することが可能なのではないかと周囲に伝わるよう、手帳にシンボルマーク等を付けられるといい</p> <p>必須事項欄は、随時情報更新を行いやすくするため必要最小限の項目に絞る</p> <p>自由記載欄は、項目ごとの升目や区切りを設けず、簡潔な形式が望ましい</p>	
<p>本人が携行するものなので、記載する情報には本人・家族の心情への配慮が必要</p> <p>健康手帳にシール・ハンコを付けて、世帯状況や主介護者、後見者、アレルギー、認知症歴、重要事項を書くと、救急時に医療機関にある程度の情報を提供可能</p> <p>センター方式の考え方を使って、本人が安心できるものや環境、空間、言葉等の情報を入院先のスタッフに伝えられるようにしておけば、本人も混乱が少ない</p> <p>本人が医療に対して望んでいることをあきらめず記入してあげたい</p> <p>健康手帳は、医療情報がメインなので、改訂するなら介護サービス事業者の記入欄が設けられるといい</p>	
<p>福祉側には、サマリーの提供がないので、退院時の状況が把握できず困る。手帳があると有効</p> <p>認知症と分かる手帳の携帯は、嫌がる人がいると思う</p> <p>手帳で医療情報を集約されれば、院内スタッフの対応も円滑になる</p> <p>手帳のアイディアは非常に良いが、どうしたら有効活用できるかの検討が必要</p>	

連携ツールに関する既存の取組例

1 都内における認知症に関するパス等の取組

区分	名称	地域	実施主体	内容
認知症医療連携パス	認知症連携パス	新宿区	東京医科大学病院医療連携室内 在宅認知症患者対策ケアネットワーク事務局 新宿区医師会	A4サイズ4ページ 構成 ・診療情報提供書 (かかりつけ医 病院) ・物忘れ外来診療情報提供書 (病院 かかりつけ医) ・病状説明書 (病院 本人 家族)
	目黒区認知症連携パス	目黒区	目黒区医師会	A4サイズ5ページ 構成 ・目黒区AD連携パスのご案内 (家族用) ・目黒区認知症診断ネットワーク病院一覧 ・目黒区AD診断連携用 (患者様用) 診療の流れの説明図 ・診療情報提供書 (様式1、かかりつけ医 ネットワーク病院) ・診療情報提供書 (様式2 ネットワーク病院 かかりつけ医)
	大田区認知症連携パス	大田区	大田区三医師会 (大森・蒲田・田園調布医師会)	A4サイズ5ページ 構成 ・大田区認知症連携パス (医療従事者用) 診療の流れの説明図 ・大田区認知症連携パス (本人用) 診療の流れの説明図 ・診療情報提供書 (依頼用) (紹介元 紹介先医) ・大田区認知症連携パス (紹介先医 紹介元)
	認知症診断地域連携 クリエイカルパス	世田谷区	世田谷区医師会・玉川医師会	A4サイズ6ページ 構成 ・認知症診断地域連携クリエイカルパスのご案内 (家族用) ・世田谷区もの忘れ診断地域連携 (患者様用) 診療の流れの説明図 ・世田谷区認知症診断ネットワーク病院一覧 ・診療情報提供書 (様式1、かかりつけ医 ネットワーク病院) ・診療情報提供書 (様式2 ネットワーク病院 かかりつけ医)

区分	名称	地域	実施主体	内容
介護認知症連携パス・	連携シート	三鷹市 武蔵野市	三鷹武蔵野認知症連携を考える会 (行政、医師会、専門医療機関関係者等で構成)	A4サイズ6ページ(試行版) 構成：「相談機関 医療機関連絡シート」と「医療機関間連絡シート」の2段階 ・相談事前チェックシート(家族または相談機関が記入) ・相談機関 医療機関連絡シート ・医療機関 相談機関連絡シート ・紹介状(かかりつけ医・もの忘れ相談医 専門医療機関) ・受診結果報告(専門医療機関 かかりつけ医・もの忘れ相談医) ・再診用紹介状(かかりつけ医・もの忘れ相談医 専門医療機関)

2 都内における他疾病に関するパスの主な取組

区分	名称	地域	実施主体	内容
脳卒中医療連携パス(例)	脳卒中地域連携診療計画書	北多摩南部二次保健医療圏	北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会	A4サイズ4ページ 構成 ・計画書その1(オーバービュー、患者・家族向け) ・計画書その2(急性期病院から回復期病院へ転院する際に使用) ・計画書その3(回復期病院から介護老人保健施設への転入所、又は在宅に退院する際に使用) ・計画書その4(退院後3か月ごろ患者の状態を関係者が記入したものを持参。または、急性増悪時に患者の状態を記載し、医療機関に送付)
	生き生きノート	北多摩西部二次保健医療圏	北多摩西部二次保健医療圏 脳卒中医療連携推進協議会「地域ケア部会」	A4サイズ、40ページ程度 構成 ・本人情報記載ページ ・地域支援ネットワーク(地域で利用できるサービスをイラストで示したもの) ・イベント表 ・支援シート(ケアマネが記入) ・診療シート(看護師・医師が記入) 薬シート 検査結果貼付シート ・生活シート(本人・家族等が日常生活に関する内容を記載) ・食事支援シート(本人・家族の他、関係者が記載)

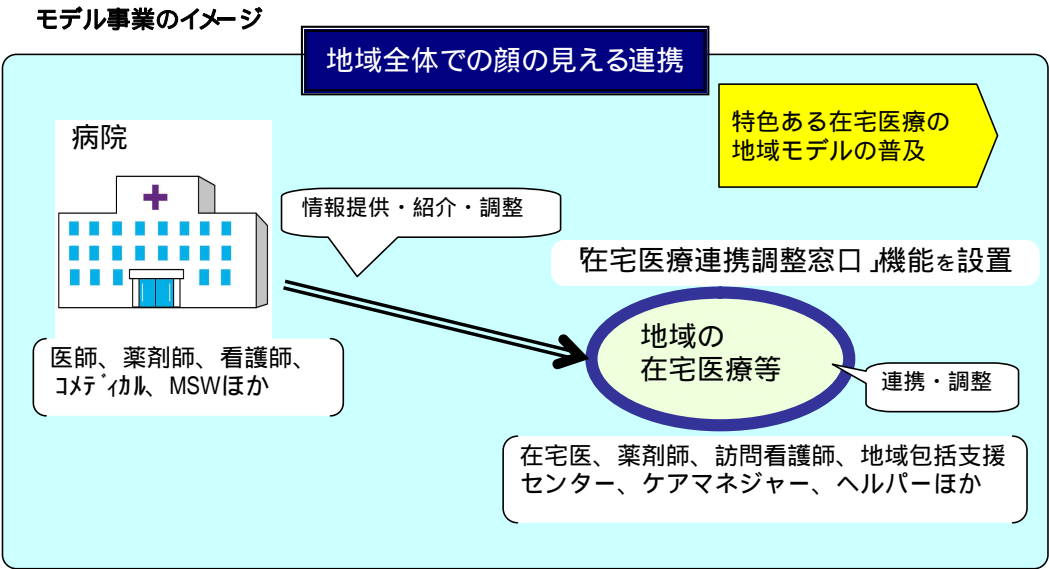
区分	名称	地域	実施主体	内容
がん医療連携パス	東京都医療連携手帳 (がん地域連携クリティカルパス)	東京都	東京都 (がん診療連携拠点病院、東京都認定がん診療病院、国立がん研究センター中央病院及び東京都医師会が協力)	<p>肺がん・胃がん・肝がん・大腸がん・乳がん・前立腺がんの疾病ごとに手帳作成</p> <p>カラー A 5版冊子 30ページ程度 × 6疾病構成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病状、治療内容等の診療情報記載欄 ・今後 5年間の診療予定表 (乳がんは 10年間) ・診療予定表に基づく受診日の診療記録記載欄

3 その他、医療・介護連携のためのツール作成に向けた取組

区分	名称	地域	実施 (作成) 主体	内容
医療と介護の連携	在宅医療と介護の連携プロジェクト	千代田区	千代田区	<p>(平成 22年度の取組)</p> <p>千代田区「医療と介護の連携マニュアル」の構成案作成</p> <p>千代田区「医療と介護の情報共有フォーマット」様式案作成</p>
	医療・看護・介護の連携に関するモデル事業	世田谷区	世田谷区	<p>20年度の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院から在宅療養へ円滑に移行するため、病院でのカンファレンスを中心とする理想的な支援を試行 <p>21年度の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーの役割に焦点を当て、退院に向けた病院とケアマネジャーの連携、在宅におけるかかりつけ医とケアマネジャーの連携のため、円滑な情報のやりとりに資する情報共有シートを作成、試行 <p>22年度の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報共有シートの拡大試行を行うとともに、「福祉と医療の連携を考えるシンポジウム」を開催、関係者との意見交換を経て、23年度からのシートの標準化を目指す。 <p>医療と介護の連携シート(情報共有シート)の構成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・A 4サイズ 3ページ ・入院時情報提供 (ケアマネ 病院) / 退院 退所情報 (ケアマネが必要な情報をまとめる) ・主治医・ケアマネジャー連絡票 (ケアマネ かかりつけ医) ・外来主治医あて連絡票 (ケアマネ 病院)

事業の概要

- 1 目的
- 病院から在宅医療への円滑な移行や在宅医療の継続にあたり、病院スタッフ、在宅医療スタッフ双方からの相談に応じ、患者に合った在宅医療を行う医師や訪問看護ステーション等の紹介や関係者間の調整を行う「在宅医療連携調整窓口」を地域に設置して、切れ目のない医療連携と地域における在宅医療の基盤整備を推進する。
- 2 実施方法
- 医療関係団体又は医療機関等に委託して実施
- 3 地域で実施
- 3 実施地域
- 原則として事業を受託した医療関係団体又は医療機関等（以下「受託者」という。）が所在する区市町村
- 4 事業内容
- 実施地域における在宅医療連携調整窓口の設置
- 在宅医療連携調整窓口の機能と運営に関して協議するための、地域の医療・介護等関係者からなる運営会議の開催
- 在宅医療連携調整窓口の機能と運営は、以下のとおり。
- ア 医療機関等からの相談に応じた、患者に合った在宅医や訪問看護ステーション等の紹介と調整。事業を円滑に行うために必要な地域の在宅医療資源等の把握や、関係機関との協力関係づくり。
- イ 在宅医療スタッフが後方支援病院や他診療科の往診医を探す場合等において、受託者は必要に応じて支援を行う。医療機関、介護事業者及び区市町村関連部門等への周知



地域でのモデル事業の概要

実施地域	大田区			調布市	小平市
相談窓口	大田区地域包括支援センター（蒲田医師会内）	大森医師会事務局内	田園調布医師会事務局内	ちょうふ在宅医療相談室（調布市医師会事務局内）	小平市医師会訪問看護ステーション内
委託先	【代表】 社団法人 蒲田医師会	社団法人 大森医師会	社団法人 田園調布医師会	公益社団法人 調布市医師会	社団法人 小平市医師会
事業概要	受付時間 平日 9時～12時、13時～17時 実施内容 訪問診療医・介護事業所等の情報提供・紹介			受付時間 平日 9時～17時 実施内容 在宅医の紹介・調整	受付時間 月・火・木・金 13時～16時 実施内容 訪問診療医・支援病院・介護事業所等の情報提供・紹介
担当者職種	ケアマネ	ケアマネ	主任ケアマネ（看護師）	医師会事務員	看護師、ケアマネ
開設日	平成22年10月21日	平成22年12月1日	平成23年2月1日	平成22年10月20日	平成22年10月25日
地域の概況	人口67万人 高齢化率20.6%(9.4%)			人口21万人 高齢化率18.9%(8.6%)	人口18万人 高齢化率20.2%(9.1%)

モデル事業終了後の展開

本事業で構築したネットワークを区市が継続し、包括補助を活用して事業継続

- 大田区
- 在宅医療調整窓口事業 **包括補助**
 - 大田区在宅医療連携推進協議会

- 調布市
- 在宅療養医療調整窓口事業 **包括補助**
 - 運営協議会

- 小平市
- 在宅医療連携調整窓口 **包括補助**
 - 小平市介護・医療連携推進運営協議会の設置 **包括補助**（研修・講演会の実施）

国における検討状況について

社会保障審議会介護保険部会意見「介護保険制度の見直しに関する意見」(平成 22 年 11 月)

(抜粋)(所管：厚生労働省老健局)

これまでの部会における審議を整理し、第 5 期介護保険事業計画に向けて当面必要となる法改正事項を中心に、意見書としてとりまとめたもの

介護保険制度の見直しについて

1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備(地域包括ケアシステムの構築)

(6) 認知症を有する人への対応

(今後の対応)

認知症を有する人は、今後高齢化のさらなる進展に伴い、急速に増加していくことが見込まれている。住み慣れた地域で、介護、医療及び地域(行政)が緊密に連携していく重要性は一層高まっていく。

当事者の意見を聞きつつ、認知症を有する人についてのケアモデルの構築を図った上で、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、地域の実情に応じてケアパス(認知症の状態経過等に応じた適切なサービスの選択・提供に資する道筋)の作成を進めていくことが重要である。また、認知症の BPSD の症状に薬剤も影響を与えている面があることから、認知症を有する人に対する薬剤の管理について、関係者間における情報共有を進めることが重要である。

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の制定(平成 23 年

6 月 22 日公布、平成 24 年 4 月 1 日施行)(所管：厚生労働省老健局)

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の構築を行うため、所要の法改正を行ったもの

介護保険法の一部改正

国及び地方公共団体の責務

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、介護サービスに関する施策、介護予防のための施策及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならないものとする。（第5条第3項関係）

認知症に関する調査研究の推進等

国及び地方公共団体は、被保険者に対して認知症に係る適切な保健医療サービス及び福祉サービスを提供するため、認知症の予防、診断及び治療並びに認知症である者の心身の特性に応じた介護方法に関する調査研究の推進並びにその成果の活用を努めるとともに、認知症である者の支援に係る人材の確保及び資質の向上を図るために必要な措置を講ずるよう努めなければならないものとする。（第5条の2関係）

市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の見直し

市町村介護保険事業計画において、認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項、医療との連携に関する事項、高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項等について定めるよう努めるものとする。（第117条第3項関係）

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 第2ラウンド

（認知症と精神科医療）（主担当：厚生労働省政務官、事務局：同省社会・援護局）

厚生労働省内の有識者検討会の報告書（平成21年9月）等を踏まえ、今後の精神保健医療施策としての具体化を目指し、当事者・家族、医療関係者、地域での実践者、有識者の意見をきくため、平成22年5月に設置

認知症と精神科医療の基本的な考え方について「中間のまとめ」（平成22年12月22日）（抜粋）

〔基本的な考え方〕

認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることを前提とする。その上で、認知症患者に対する精神科医療の役割としては、以下の点を、基本的な考え方とすべきである。

認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。

入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とする。その際、アウトリーチ（訪問支援）や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護者も含めて支援していく。

BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。

症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、認知症の方の生活を支える介護保険サービスを初めとする必要なサービスの包括的、継続的な提供の推進等により地域で受入れていくためのシステムづくりを進める。

このため、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組を進める。

症状が改善しないため入院の継続が必要な方に対して、療養環境に配慮した適切な医療を提供する。

地域の中で、精神科の専門医療機関として、介護や福祉との連携、地域住民への啓発活動に積極的な機能を果たす。

第16回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(平成23年5月20日)

「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリティカルパス作成に関する研究」の報告(大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 数井裕光先生 平成21-23年度厚生労働科学研究費補助金)(抜粋)

認知症地域連携パス

- ・ 非専門家に認知症患者さんの診療手順を視覚化する役割
- ・ 認知症患者さんに関わるかかりつけ医、ケア職員、家族介護者、専門医など多職種の役割分担・連携を明確化
- ・ 医療の標準化、透明化
- ・ パスは、＜診断＞、＜日常診療＞、＜非日常診療＞に分けられる
- ・ ＜日常診療＞のパスには補完システム必要
 - 検査や特別な治療が少ない
 - 家族介護者とケア職員の役割が重要な時期
 - ・ 連携ファイル：医療とケア、家族間の情報の共有化
 - ・ 疾患別・重症度別ケアガイドブック
 - ・ 連携会議：かかりつけ医、ケア職員、認知症専門医（、家族介護者）が連携について意見交換、勉強し合う

認知症の診断 治療

診療報酬

【認知症専門診断管理料】 500点 (H22改定で新設)

認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明及び文書の提供を行った場合であって、紹介を受けた他の医療機関に対して文書にて報告した場合に算定

【診療情報提供料】

認知症専門医療機関連携加算 100点 (H20改定で新設)

認知症の疑いのある患者について、専門医療機関での鑑別診断等が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料に加算

認知症専門医療機関連携加算 50点 (H22改定で新設)

外来で管理している認知症患者 (認知症専門診断管理料を算定する専門医療機関において既に認知症と診断された患者) について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、(当該)専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料に加算

介護報酬

【認知症情報提供加算】 350単位 (H21改定で新設)

認知症の確定診断を促進し、より適切なサービスを提供する観点から、認知症の疑いのある介護老人保健施設入所者を認知症疾患医療センター等に対して紹介した場合に算定

退院 (退所)

診療報酬

在宅復帰後を見越した地域連携

【介護支援連携指導料】 300点 (H22改定で新設)

退院後に介護サービスの導入や区分の変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネジャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合に、入院中 2回に限り算定

【退院時共同指導料】 300点～1,000点

入院中の患者について、当該患者の退院後の在宅医療を担う医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師が、入院中の医療機関の医師等と共同して退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を行った上で、文書により提供した場合に、当該入院中 1回に限りそれぞれの医療機関において算定

・退院時共同指導料 (入院中の病院に赴いた場合) 1,000点 (在宅療養支援診療所)
600点 (それ以外)

・退院時共同指導料 (地域で行った場合) 300点

地域における医療機関の連携

【急性期病棟等退院調整加算】 100点～140点

65歳以上の患者又は 40歳以上の特定疾病を有する患者で、急性期治療を受け、症状の安定が見込まれた患者について、専従の看護師や社会福祉士等が、適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定

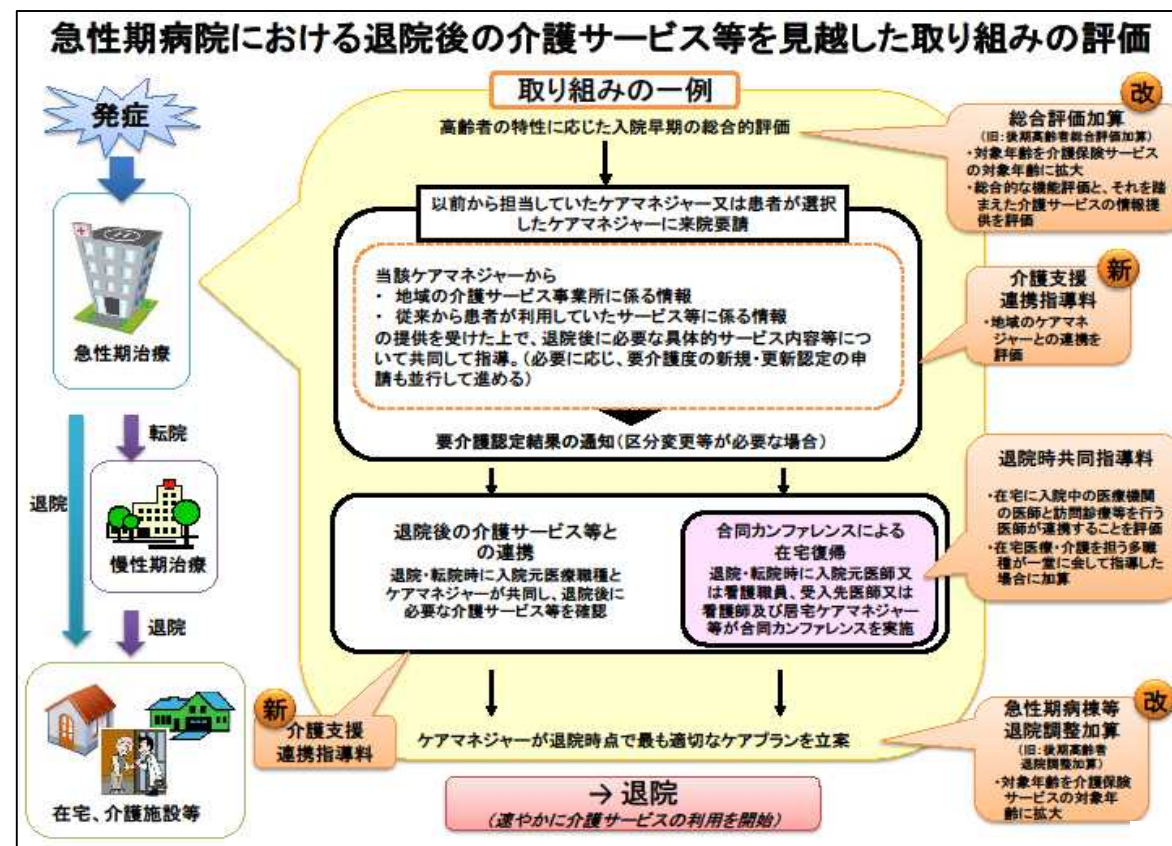
介護報酬

【医療連携加算】 150単位 / 月 (H21改定で新設)

病院又は診療所に入院する利用者につき、当該病院又は診療所の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供した場合に算定

【退院退所加算】 400単位～600単位 / 月 (H21改定で新設)

退院又は退所に当たって、病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を求めることその他の連携を行った場合に算定



医療計画に記載すべき疾病への精神疾患の追加について

患者数の現状

- 平成20年の患者調査において精神疾患の患者数は323万人であり、医療計画に記載すべきいずれの4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）の患者数よりも多くなっている。職場におけるうつ病の増加や、高齢化による認知症患者の増加など、精神疾患は国民に広く関わる疾患となっている。

※4疾病患者数：悪性新生物152万人、脳血管疾患134万人、虚血性心疾患81万人、糖尿病237万人（平成20年患者調査）

死亡数の現状

- 精神疾患による死亡数（平成21年人口動態統計）は1.1万人となっている。また、遺族等の聞き取り等による自殺の実態調査によると、自殺者の約9割に、何らかの精神疾患に罹患していた可能性があるが（※）、自殺による死亡数（平成21年人口動態統計）は3.1万人であり、糖尿病による死亡数1.4万人の約2倍となっている。

※平成21年厚生労働科学研究「自殺の精神医学的背景に関する研究」（研究代表者 加我牧子、研究分担者 高橋祥友）

※※死因順位別の死亡数（上位3位）：悪性新生物34万人、心疾患18万人、脳血管疾患12万人（平成21年人口動態統計）

医療連携の必要性

- 患者の早期治療や地域への移行を目的として、急性期の入院医療の重点化や訪問診療・訪問看護等の充実等を図るとともに、地域の精神科をはじめとする病院、診療所、訪問看護ステーションなどが個々の機能に応じた連携を推進することが必要ではないか。



以上のことから、精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加し、求められる医療機能の明確化、各医療機関等の機能分担や連携を推進してはどうか。

東京都高齢者保健福祉計画（平成24～26年度）の改定について

高齢者保健福祉計画とは

「老人福祉計画」と「介護保険事業支援計画」とを都における「高齢者施策の総合的・基本的計画」として一体的に作成（3年ごとに改定）

第4期東京都高齢者保健福祉計画（平成21～23年度）＜平成21年3月策定＞

【策定趣旨】

2015年（平成27年）の東京の高齢社会像を見据え、前期計画（平成18年度～平成20年度）をふまえ、中間の3年間（平成21年度～平成23年度）に取り組むべき施策を明らかにする。
都は、区市町村が地域特有のニーズを捉え、実情に応じた主体的な施策を展開できるよう支援する。

【計画の理念】

「高齢者の自立と尊厳を支える社会」の実現
「誰もが住み慣れた地域で暮らし、支え合う社会」の実現
確かな「安心」を次世代に継承

【施策展開の視点】

地域における安心な生活の確保
介護保険制度の円滑・適正な運営

介護サービス基盤の整備と質の向上
多様な社会参加の促進

東京の地域包括ケア＜平成23年3月策定＞

【東京都の地域ケアを推進する会議】

今後の高齢者の激増に対応し、要介護状態になっても、住み慣れた地域での生活が継続できるように必要な取組と具体策を検討（平成20年度～平成22年度末まで設置）

理念及び基本方針： みんなでつくり出す365日24時間の安心

【地域包括ケア実現に向けた提案】

東京の高齢者像を身体・生活の状況により3つの類型に整理
高齢者の地域生活に必要な要素を 住まい、在宅医療、介護保険サービス、生活支援、楽しみ・生きがい、ふれあいに分け、類型ごとに必要とされる内容を提案

【報告書の特徴】

精神的満足の重視：生きがい、楽しみ、ふれあいといった精神的な要素を重視
継続性：介護が不要な高齢者も対象とした活動が、要介護状態となっても継続することを目指す
住民参加：高齢者自身が主体となり、自らの望む生活を作り上げていく

高齢者の居住安定確保プラン＜平成22年9月策定＞

住宅施策と福祉施策が連携し、総合的に施策を進めるためのプランを策定

高齢者向けの賃貸住宅・老人ホーム等の供給促進
高齢者の入居支援とサービスの質の確保
地域で高齢者を支える仕組みの構築

第5期東京都高齢者保健福祉計画（平成24～26年度）

【策定趣旨】

東京の特性を前提とし、高齢者が要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域において継続して生活できるよう、介護、予防、医療、生活支援、住まいの5つのサービスを一体化して提供していく「地域包括ケア」を構築する。

国が示す新たな視点

1 「日常生活圏域ニーズ調査」に基づくニーズの把握とサービスの見込み
地域包括ケア推進の前提として、地域やその地域に居住する高齢者ごとの課題を的確に把握する。

2 重点記載事項

地域包括ケアシステムの構築を推進するに当たっては、地域課題、地域資源の状況、高齢化の進展状況等、地方自治体によってそれぞれ状況が異なることから、地方自治体の実情に応じて優先的に取り組むべき事項を重点事項として計画に位置づける。

認知症支援策の充実
在宅医療の推進
高齢者の相応しい住まいの計画的な整備
生活支援サービス（介護保険外サービス）

【都としての考え方】

計画策定の前提となる東京の高齢者を取り巻く状況を的確に捉えるとともに、区市町村の円滑な事業実施に資するよう、都として目指すべき政策目標を定めるとともに、大都市東京に即した施策の展開を推進していく。

【計画作成スケジュール】

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
区市町村サービス見込量の集計・反映		区市町村ヒアリング 都独自			見込値調査 (1) 国関連	都 区市町村間調整	見込値調査 (2) 国関連			見込値調査 (3) 国関連	
東京都高齢者保健福祉計画作成委員会	5月16日 第1回 本委員会	7月5日 第2回 本委員会	7月29日 第3回 本委員会	8月 第1回 起草委員会	9月 第2回 起草委員会	10月 第3回 起草委員会		12月 第4回 本委員会	1月 第5回 本委員会 中間まとめ	2月 第6回 本委員会 計画案確認	計画案最終
									パブリックコメント 原案発表後		

認知症に係る情報共有ツール作成に向けた 医療・介護・福祉関係者へのアンケートの実施について

1 目的

東京都認知症疾患医療センター設置を契機とした医療・介護連携の構築に有効な情報共有ツール作成の基礎データを収集するため、医療関係者及び介護・福祉関係者を対象とした調査を実施する。

2 対象

以下の ～ の内、それぞれ100機関(名)程度を対象として調査を行う

専門医・専門医療機関
かかりつけ医
地域包括支援センター
ケアマネジャー

3 主な調査内容

- ・ 情報共有の実施有無
- ・ 実際にやりとりをしている情報の内容、関係者から提供をしてもらいたい情報の内容
- ・ 実際に用いられている情報共有の方法、より良い情報共有に有効であると考えられる方法
- ・ 情報共有が進まない要因、その他地域連携や情報共有に係る問題点

4 調査期間

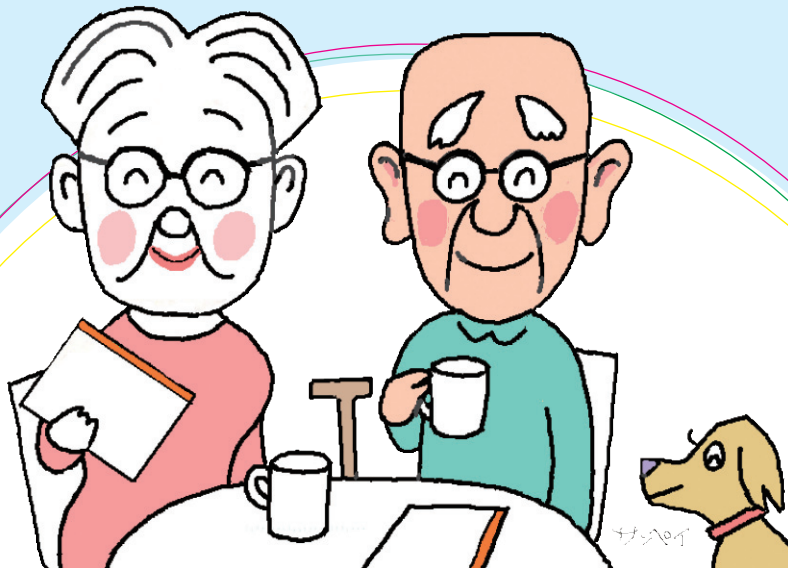
10月上旬(予定)から1ヶ月程度

第3回目以降の認知症ケアパス部会にて、調査実施状況及び結果の報告を行う予定

5 調査方法

調査票郵送による送付、郵送による回収

生 活 ノ ー ト



この生き活きノートは、
あなたの医療や福祉に関わる関係者が、
あなたの健康に関する情報を
共有することによって、
あなたらしい生活が続けられる事を
願って作られたものです。

氏名:

基本シート

記入例

お 名 前	立川 一郎
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ (昭) 10 年 / 月 / 日生
連 絡 先 電 話 番 号	① 111-1111-1111 (自宅) ② 444-4444-4444 (携帯電話)
病 院 名	〇〇〇〇〇〇〇〇 病院 脳神経外科 科 日本 次郎 先生 電話番号 222-2222-2222
か か り つ け 医	連絡先 333-3333-3333 医院名 東京診療所 立川 次郎 先生
そ の 他 通 院 中	・ 内科 ・ 外科 ・ 脳神経外科 ・ 神経内科 (整形外科) ・ リハビリテーション科 (歯科) ・ その他()
訪問看護ステーション	連絡先 555-5555-5555 所 属 国立市訪問看護ステーション
担当ケアマネジャー	連絡先 666-6666-6666 担当者 昭島 一子 所 属 立川介護支援センター
地域包括支援センター 関 係 機 関 等	立川市役所生活保護 担当者 立川さん 77-7777-7777
治 療 中 の 病 気	(脳卒中) ・ てんかん ・ (高血圧) ・ (糖尿病) ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 心房細動 ・ その他()
感 染 症 等	HCV(+ -) HB(+ -) 血液型()型 Rh()
既 往 歴 そ の 他	平成22年3月脳梗塞で2週間 東大和市病院入院 その後回復期リハビリ病院に転院 4週間入院 右麻痺と軽度失語症残存 平成10年～糖尿病 国分寺市病院通院中 経口糖尿病薬使用中

基本シート

お 名 前	
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生
連 絡 先 電 話 番 号	① ②
病 院 名	<div>病院</div> <div>科</div> <div>先生</div> <div>電話番号</div>
か か り つ け 医	<div>連絡先</div> <div>医院名</div>
そ の 他 通 院 中	<div>・ 内科 ・ 外科 ・ 脳神経外科 ・ 神経内科 ・ 整形外科</div> <div>・ リハビリテーション科 ・ 歯科 ・ その他()</div>
訪問看護ステーション	<div>連絡先</div> <div>所 属</div>
担当ケアマネジャー	<div>連絡先 担当者</div> <div>所 属</div>
地域包括支援センター 関 係 機 関 等	
治 療 中 の 病 気	<div>・ 脳卒中 ・ てんかん ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病</div> <div>・ 肝臓病 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 心房細動</div> <div>・ その他()</div>
感 染 症 等	HCV(+ -) HB(+ -) 血液型()型 Rh()
既 往 歴 そ の 他	

生き生きノート持参時のお願い

北多摩西部保健医療圏脳卒中医療連携推進協議会

会長 高里良男

地域ケア部会会長 新田國夫

この「生き生きノート」は北多摩西部保健医療圏脳卒中医療連携協議会の地域ケア部会で作成したものです。北多摩西部保健医療圏脳卒中医療連携推進協議会には各医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院、消防署、市役所、保健所の代表の方が、また地域ケア部会には病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、高齢者施設、介護支援専門員、市役所等の代表が委員として参加しております。

在宅で障害等がありながら生活をしている方や、障害等がありながら病院を退院する方が、御自身で自分の記録を持ち、患者さんに関わる医療や福祉・介護の職員が情報を共有できるように工夫し作成したものです。

従って、このノートは医療や介護サービスを既に受けている方や、脳卒中や癌、大腿骨頸部骨折などの疾患(疾患は問いません)に罹患した患者様で、退院後に何らかの支援を必要とする方に急性期の病院、回復期の病院を問わずにお渡ししているものです。

この「生き生きノート」を患者さんが持参された場合には、該当するページに、記載できる範囲で結構ですので、ご記入いただくようお願いいたします。

▼ このノートには、次の用紙がはいています。 ▼

患者さんご自身のお名前、生年月日、連絡先、
かかりつけ医等を記載するページ

地域支援ネットワーク
地域で利用できるサービスをイラストで示したもの

多摩立川保健所及び共済立川病院ホームページからダウンロード可能です。
在宅に当たり準備するもの、習熟訓練が必要なもの

イベント表

変化があった場合に誰でも記載できます。

自由記載・連絡票

どなたでも質問したいこと、気づいた事を自由に記載できます。

支援シート
(水色用紙)

導入するサービス、利用しているサービスを記載するための用紙です。

診療シート
(白色用紙)

看護師、医師が記載します。

薬シート
(白色用紙)

内服中の薬剤情報シートです。直接、記入する、あるいは、薬品説明用紙を貼付するなど方法は構いませんので、使用中の薬品がわかるように工夫をしていただければと思います。

検査結果貼付シート
(白色用紙)

検査結果を貼付するか、挟んでください。

生活シート
(黄色用紙)

日常生活に関する内容を記載するものです。備考には注意すべき内容等を記載してください。

食事支援シート
(ピンク色用紙)

食べ物の飲み込みなどで支援を受けている患者さんに使用します。

生き活きノートを配布する方へのお願い

北多摩西部保健医療圏脳卒中医療連携推進協議会

会長 高里良男

地域ケア部会会長 新田國夫

この「生き活きノート」は北多摩西部保健医療圏脳卒中医療連携推進協議会の地域ケア部会で作成したものです。北多摩西部保健医療圏脳卒中医療連携推進協議会には各医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院、消防署、市役所、保健所の代表の方が、また地域ケア部会には病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、高齢者施設、介護支援専門員、市役所等の代表が委員として参加しております。

在宅で障害等がありながら生活をしている方や、障害等がありながら病院を退院する方が、御自身で自分の記録を持ち、患者さんに関わる医療や福祉・介護の職員が情報を共有できるように工夫し作成したものです。

従って、このノートは医療や介護サービスを既に受けている方や、脳卒中や癌、大腿骨頸部骨折などの疾患(疾患は問いません)に罹患した患者様で、退院後に何らかの支援を必要とする方に退院時の情報を該当箇所に記載してお渡しください。

病院で退院時に記載が必要なシートは下記のものですので、どうぞご協力ください。

患者さんご自身のお名前、生年月日、連絡先、
かかりつけ医等を記載するページ

受け持ち看護師や退院支援担当者がご記入ください。

地域支援ネットワーク
地域で利用できるサービスをイラストで示したもの

多摩立川保健所及び共済立川病院ホームページからダウンロード可能です。
在宅にあたり準備するもの、習熟訓練が必要なもの

診療シート
(白色用紙)

看護師、医師が記載します。

薬シート
(白色用紙)

内服中の薬剤情報シートです。記入する、貼付、薬品説明用紙を貼付するなど方法は構いませんので使用中の薬品がわかるように工夫をしていただければと思います。

検査結果貼付シート
(白色用紙)

検査結果を貼付するか挟んでください。

生活シート
(黄色用紙)

日常生活に関する内容を記載するものです。備考には注意すべき内容等を記載してください。

食事支援シート
(ピンク色用紙)

食べ物の飲み込みなどで支援を受けている患者さんに使用します。

*脳卒中に関しては最後尾のパスシートに必要事項を記載してください。

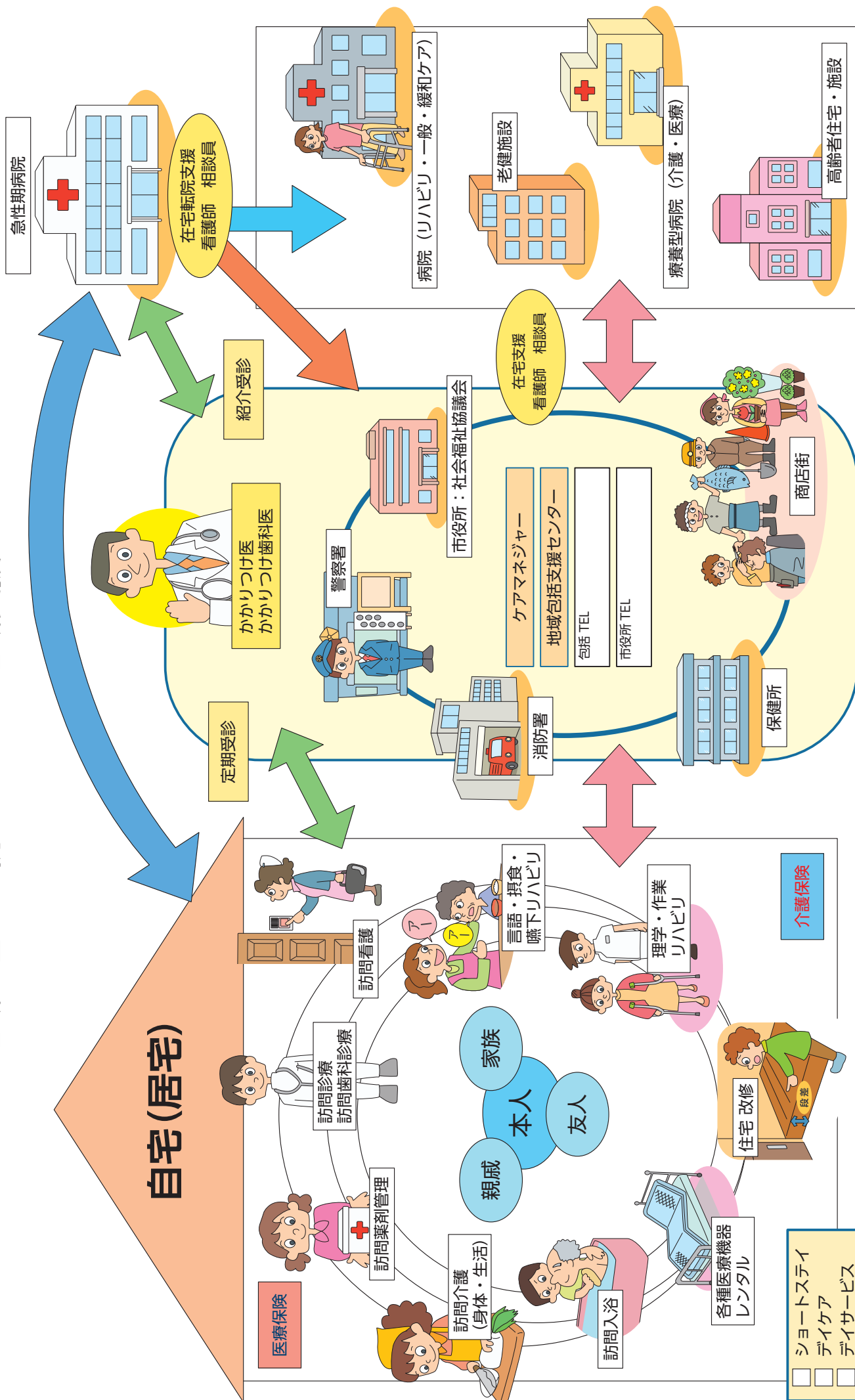
尚、配布した患者さんにつきましては配布した施設で、お名前、住所地(市)、病名、配布日等を把握していただけると、本事業の評価を行なう際に大変役立ちます。

「生き生きノート」の使い方

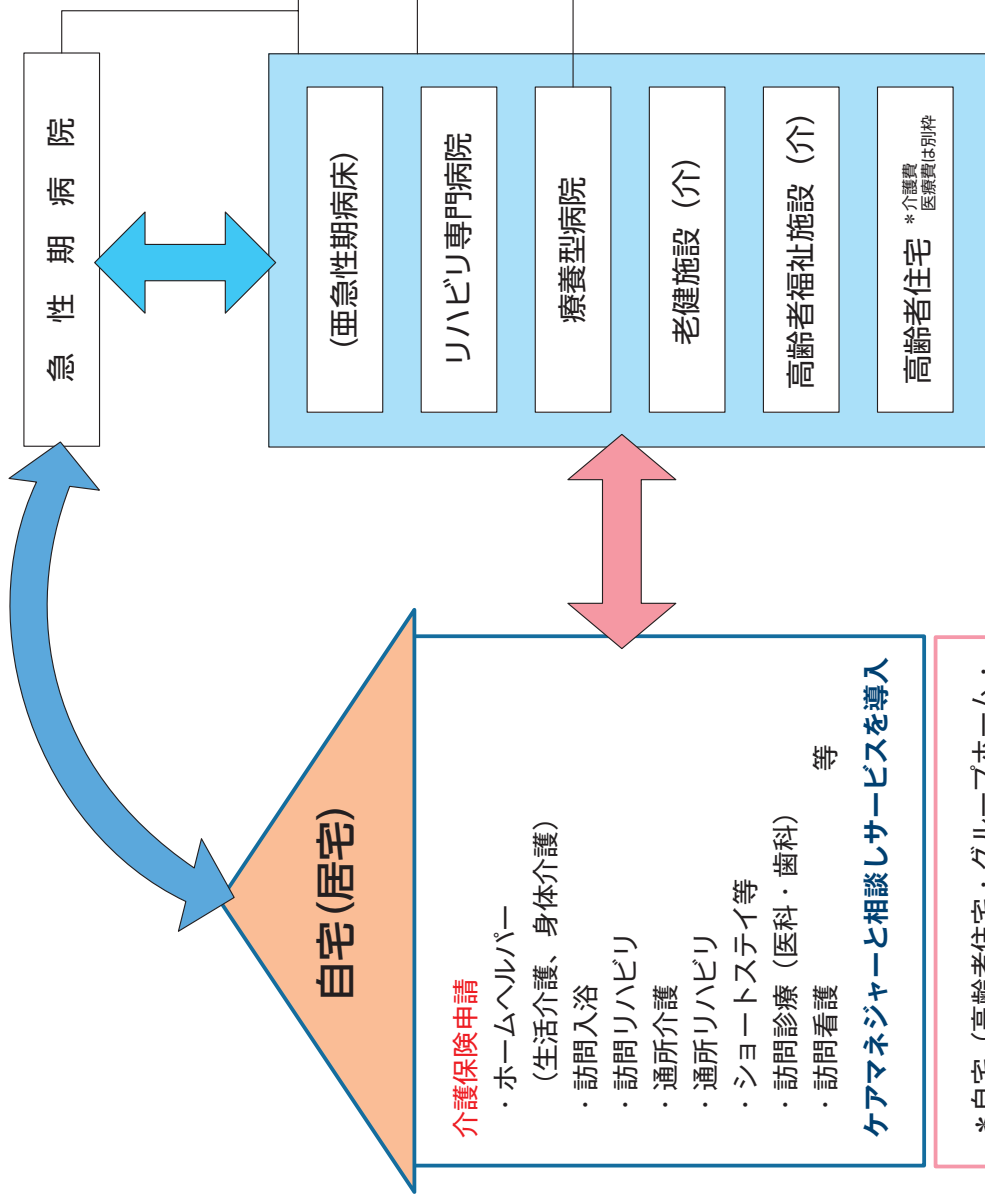
＊生き生きノートは退院後3ヶ月・6ヶ月・12ヶ月時に評価をしてください。2週間程度の誤差があってもかまいません。
ご自身が該当するページについて記入できる範囲でお願いします。

	ご本人へ	医療・介護等関係者の方へ
ノートの発行（病院他）	<ul style="list-style-type: none"> 「生き生きノート」は、入院中に病院から渡されます。 このノートは、病院やクリニック（救急車で受診する場合も含みます）受診時に忘れずに持参してください。 	<p>発行者：急性期病院、その他どこでも配布可</p> <p>入院後から在宅での患者様の状態について職種を超えて疾病や生活機能を評価し在宅支援をするため作成したものです。</p> <ul style="list-style-type: none"> 疾患に関しては診療情報提供書か退院時サマリー等をお持ちいただきます。 入院中（可能であれば1週間以内）に患者さんにお渡しください。 このノートの地域ケアシート（地域で暮らし続けるための地域支援ネットワーク）を元に看護師や医療福祉相談員等が在宅支援を行います。
支援シート	<ul style="list-style-type: none"> 現在の介護度や利用できるサービス等記入するシートです。その他のサービスについても記載されています。 	<p>記載者：担当ケアマネジャー</p> <p>在宅で患者さんが既に導入しているサービスや今後必要と思われるサービスがわかるためのシートです。</p>
診療シート	<ul style="list-style-type: none"> 診療シートは、受診するときに予め提出し診察の状況を記載していただくためのものです。 薬シート（お薬手帳を持っている方は不要です）薬剤の説明用紙をいれていただく事も可能です 検査シート（検査の結果を渡された際に挟むか貼付してもらいましょう） 	<p>記載者：医師、看護師</p> <p>診療した先生に病気の状態について評価をしていただくためのシートです。</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期の病院にかかる時や、障害者手帳申請のために受診する際の診断書記載時の参考にさせていただく事も可能です。 薬は現在服用中のもの、検査結果については貼付してください。
生活シート	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護・介護に従事して下さる方に、記入していただけてください。 	<p>記載者：ご本人・ご家族とその関係者</p> <p>生活機能全般について評価できることを目的に作成されたものです。</p>
食事支援シート	<ul style="list-style-type: none"> 「摂食・嚥下機能評価票」の上段はご自宅の方がつけるか、ヘルパーさん、看護師等食事の介助をする方につけていただけてください。 「摂食・嚥下機能評価票」の下段は、検査実施医師等に記入していただけてください。 	<p>記載者：食事の状況観察項目、口腔機能評価はご本人やご家族が看護師、ヘルパー、ケアマネジャーが協力して 口腔機能評価は 評価実施医師・歯科医師</p> <p>食事困難な状況を把握し摂食嚥下機能を評価し支援につなぐためのものです。</p> <ul style="list-style-type: none"> 上段はご本人、または食事の支援をする方（ご家族、ヘルパー、看護師等）実際に支援をする方がつけてください。 下段は、検査実施医師がご記入ください。

＜地域で暮らし続けるための地域支援ネットワーク＞



在宅での生活のあり方



支払いに関して
年 金 月 円程度
貯 蓄 円 位

☐ 高齢夫婦 ☐ 独居 ☐ 介護者 有・無
☐ 認知症 ◇

在宅に当たり準備するもの	習熟訓練が必要
<input type="checkbox"/> ベッド	<input type="checkbox"/> オムツ交換
<input type="checkbox"/> エアーマット (体交付)	<input type="checkbox"/> 吸引 (吸引器・注射器)
<input type="checkbox"/> 酸素	<input type="checkbox"/> 点滴交換
<input type="checkbox"/> 吸引器	<input type="checkbox"/> 体位交換
<input type="checkbox"/> 紙オムツ	<input type="checkbox"/> 嘔吐時の体位
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> パジャマの交換 (更衣)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点滴・点滴セット 酒精綿 針 グリセリン浣腸

生き生きノートイベント表(受診・相談等の一覧表です)

[illegible]

質問連絡

質問連絡

質問連絡

質問連絡

[illegible]

質問連絡

質問連絡

質問連絡

質問連絡

[illegible]

質問連絡

質問連絡

質問連絡

質問連絡

[illegible]

記入例

生活支援

支援シート(主にケアマネジャーが記載します)

受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
発症後	退院時			
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）
	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）
	<input type="checkbox"/> 申請未 <input type="checkbox"/> 申請中			
介護者	主介護者名 関係 キーパーソン	主介護者名 関係 キーパーソン	主介護者名 関係 キーパーソン	主介護者名 関係 キーパーソン
	成年後見	<div>要 不要</div> <div>申請 未 済</div>	<div>要 不要</div> <div>申請 未 済</div>	<div>要 不要</div> <div>申請 未 済</div>
利用しているサービス (レ点を入れてサービス導入日を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 生活介護(昼) (月 日～) (月 日～)			
	身体介護(昼) (月 日～) (月 日～)			
	生活介護(夜) (月 日～) (月 日～)			
	身体介護(夜) (月 日～) (月 日～)			
	生活介護(自費) (月 日～) (月 日～)			
	身体介護(自費) (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 訪問診療 (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下リハビリ (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> デイケア (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> デイサービス (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> ショートステイ (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具 (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 住宅改修			
総合評価・注意点				
事業所名				
記入者				

支援シート（主にケアマネジャーが記載します）

受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
発症後				
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）
	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）
	<input type="checkbox"/> 申請未 <input type="checkbox"/> 申請中			
介護者	主介護者名 関係 キーパーソン	主介護者名 関係 キーパーソン	主介護者名 関係 キーパーソン	主介護者名 関係 キーパーソン
成年後見	<div>要 不要</div> <div>申請 未 済</div>	<div>要 不要</div> <div>申請 未 済</div>	<div>要 不要</div> <div>申請 未 済</div>	<div>要 不要</div> <div>申請 未 済</div>
利用しているサービス (し点を入れてサービス導入日を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 生活介護(昼) (月 日～) (月 日～)			
	身体介護(昼) (月 日～) (月 日～)			
	生活介護(夜) (月 日～) (月 日～)			
	身体介護(夜) (月 日～) (月 日～)			
	生活介護(自費) (月 日～) (月 日～)			
	身体介護(自費) (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 訪問診療 (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下リハビリ (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> デイケア (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> デイサービス (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> ショートステイ (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具 (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 住宅改修			
総合評価・注意点				
事業所名				
記入者				

支援シート(主にケアマネジャーが記載します)

受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
発症後				
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）
	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）
	<input type="checkbox"/> 申請未 <input type="checkbox"/> 申請中			
介護者	主介護者名 関係 キーパーソン	主介護者名 関係 キーパーソン	主介護者名 関係 キーパーソン	主介護者名 関係 キーパーソン
	成年後見	<div>要 不要</div> <div>申請 未 済</div>	<div>要 不要</div> <div>申請 未 済</div>	<div>要 不要</div> <div>申請 未 済</div>
利用しているサービス (レ点を入れてサービス導入日を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 生活介護(昼) （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	身体介護(昼) （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	生活介護(夜) （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	身体介護(夜) （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	生活介護(自費) （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	身体介護(自費) （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	<input type="checkbox"/> 訪問診療 （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下リハビリ （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	<input type="checkbox"/> デイケア （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	<input type="checkbox"/> デイサービス （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	<input type="checkbox"/> ショートステイ （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具 （ 月 日～ ） （ 月 日～ ）			
	<input type="checkbox"/> 住宅改修			
総合評価・注意点				
事業所名				
記入者				

支援シート（主にケアマネジャーが記載します）

受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
発症後				
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）
	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）
	<input type="checkbox"/> 申請未 <input type="checkbox"/> 申請中			
介護者	主介護者名 関係 キーパーソン	主介護者名 関係 キーパーソン	主介護者名 関係 キーパーソン	主介護者名 関係 キーパーソン
	成年後見	<div>要 不要</div> <div>申請 未 済</div>	<div>要 不要</div> <div>申請 未 済</div>	<div>要 不要</div> <div>申請 未 済</div>
利用しているサービス (し点を入れてサービス導入日を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 生活介護(昼) (月 日～) (月 日～)			
	身体介護(昼) (月 日～) (月 日～)			
	生活介護(夜) (月 日～) (月 日～)			
	身体介護(夜) (月 日～) (月 日～)			
	生活介護(自費) (月 日～) (月 日～)			
	身体介護(自費) (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 訪問診療 (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下リハビリ (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> デイケア (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> デイサービス (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> ショートステイ (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具 (月 日～) (月 日～)			
	<input type="checkbox"/> 住宅改修			
総合評価・注意点				
事業所名				
記入者				

*発症から3ヶ月後と6ヶ月後は必ずmRSの記載をお願いします。（記載する人：医師または看護師）
患者さんが提示した際に記載が必要と思われる部分だけにご記入をお願いします。

3ヶ月後（ 月 日頃） 6ヶ月後（ 月 日頃）

診察日	22 年 5 月 10 日	22 年 5 月 15 日	22 年 5 月 28 日	年 月 日	
病 名	右大腿骨骨折疑				
mRS	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 ④ 5	0 1 2 3 4 5	
一般状態	血 圧	/ mmHg	126 / 82 mmHg	134 / 76 mmHg	/ mmHg
	脈 拍	回/分 整 不整	86 回/分 ③ 整 不整	88 回/分 ③ 整 不整	回/分 整 不整
	体 重	Kg	Kg	Kg	Kg
	B M I				
	□体 温	℃	℃	℃	℃
	□SPO2	%	%	%	%
症状または訴え	□状態変化なし 自宅で転倒し 右股関節痛あり	□状態変化なし 右臀部痛あり	☑状態変化なし 歩行が不安定と 訴える	□状態変化なし	
診察所見	X-P股関節 骨折なし	右臀部皮下出血著明 皮下出血部の疼痛有	PT-INR2.2 コントロールOK		
家族・介護者への アドバイス	起立バランス等 気をつけてくだ さい。	東京診療所 東京先生へ 皮下出血が著明 ですがPT等は充 進していないで しょうか。	血液検査は問題 ありませんが、 転倒しないよう に気をつけてく ださい。		
障害者の自立度	自立 J1 J2 ① A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
高次脳機能障害	② 有 無	有 無	有 無	有 無	
認知機能	自立 MCI I Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb IV M	自立 MCI I Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb IV M	自立 MCI I Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb IV M	自立 MCI I Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb IV M	
所属	立川整形外科	国立訪問看護ST	東京診療所		
記載者（医師・看護師）	看 小林	看 山口	東京 三郎		

mRS
0 全く症状なし
1 何らかの症状はあるが障害はない ：通常の仕事や活動は全て行える
2 軽微な障害：これまでの活動の全てはできないが身のまわりの事は援助不要
3 中等度障害：何らかの援助が必要だが援助なしで歩行ができる
4 中等度から重度障害：援助なしでは歩行できず身の回りの事ができない
5 重度の障害：ねたきり、失禁、全面的な援助が必要
高次脳機能障害（脳疾患や外傷が原因） 言語の理解・行動する・物体の認識・記憶の保持ができない状態

障害者の自立度
J 何らかの障害はあるが、日常生活は自立している J1 交通機関を利用して外出する J2 隣近所になら外出する
A 屋内での生活は自立、外出時には介助が必要 A1 日中はほとんどベッドから離れて生活 A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活
B 屋内での生活も介助が必要、ベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 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
C 一日中ベッドで過ごし、日常生活全てが介助が必要 C1 自力で寝返りをうつ C2 自力で寝返りができない

認知機能
自立 認知症状なし I 何らかの認知症状はあるが家庭内及び社会的に自立
II 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが見守りがあれば自立している Ⅱa 家庭外でみられる Ⅱb 家庭内でもみられる
III 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがある、介護を必要とする Ⅲa 日中を中心に見られる Ⅲb 夜間を中心に見られる
IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を要する
M 著しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患がみられ、専門医療が必要である
MCI：認知機能の低下はあるが日常生活機能は正常にできる

*発症から3ヶ月後と6ヶ月後は必ずmRSの記載をお願いします。（記載する人：医師または看護師）
患者さんが提示した際に記載が必要と思われる部分だけにご記入をお願いします。

3ヶ月後（ 月 日頃） 6ヶ月後（ 月 日頃）

診察日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
病 名		退院時			
mRS		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
一般状態	血 圧	/ mmHg		/ mmHg	
	脈 拍	回/分 整 不整		回/分 整 不整	
	体 重	Kg		Kg	
	B M I				
	<input type="checkbox"/> 体 温	℃		℃	
	<input type="checkbox"/> SPO2	%		%	
症状または訴え		<input type="checkbox"/> 状態変化なし		<input type="checkbox"/> 状態変化なし	
診察所見					
家族・介護者への アドバイス					
障害者の自立度		自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
高次脳機能障害		有 無		有 無	
認知機能		自立 MCI I Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb IV M	自立 MCI I Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb IV M	自立 MCI I Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb IV M	自立 MCI I Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb IV M
所属					
記載者 (医師・看護師)					

mRS

0 全く症状なし
1 何らかの症状はあるが障害はない
：通常の仕事や活動は全て行える
2 軽微な障害：これまでの活動の全てではできないが身のまわりの事は援助不要
3 中等度障害：何らかの援助が必要だが援助なしで歩行ができる
4 中等度から重度障害：援助なしでは歩行できず身の回りの事ができない
5 重度の障害：ねたきり、失禁、全面的な援助が必要
高次脳機能障害(脳疾患や外傷が原因)
言語の理解・行動する・物体の認識・記憶の保持ができない状態

障害者の自立度

J 何らかの障害はあるが、日常生活は自立している
J1 交通機関を利用して外出する
J2 隣近所になら外出する
A 屋内での生活は自立、外出時には介助が必要
A1 日中はほとんどベッドから離れて生活
A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活
B 屋内での生活も介助が必要、ベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ
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
C 一日中ベッドで過ごし、日常生活全てが介助が必要
C1 自力で寝返りをうつ
C2 自力で寝返りができない

認知機能

自立 認知症状なし
Ⅰ 何らかの認知症状はあるが家庭内及び社会的に自立
Ⅱ 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが見守りがあれば自立している
Ⅱa 家庭外でみられる
Ⅱb 家庭内でもみられる
Ⅲ 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがある、介護を必要とする
Ⅲa 日中を中心にみられる
Ⅲb 夜間を中心にみられる
Ⅳ 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を要する
M 著しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患がみられ、専門医療が必要である
MCI：認知機能の低下はあるが日常生活機能は正常にできる

* 発症から3ヶ月後と6ヶ月後は必ずmRSの記載をお願いします。（記載する人：医師または看護師）
患者さんが提示した際に記載が必要と思われる部分だけにご記入をお願いします。

3ヶ月後（ 月 日頃） 6ヶ月後（ 月 日頃）

診察日		年 月 日					年 月 日					年 月 日					年 月 日									
病 名																										
mRS		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	
一般状態	血 圧	/ mmHg					/ mmHg					/ mmHg					/ mmHg									
	脈 拍	回/分 整 不整					回/分 整 不整					回/分 整 不整					回/分 整 不整									
	体 重	Kg					Kg					Kg					Kg									
	B M I																									
	<input type="checkbox"/> 体 温	℃					℃					℃					℃									
	<input type="checkbox"/> SPO2	%					%					%					%									
症状または訴え		<input type="checkbox"/> 状態変化なし					<input type="checkbox"/> 状態変化なし					<input type="checkbox"/> 状態変化なし					<input type="checkbox"/> 状態変化なし									
診察所見																										
家族・介護者へのアドバイス																										
障害者の自立度		自立	J1	J2	A1	A2	自立	J1	J2	A1	A2	自立	J1	J2	A1	A2	自立	J1	J2	A1	A2	自立	J1	J2	A1	A2
高次脳機能障害		有 無					有 無					有 無					有 無									
認知機能		自立	MCI			I	自立	MCI			I	自立	MCI			I	自立	MCI			I	自立	MCI			I
		Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb		Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb		Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb		Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb		Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	
		IV	M				IV	M				IV	M				IV	M				IV	M			
所属																										
記載者 (医師・看護師)																										

mRS

0 全く症状なし

1 何らかの症状はあるが障害はない
：通常の仕事や活動は全て行える

2 軽微な障害：これまでの活動の全てはできないが身のまわりの事は援助不要

3 中等度障害：何らかの援助が必要だが援助なしで歩行ができる

4 中等度から重度障害：援助なしでは歩行できず身の回りの事ができない

5 重度の障害：ねたきり、失禁、全面的な援助が必要

高次脳機能障害(脳疾患や外傷が原因)
言語の理解・行動する・物体の認識・記憶の保持ができない状態

障害者の自立度

J 何らかの障害はあるが、日常生活は自立している

J1 交通機関を利用して外出する

J2 隣近所になら外出する

A 屋内での生活は自立、外出時には介助が必要

A1 日中はほとんどベッドから離れて生活

A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活

B 屋内での生活も介助が必要、ベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ

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

C 一日中ベッドで過ごし、日常生活全てが介助が必要

C1 自力で寝返りをうつ

C2 自力で寝返りができない

認知機能

自立 認知症状なし

I 何らかの認知症状はあるが家庭内及び社会的に自立

Ⅱ 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが見守りがあれば自立している

Ⅱa 家庭外でみられる

Ⅱb 家庭内でもみられる

Ⅲ 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあつて、介護を必要とする

Ⅲa 日中を中心にみられる

Ⅲb 夜間を中心にみられる

Ⅳ 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を要する

M 著しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患がみられ、専門医療が必要である

MCI：認知機能の低下はあるが日常生活機能は正常にできる

*発症から3ヶ月後と6ヶ月後は必ずmRSの記載をお願いします。（記載する人：医師または看護師）
患者さんが提示した際に記載が必要と思われる部分だけにご記入をお願いします。

3ヶ月後（ 月 日頃） 6ヶ月後（ 月 日頃）

診察日		年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日
病 名													
mRS		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
一般状態	血 圧	/			mmHg			/			mmHg		
	脈 拍	回/分			整 不整			回/分			整 不整		
	体 重				Kg						Kg		
	B M I												
	<input type="checkbox"/> 体 温				℃						℃		
	<input type="checkbox"/> SPO2				%						%		
症状または訴え		<input type="checkbox"/> 状態変化なし						<input type="checkbox"/> 状態変化なし					
診察所見													
家族・介護者への アドバイス													
障害者の自立度		自立	J1	J2	A1	A2		自立	J1	J2	A1	A2	
高次脳機能障害		有			無			有			無		
認知機能		自立		MCI		I		自立		MCI		I	
		Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb			Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb		
		IV	M					IV	M				
所属													
記載者 (医師・看護師)													

mRS

0 全く症状なし

1 何らかの症状はあるが障害はない
：通常の仕事や活動は全て行える

2 軽微な障害：これまでの活動の全てではできないが身のまわりの事は援助不要

3 中等度障害：何らかの援助が必要だが援助なしで歩行ができる

4 中等度から重度障害：援助なしでは歩行できず身の回りの事ができない

5 重度の障害：ねたきり、失禁、全面的な援助が必要

高次脳機能障害(脳疾患や外傷が原因)
言語の理解・行動する・物体の認識・記憶の保持ができない状態

障害者の自立度

J 何らかの障害はあるが、日常生活は自立している
J1 交通機関を利用して外出する
J2 隣近所になら外出する

A 屋内での生活は自立、外出時には介助が必要
A1 日中はほとんどベッドから離れて生活
A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活

B 屋内での生活も介助が必要、ベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ
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

C 一日中ベッドで過ごし、日常生活全てが介助が必要
C1 自力で寝返りをうつ
C2 自力で寝返りができない

認知機能

自立 認知症状なし

I 何らかの認知症状はあるが家庭内及び社会的に自立

II 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが見守りがあれば自立している
Ⅱa 家庭外でみられる
Ⅱb 家庭内でもみられる

III 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがある、介護を必要とする
Ⅲa 日中を中心にみられる
Ⅲb 夜間を中心にみられる

IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を要する

M 著しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患がみられ、専門医療が必要である

MCI：認知機能の低下はあるが日常生活機能は正常にできる

* 発症から3ヶ月後と6ヶ月後は必ずmRSの記載をお願いします。（記載する人：医師または看護師）
患者さんが提示した際に記載が必要と思われる部分だけにご記入をお願いします。

3ヶ月後（ 月 日頃） 6ヶ月後（ 月 日頃）

診察日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
病 名					
mRS		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
一般状態	血 圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
	脈 拍	回/分 整 不整	回/分 整 不整	回/分 整 不整	回/分 整 不整
	体 重	Kg	Kg	Kg	Kg
	B M I				
	<input type="checkbox"/> 体 温	℃	℃	℃	℃
	<input type="checkbox"/> SPO2	%	%	%	%
症状または訴え		<input type="checkbox"/> 状態変化なし	<input type="checkbox"/> 状態変化なし	<input type="checkbox"/> 状態変化なし	<input type="checkbox"/> 状態変化なし
診察所見					
家族・介護者への アドバイス					
障害者の自立度		自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
高次脳機能障害		有 無	有 無	有 無	有 無
認知機能		自立 MCI I Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb IV M	自立 MCI I Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb IV M	自立 MCI I Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb IV M	自立 MCI I Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb IV M
所属					
記載者 (医師・看護師)					

mRS

0 全く症状なし
1 何らかの症状はあるが障害はない
：通常の仕事や活動は全て行える
2 軽微な障害：これまでの活動の全てはできないが身のまわりの事は援助不要
3 中等度障害：何らかの援助が必要だが援助なしで歩行ができる
4 中等度から重度障害：援助なしでは歩行できず身の回りの事ができない
5 重度の障害：ねたきり、失禁、全面的な援助が必要
高次脳機能障害(脳疾患や外傷が原因)
言語の理解・行動する・物体の認識・記憶の保持ができない状態

障害者の自立度

J 何らかの障害はあるが、日常生活は自立している
J1 交通機関を利用して外出する
J2 隣近所になら外出する
A 屋内での生活は自立、外出時には介助が必要
A1 日中はほとんどベッドから離れて生活
A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活
B 屋内での生活も介助が必要、ベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ
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
C 一日中ベッドで過ごし、日常生活全てが介助が必要
C1 自力で寝返りをうつ
C2 自力で寝返りができない

認知機能

自立 認知症状なし
I 何らかの認知症状はあるが家庭内及び社会的に自立
Ⅱ 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが見守りがあれば自立している
Ⅱa 家庭外でみられる
Ⅱb 家庭内でもみられる
Ⅲ 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあつて、介護を必要とする
Ⅲa 日中を中心にみられる
Ⅲb 夜間を中心にみられる
Ⅳ 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を要する
M 著しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患がみられ、専門医療が必要である
MCI：認知機能の低下はあるが日常生活機能は正常にできる

*発症から3ヶ月後と6ヶ月後は必ずmRSの記載をお願いします。（記載する人：医師または看護師）
患者さんが提示した際に記載が必要と思われる部分だけにご記入をお願いします。

3ヶ月後（ 月 日頃） 6ヶ月後（ 月 日頃）

診察日		年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日												
病 名																									
mRS		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5						
一般状態	血 圧	/				mmHg				/				mmHg				/				mmHg			
	脈 拍	回/分				整 不整				回/分				整 不整				回/分				整 不整			
	体 重					Kg								Kg								Kg			
	B M I																								
	<input type="checkbox"/> 体 温					℃								℃								℃			
<input type="checkbox"/> SPO2					%								%								%				
症状または訴え		<input type="checkbox"/> 状態変化なし								<input type="checkbox"/> 状態変化なし								<input type="checkbox"/> 状態変化なし							
診察所見																									
家族・介護者への アドバイス																									
障害者の自立度		自立	J1	J2	A1	A2		自立	J1	J2	A1	A2		自立	J1	J2	A1	A2		自立	J1	J2	A1	A2	
高次脳機能障害		有				無				有				無				有				無			
認知機能		自立	MCI		I			自立	MCI		I			自立	MCI		I			自立	MCI		I		
		Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb			Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb			Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb			Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb		
		IV	M					IV	M					IV	M					IV	M				
所属																									
記載者 (医師・看護師)																									

mRS

0 全く症状なし

1 何らかの症状はあるが障害はない
：通常の仕事や活動は全て行える

2 軽微な障害：これまでの活動の全てではできないが身のまわりの事は援助不要

3 中等度障害：何らかの援助が必要だが援助なしで歩行ができる

4 中等度から重度障害：援助なしでは歩行できず身の回りの事ができない

5 重度の障害：ねたきり、失禁、全面的な援助が必要

高次脳機能障害(脳疾患や外傷が原因)
言語の理解・行動する・物体の認識・記憶の保持ができない状態

障害者の自立度

J 何らかの障害はあるが、日常生活は自立している
J1 交通機関を利用して外出する
J2 隣近所になら外出する

A 屋内での生活は自立、外出時には介助が必要
A1 日中はほとんどベッドから離れて生活
A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活

B 屋内での生活も介助が必要、ベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ
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

C 一日中ベッドで過ごし、日常生活全てが介助が必要
C1 自力で寝返りをうつ
C2 自力で寝返りができない

認知機能

自立 認知症状なし

I 何らかの認知症状はあるが家庭内及び社会的に自立

II 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが見守りがあれば自立している
Ⅱa 家庭外でみられる
Ⅱb 家庭内でもみられる

III 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがある、介護を必要とする
Ⅲa 日中を中心にみられる
Ⅲb 夜間を中心にみられる

IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を要する

M 著しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患がみられ、専門医療が必要である

MCI：認知機能の低下はあるが日常生活機能は正常にできる

* 発症から3ヶ月後と6ヶ月後は必ずmRSの記載をお願いします。（記載する人：医師または看護師）
患者さんが提示した際に記載が必要と思われる部分だけにご記入をお願いします。

3ヶ月後（ 月 日頃） 6ヶ月後（ 月 日頃）

診察日		年 月 日					年 月 日					年 月 日					年 月 日									
病 名																										
mRS		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	
一般状態	血 圧	/ mmHg					/ mmHg					/ mmHg					/ mmHg									
	脈 拍	回/分 整 不整					回/分 整 不整					回/分 整 不整					回/分 整 不整									
	体 重	Kg					Kg					Kg					Kg									
	B M I																									
	<input type="checkbox"/> 体 温	℃					℃					℃					℃									
	<input type="checkbox"/> SPO2	%					%					%					%									
症状または訴え		<input type="checkbox"/> 状態変化なし					<input type="checkbox"/> 状態変化なし					<input type="checkbox"/> 状態変化なし					<input type="checkbox"/> 状態変化なし									
診察所見																										
家族・介護者への アドバイス																										
障害者の自立度		自立	J1	J2	A1	A2	自立	J1	J2	A1	A2	自立	J1	J2	A1	A2	自立	J1	J2	A1	A2	自立	J1	J2	A1	A2
高次脳機能障害		有 無					有 無					有 無					有 無									
認知機能		自立	MCI			I	自立	MCI			I	自立	MCI			I	自立	MCI			I	自立	MCI			I
		Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb		Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb		Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb		Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb		Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	
		IV	M				IV	M				IV	M				IV	M				IV	M			
所属																										
記載者 (医師・看護師)																										

<div>mRS</div> <div>0 全く症状なし</div> <div>1 何らかの症状はあるが障害はない ：通常の仕事や活動は全て行える</div> <div>2 軽微な障害：これまでの活動の全てはできないが身のまわりの事は援助不要</div> <div>3 中等度障害：何らかの援助が必要だが援助なしで歩行ができる</div> <div>4 中等度から重度障害：援助なしでは歩行できず身の回りの事ができない</div> <div>5 重度の障害：ねたきり、失禁、全面的な援助が必要</div> <div>高次脳機能障害(脳疾患や外傷が原因)</div> <div>言語の理解・行動する・物体の認識・記憶の保持ができない状態</div>	<div>障害者の自立度</div> <div>J 何らかの障害はあるが、日常生活は自立している</div> <div>J1 交通機関を利用して外出する</div> <div>J2 隣近所になら外出する</div> <div>A 屋内での生活は自立、外出時には介助が必要</div> <div>A1 日中はほとんどベッドから離れて生活</div> <div>A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活</div> <div>B 屋内での生活も介助が必要、ベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ</div> <div>B1 車椅子に移乗し、食事排泄はベッドから離れて行う</div> <div>B2 介助により車椅子に移乗する</div> <div>C 一日中ベッドで過ごし、日常生活全てが介助が必要</div> <div>C1 自力で寝返りをうつ</div> <div>C2 自力で寝返りができない</div>	<div>認知機能</div> <div>自立 認知症状なし</div> <div>I 何らかの認知症状はあるが家庭内及び社会的に自立</div> <div>Ⅱ 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが見守りがあれば自立している</div> <div>Ⅱa 家庭外でみられる</div> <div>Ⅱb 家庭内でもみられる</div> <div>Ⅲ 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあつて、介護を必要とする</div> <div>Ⅲa 日中を中心にみられる</div> <div>Ⅲb 夜間を中心にみられる</div> <div>Ⅳ 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を要する</div> <div>M 著しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患がみられ、専門医療が必要である</div> <div>MCI：認知機能の低下はあるが日常生活機能は正常にできる</div>
---	--	---

薬シート (お薬手帳を持っていない方は変更された時にお薬の説明書を貼ってください。)

薬剤アレルギー	有	無
薬品名		



常用
薬剤

薬シート (お薬手帳を持っていない方は変更された時にお薬の説明書を貼ってください。)

薬剤アレルギー

有

無

薬品名



常用薬剤

薬シート (お薬手帳を持っていない方は変更された時にお薬の説明書を貼ってください。)

薬剤アレルギー	有	無
薬品名		



常用薬剤

薬シート (お薬手帳を持っていない方は変更された時にお薬の説明書を貼ってください。)

薬剤アレルギー

有

無

薬品名



常用薬剤

検査結果シート (検査結果を貼ってください)



検査結果

検査結果シート (検査結果を貼ってください)



検査結果

検査結果シート (検査結果を貼ってください)



検査結果

検査結果シート (検査結果を貼ってください)



検査結果

生活シート(本人・ご家族・関係者が記入してください)

		記 入 例											
受 診 日		22 年 4 月 30 日					備考・詳細		年 月 日				
発 症 後		退院時					備考・詳細		退院時				
身体機能	意 識 障 害	<input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 ()				右上下肢麻痺		<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 ()			
	四 肢 麻 痺	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 (<input type="radio"/> 部位)				3/5		<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 (<input type="radio"/> 部位)			
	ふ る え	<input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 (<input type="radio"/> 部位)				上肢 > 下肢		<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 (<input type="radio"/> 部位)			
	言語の不自由	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 ()						<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有			
	と こ ず れ	<input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 (<input type="radio"/> 部位)						<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 (<input type="radio"/> 部位)			
自立度		自	見	一	全	施			自	見	一	全	施
日常生活等		立	ま	部	介	行			立	ま	部	介	行
活 動	基本動作	寝 返 り	<input type="radio"/>					立ち上がりの不安 定さはありますが、見守りがあればOK。					
		起 き 上 が り	<input type="radio"/>										
		座 位	<input type="radio"/>										
		立 ち 上 が り	<input type="radio"/>										
		立 位	<input type="radio"/>										
	移動	交通機関利用 (種 類)				<input type="radio"/>		筋力低下予防のためにもリハビリは 継続。 装具の付け方がまだ 上手ではありません。					
		外出 (隣近所)		<input type="radio"/>									
		室 内	<input type="radio"/>										
		歩行距離 / 1 日					歩・km						
		装具 杖 歩行器	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 ()					<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 ()			
		車 椅 子	不要・ <input checked="" type="radio"/> 要 (手動・電動)						不要・ <input type="radio"/> 要 (手動・電動)				
		(使 用 時 間)					時間 / 日						時間 / 日
	排泄	尿	<input type="radio"/>					□トイレ □オムツ □ポータブルトイレ					
		便	<input type="radio"/>										
	そ の 他	食 事	<input type="radio"/>					食具(□箸 □スプーン)					食具(□箸 □スプーン)
整 容 (身だしなみ)		<input type="radio"/>					かぶりのもので						
更 衣 (着替えなど)		<input type="radio"/>					あれば一人でOK。						
入 浴 (自 宅 で の)				<input type="radio"/>			ボタンは見守り。						
家事労働		食 事 の 支 度				<input type="radio"/>							
		洗 濯				<input type="radio"/>							
		掃 除				<input type="radio"/>							
コミュニケーション			<input type="radio"/>		<input type="radio"/>								
活 動 度	日 中 臥 位	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 ()					<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 ()				
	日 中 座 位		<input type="radio"/>										
本 人 の 希 望		自分の事は自分でやりたいと思う ができないのでくやしく、つらい よと。											
評 価 者		関係 受け持ち看護師 大阪						関係					

生活シート(本人・ご家族・関係者が記入してください)

受 診 日			年 月 日					備考・詳細	年 月 日					備考・詳細
発 症 後			3ヶ月											
身体機能	意 識 障 害		無 有 ()						無 有 ()					
	四 肢 麻 痺		無 有 (<small>部位</small>)						無 有 (<small>部位</small>)					
	ふ る え		無 有 (<small>部位</small>)						無 有 (<small>部位</small>)					
	言語の不自由		無 有						無 有					
	と こ ず れ		無 有 (<small>部位</small>)						無 有 (<small>部位</small>)					
自立度			自	見	一	全	施		自	見	一	全	施	
日常生活等			立	ま	部	介	行		立	ま	部	介	行	
活 動	基 本 動 作	寝 返 り												
		起 き 上 が り												
		座 位												
		立 ち 上 が り												
		立 位												
	移 動	交通機関利用												
		(種 類)												
		外出 (隣近所)												
		室 内												
		歩行距離 / 1日	歩・km						歩・km					
		装具 杖 歩行器	無	有	()				無	有	()			
		車 椅 子	不要・要 (手動・電動)						不要・要 (手動・電動)					
		(使 用 時 間)	時間 / 日						時間 / 日					
	期 間 内 転 倒	無 有					無 有							
	排 泄	尿												
便														
そ の 他	食 事		食具(□箸 □スプーン)					食具(□箸 □スプーン)						
	整 容 (身だしなみ)													
	更 衣 (着替えなど)													
	入 浴 (自 宅 で の)													
	家 事 労 働	食 事 の 支 度												
		洗 濯												
		掃 除												
	コミュニケーション													
活 動 度	日 中 臥 位	無 有 ()					無 有 ()							
	日 中 座 位													
本 人 の 希 望														
評 価 者			関係					関係						

生活シート(本人・ご家族・関係者が記入してください)

受 診 日			年 月 日					備考・詳細		年 月 日					備考・詳細	
発 症 後																
身体機能	意 識 障 害		無 有 ()							無 有 ()						
	四 肢 麻 痺		無 有 (<small>部位</small>)							無 有 (<small>部位</small>)						
	ふ る え		無 有 (<small>部位</small>)							無 有 (<small>部位</small>)						
	言語の不自由		無 有							無 有						
	と こ ず れ		無 有 (<small>部位</small>)							無 有 (<small>部位</small>)						
自立度			自	見	一	全	施			自	見	一	全	施		
日常生活等			立	ま	部	介	行			立	ま	部	介	行		
活 動	基 本 動 作	寝 返 り														
		起 き 上 が り														
		座 位														
		立 ち 上 が り														
		立 位														
	移 動	交通機関利用														
		(種 類)														
		外出 (隣近所)														
		室 内														
		歩行距離 / 1日	歩・km							歩・km						
		装具 杖 歩行器	無 有 ()							無 有 ()						
		車 椅 子	不要・要 (手動・電動)							不要・要 (手動・電動)						
		(使 用 時 間)	時間 / 日							時間 / 日						
	期 間 内 転 倒	無 有							無 有							
	排 泄	尿						□トイレ □オムツ							□トイレ □オムツ	
便							□ポータブルトイレ							□ポータブルトイレ		
そ の 他	食 事							食具(□箸 □スプーン)							食具(□箸 □スプーン)	
	整 容 (身だしなみ)															
	更 衣 (着替えなど)															
	入 浴 (自 宅 での)															
	家 事 労 働	食 事 の 支 度														
		洗 濯														
		掃 除														
コミュニケーション																
活 動 度	日 中 臥 位	無 有 ()							無 有 ()							
	日 中 座 位															
本 人 の 希 望																
評 価 者			関係							関係						

日常生活

生活シート (本人・ご家族・関係者が記入してください)

受 診 日			年 月 日					備考・詳細	年 月 日					備考・詳細	
発 症 後															
身体機能	意 識 障 害		無 有 ()						無 有 ()						
	四 肢 麻 痺		無 有 (<small>部位</small>)						無 有 (<small>部位</small>)						
	ふ る え		無 有 (<small>部位</small>)						無 有 (<small>部位</small>)						
	言語の不自由		無 有						無 有						
	と こ ず れ		無 有 (<small>部位</small>)						無 有 (<small>部位</small>)						
自立度			自	見	一	全	施		自	見	一	全	施		
日常生活等			立	ま	部	介	行		立	ま	部	介	行		
活 動	基 本 動 作	寝 返 り													
		起 き 上 が り													
		座 位													
		立 ち 上 が り													
		立 位													
	移 動	交通機関利用													
		(種 類)													
		外出 (隣近所)													
		室 内													
		歩行距離 / 1日	歩・km						歩・km						
		装具 杖 歩行器	無	有 ()	無 有 ()										
		車 椅 子	不要・要 (手動・電動)						不要・要 (手動・電動)						
		(使 用 時 間)	時間 / 日						時間 / 日						
	期 間 内 転 倒	無 有					無 有								
	排 泄	尿							□トイレ □オムツ □ポータブルトイレ						
便															
そ の 他	食 事						食具(□箸 □スプーン)					食具(□箸 □スプーン)			
	整 容 (身だしなみ)														
	更 衣 (着替えなど)														
	入 浴 (自 宅 で の)														
	家事労働	食 事 の 支 度													
		洗 濯													
		掃 除													
コミュニケーション															
活 動 度	日 中 臥 位	無 有 ()						無 有 ()							
	日 中 座 位														
本 人 の 希 望															
評 価 者			関係					関係							

〈摂食・嚥下障害チェックシート〉

こんな症状が1つでもあったら——

摂食・嚥下障害（ $\frac{\text{飲み込むこと}}{\text{食べること}}$ の障害）を疑ってみましょう?!

それぞれの症状の説明は、裏面をご参照ください。



食事中にむせる
ことがある



唾液が
口の中にたまる



飲み込むのに
苦労することがある



4

固いものが噛みにくくなった



舌に白い苔のような
ものがついている



声が変わった
(がらがら声や鼻に
抜ける声)



よく咳をする



8

食事を残すことが多い
(食べる量が減った)



体重が減った
(この1ヵ月で5%以上、
半年で10%以上)



これらの症状は、他の病気の場合もありますので主治医や専門家にご相談ください。

編集:東京都多摩立川保健所 地域摂食機能支援連絡会

監修:日本歯科大学附属病院口腔介護リハビリテーションセンター長 菊谷 武 准教授 | イラスト:黒瀬 恵子氏(言語聴覚士)

摂食・嚥下障害 **チェックシート** の解説

① 食事にむせることがある

食物が喉頭や気管内に侵入しそうになるとむせが生じます。ちょっとした軽いむせを含め、むせの発生は摂食・嚥下障害を疑う最も重要なサインとなります。とくに水はまとまりにくく、口の中で保持することが難しいために、最も誤嚥の危険のある食品です。ほかにパサパサしたもの、パラパラしたものなどもむせ易い食品です。

② 唾液が口の中にたまる

唾液は会話中や食事をしているときに多く分泌され、1日に平均1リットルから1.5リットルほど分泌されてきます。食事のとき以外に分泌されてきた唾液は口の中にたまり、ある程度の量になると飲み込まれます。しかし、この飲みこみの反応がうまく起こらない人は口の中に次第に唾液がたまっていきます。唾液が口の中にたまる症状が出た時に、唾液の分泌が多くなったのではないかと考える人が多くいます。しかし、むしろ出てきた唾液を上手に飲めていないために、唾液がたまると思ったほうがよいでしょう。痰も増えてくることもあり、さらに飲みにくくなります。

③ 飲み込むのに苦労することがある

繊維性のものや固くて噛みにくいものは、食べものの中でも飲みこみにくいものです。しかし、ふだん問題なく飲んでいたものが、かなり意識をしてゴックンと飲み込まなければいけなくなったとき、摂食・嚥下障害を疑います。摂食・嚥下障害の原因はさまざまで、飲み込みに必要な筋肉の動きが悪くなり、力が十分に発揮できなくなることがあります。また、食べ物の通過路に腫瘍などができて、食物の通過が悪くなる場合もあります。

④ 固いものが噛みにくくなった

固いものが噛みにくいということ、入れ歯のせいと思っていませんか？もちろん、入れ歯が合わないときには固いものは噛みにくくなります。しかし、気をつけたいのは、噛むための筋肉の衰えや、障害によっても、噛みにくいという症状がでることです。入れ歯に問題はないけれど、最近、固いものが噛みにくくなったという方は、要注意です。

⑤ 舌に白い苔のようなものがついてる

舌の上に白く苔のようにつく汚れを舌苔（ぜったい）といいます。これは、口の中の汚れや微生物によって成り立っています。舌苔は食べ物を咀嚼するときや嚥下するときの舌の機能が十分でないで付着してきます。唾液の分泌量が極端に減少しているときにも付着してきます。

⑥ 声が変わった（がらがら声や鼻に抜ける声）

声は気管の入り口にある声帯から発せられ、咽頭を経由して口や鼻に抜けていきます。その際に、特に口では舌や唇を用いて、さまざまな音に加工しています。つまり、しゃべることと食べることはほぼ同じ器官を使って行われています。痰がからんだようながらら声になった場合には、のどにうまく飲み込むことができなかった食物や唾液がたまっていることがあります。また、声が鼻に抜けるようになった場合（鼻にかかったような声）や、息が漏れるようなかすれ声になった場合、思った声が出せない場合などは、口やのどの動きが悪くなっていることが疑われます。

⑦ よく咳をする

食事中だけでなく、食後しばらくたってから咳がでることがあります。これはうまく飲みこむことができなかった食べ物のカスがのどに残っていて、食後しばらくしてから気管の方に落ち込むことがあるからです。体を動かしたり、横になると咳き込む場合、口の中にたまってきた自分の唾液をうまく飲みこめずに咳き込んでいることもあります。

⑧ 食事を残すことが多い（食べる量が減った）

うまく食べることができなくなると、食事を残しがちになることがあります。食べられるものが制限されたり、食事時間が長くなってしまったりすることが原因です。その結果、必要なエネルギーや栄養を摂ることができなくなることがあります。また、食事することに集中をしても30分以上かかるときは問題です。

⑨ 体重が減った（この1ヵ月で5%以上、半年で10%以上）

しっかり食べることができているかを知る方法で有効なのが体重の変化を見ることです。摂食・嚥下障害の結果、徐々に体重が減ってくることに注意しなければなりません。1ヵ月に体重の5%以上、半年で10%以上の変化は、栄養状態にとっても問題のある変化となります。

食事支援シート(摂食・嚥下機能評価)

記入例

病名 多発性脳梗塞、右内頸動脈閉塞症
発症日 平成22年3月4日

* 口腔機能評価必須外項目は評価実施医師
または歯科医師が記入してください。

	受診日	23 年 / 月 / 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	発症後	10ヵ月後				
環境	口腔内の汚れ	汚れている (ふつう) きれい	汚れている ふつう きれい	汚れている ふつう きれい	汚れている ふつう きれい	
	姿勢	椅子 (車椅子) チルド式車椅子 ベッド上	椅子 車椅子 チルド式車椅子 ベッド上	椅子 車椅子 チルド式車椅子 ベッド上	椅子 車椅子 チルド式車椅子 ベッド上	
	義歯	有(使用・未使用) (無)	有(使用・未使用) 無	有(使用・未使用) 無	有(使用・未使用) 無	
食事の状況	a. 食べようとし e. 上をむいて飲もうとする i. 食後によく咳が出る m. 食事中にむせる事がある	b. 少しずつしか食べない f. 鼻から飲食物が出てしまう j. 食後に声が変わる	c. 食べ物を詰め込みすぎる g. 食べ物が口の中に残る k. 食事を残す事が多い	d. 口から食べ物がこぼれる h. 喉がゼロゼロしている l. 嘔吐しやすい		
	a. b. (c.) d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.		
観察項目	食事形態(主食)	ペースト 刻み (軟食) 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	
	食事形態(副食)	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	
	食事に要する時間	1時間				
	飲水量(1日)	600 ml	ml	ml	ml	
	トロミ	(要) 不要	要 不要	要 不要	要 不要	
	尿量	(変化なし) 減少	変化なし 減少	変化なし 減少	変化なし 減少	
	食事の自立度	自立 見守り 部分介助 (全介助)	自立 見守り 部分介助 全介助	自立 見守り 部分介助 全介助	自立 見守り 部分介助 全介助	
	食事の摂取方法	経口 (一部経口) 経管 (胃瘻)チューブ・ボタン 経鼻	経口 一部経口 経管 (胃瘻)チューブ・ボタン 経鼻	経口 一部経口 経管 (胃瘻)チューブ・ボタン 経鼻	経口 一部経口 経管 (胃瘻)チューブ・ボタン 経鼻	
	補助栄養	有(エンシュア500ml×2) 無	有() 無	有() 無	有() 無	
口腔機能評価	必須項目	唾液・痰の状況	(良) 不良 ☑ 流涎 座位 ☐ 唾液が口の中に溜まる ☐ むせる ☐ 痰 時々ある 多い	良 不良 ☐ 流涎 ☐ 唾液が口の中に溜まる ☐ むせる ☐ 痰 時々ある 多い	良 不良 ☐ 流涎 ☐ 唾液が口の中に溜まる ☐ むせる ☐ 痰 時々ある 多い	良 不良 ☐ 流涎 ☐ 唾液が口の中に溜まる ☐ むせる ☐ 痰 時々ある 多い
		声の状態	(変化なし) ガラガラ声 かすれ声	変化なし ガラガラ声 かすれ声	変化なし ガラガラ声 かすれ声	変化なし ガラガラ声 かすれ声
		口腔乾燥	(ない) 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある
		食物残渣	ない (少しある) ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある
		舌苔	(ない) 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある
		口臭	(ない) 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある
		舌の動き	(前後) 左右 (上下)	前後 左右 上下	前後 左右 上下	前後 左右 上下
		随意的な咳	できる 弱い (できない)	できる 弱い できない	できる 弱い できない	できる 弱い できない
		発熱	ない 時々ある よくある	ない 時々ある よくある	ない 時々ある よくある	ない 時々ある よくある
総合評価・注意点		溜め込みがあるために、嚥下に時間がかかるが誤嚥は無い。咽頭残留なし。水分はトロミがないと危険。粥は危険。				
	次回までの課題	食形態と固さの検討。ストレッチを加えながら舌の動きを観察。 *食事介助する時には粥を半ペーストにしてみてください。				
口腔機能評価	必須外項目	反復唾液嚥下テスト	月 日 回	月 日 回	月 日 回	月 日 回
		咳テスト	月 日	月 日	月 日	月 日
		水飲みテスト	月 日	月 日	月 日	月 日
		フードテスト	月 日	月 日	月 日	月 日
		VE(嚥下内視鏡)	1月13日	月 日	月 日	月 日
		VF(嚥下造影)	月 日	月 日	月 日	月 日
所属	武蔵村山市歯科					
評価者	歯医 武蔵村山					

食事支援シート(摂食・嚥下機能評価)

病名

発症日

* 口腔機能評価必須外項目は評価実施医師
または歯科医師が記入してください。

	受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	発症後					
環境	口腔内の汚れ	汚れている ふつう きれい	汚れている ふつう きれい	汚れている ふつう きれい	汚れている ふつう きれい	
	姿勢	椅子 車椅子 チルド式車椅子 ベッド上	椅子 車椅子 チルド式車椅子 ベッド上	椅子 車椅子 チルド式車椅子 ベッド上	椅子 車椅子 チルド式車椅子 ベッド上	
	義歯	有(使用・未使用) 無	有(使用・未使用) 無	有(使用・未使用) 無	有(使用・未使用) 無	
食事の状況		a. 食べようとし ない e. 上をむいて飲もうとする i. 食後によく咳が出る m. 食事中にむせる事がある	b. 少しずつしか食べない f. 鼻から飲食物が出てしまう j. 食後に声が変わる	c. 食べ物を詰め込みすぎる g. 食べ物が口の中に残る k. 食事を残す事が多い	d. 口から食べ物がこぼれる h. 喉がゼロゼロしている l. 嘔吐しやすい	
		a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	
観察項目	食事形態(主食)	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	
	食事形態(副食)	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	
	食事に要する時間					
	飲水量(1日)	ml	ml	ml	ml	
	トロミ	要 不要	要 不要	要 不要	要 不要	
	尿量	変化なし 減少	変化なし 減少	変化なし 減少	変化なし 減少	
	食事の自立度	自立 見守り 部分介助 全介助	自立 見守り 部分介助 全介助	自立 見守り 部分介助 全介助	自立 見守り 部分介助 全介助	
	食事の摂取方法	経口 一部経口 経管 (胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)	経口 一部経口 経管 (胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)	経口 一部経口 経管 (胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)	経口 一部経口 経管 (胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)	
	補助栄養	有() 無	有() 無	有() 無	有() 無	
口腔機能評価	必須項目	唾液・痰の状況	良 不良 <input type="checkbox"/> 流涎 <input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い	良 不良 <input type="checkbox"/> 流涎 <input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い	良 不良 <input type="checkbox"/> 流涎 <input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い	良 不良 <input type="checkbox"/> 流涎 <input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い
		声の状態	変化なし ガラガラ声 かすれ声	変化なし ガラガラ声 かすれ声	変化なし ガラガラ声 かすれ声	変化なし ガラガラ声 かすれ声
		口腔乾燥	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある
		食物残渣	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある
		舌苔	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある
		口臭	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある
		舌の動き	前後 左右 上下	前後 左右 上下	前後 左右 上下	前後 左右 上下
		随意的な咳	できる 弱い できない	できる 弱い できない	できる 弱い できない	できる 弱い できない
		発熱	ない 時々ある よくある	ない 時々ある よくある	ない 時々ある よくある	ない 時々ある よくある
総合評価・注意点						
次回までの課題						
口腔機能評価	必須外項目	反復唾液嚥下テスト	月 日 回	月 日 回	月 日 回	月 日 回
		咳テスト	月 日	月 日	月 日	月 日
		水飲みテスト	月 日	月 日	月 日	月 日
		フードテスト	月 日	月 日	月 日	月 日
		VE(嚥下内視鏡)	月 日	月 日	月 日	月 日
		VF(嚥下造影)	月 日	月 日	月 日	月 日
所属						
評価者						

食事支援シート(摂食・嚥下機能評価)

病名

発症日

* 口腔機能評価必須外項目は評価実施医師
または歯科医師が記入してください。

		受診日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日				
		発症後																
環境		口腔内の汚れ	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい				
		姿勢	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上				
		義歯	有（使用・未使用）	無	有（使用・未使用）	無	有（使用・未使用）	無	有（使用・未使用）	無	有（使用・未使用）	無	有（使用・未使用）	無				
食事の状況			a. 食べようとししない e. 上をむいて飲もうとする i. 食後によく咳が出る m. 食事中にむせる事がある			b. 少しずつしか食べない f. 鼻から飲食物が出てしまう j. 食後に声が変わる			c. 食べ物を詰め込みすぎる g. 食べ物が口の中に残る k. 食事を残す事が多い			d. 口から食べ物がこぼれる h. 喉がゼロゼロしている l. 嘔吐しやすい						
			a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.			a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.			a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.			a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.						
観察項目	食事形態(主食)	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食	
	食事形態(副食)	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食	
	食事に要する時間																	
	飲水量(1日)	ml				ml				ml				ml				
	トロミ	要	不要			要	不要			要	不要			要	不要			
	尿量	変化なし	減少			変化なし	減少			変化なし	減少			変化なし	減少			
	食事の自立度	自立	見守り	部分介助	全介助	自立	見守り	部分介助	全介助	自立	見守り	部分介助	全介助	自立	見守り	部分介助	全介助	
	食事の摂取方法	経口	一部経口	経管		経口	一部経口	経管		経口	一部経口	経管		経口	一部経口	経管		
		(胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)				(胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)				(胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)				(胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)				
補助栄養	有()	無			有()	無			有()	無			有()	無				
口腔機能評価	必須項目	唾液・痰の状況	良	不良			良	不良			良	不良			良	不良		
			<input type="checkbox"/> 流涎				<input type="checkbox"/> 流涎				<input type="checkbox"/> 流涎				<input type="checkbox"/> 流涎			
			<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる				<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる				<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる				<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる			
			<input type="checkbox"/> むせる				<input type="checkbox"/> むせる				<input type="checkbox"/> むせる				<input type="checkbox"/> むせる			
			<input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い				<input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い				<input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い				<input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い			
			変化なし ガラガラ声 かすれ声				変化なし ガラガラ声 かすれ声				変化なし ガラガラ声 かすれ声				変化なし ガラガラ声 かすれ声			
			ない 少しある ある				ない 少しある ある				ない 少しある ある				ない 少しある ある			
			ない 少しある ある				ない 少しある ある				ない 少しある ある				ない 少しある ある			
			ない 少しある ある				ない 少しある ある				ない 少しある ある				ない 少しある ある			
前後 左右 上下				前後 左右 上下				前後 左右 上下				前後 左右 上下						
できる 弱い できない				できる 弱い できない				できる 弱い できない				できる 弱い できない						
ない 時々ある よくある				ない 時々ある よくある				ない 時々ある よくある				ない 時々ある よくある						
総合評価・注意点																		
次回までの課題																		
摂食嚥下	口腔機能評価	必須外項目	反復唾液嚥下テスト	月	日	回	月	日	回	月	日	回	月	日	回			
			咳テスト	月	日		月	日		月	日		月	日				
			水飲みテスト	月	日		月	日		月	日		月	日				
			フードテスト	月	日		月	日		月	日		月	日				
			VE(嚥下内視鏡)	月	日		月	日		月	日		月	日				
			VF(嚥下造影)	月	日		月	日		月	日		月	日				
所属																		
評価者																		

食事支援シート(摂食・嚥下機能評価)

病名

発症日

* 口腔機能評価必須外項目は評価実施医師
または歯科医師が記入してください。

	受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	発症後					
環境	口腔内の汚れ	汚れている ふつう きれい	汚れている ふつう きれい	汚れている ふつう きれい	汚れている ふつう きれい	
	姿勢	椅子 車椅子 チルド式車椅子 ベッド上	椅子 車椅子 チルド式車椅子 ベッド上	椅子 車椅子 チルド式車椅子 ベッド上	椅子 車椅子 チルド式車椅子 ベッド上	
	義歯	有(使用・未使用) 無	有(使用・未使用) 無	有(使用・未使用) 無	有(使用・未使用) 無	
食事の状況		a. 食べようとし ない e. 上をむいて飲もうとする i. 食後によく咳が出る m. 食事中にむせる事がある	b. 少しずつしか食べない f. 鼻から飲食物が出てしまう j. 食後に声が変わる	c. 食べ物を詰め込みすぎる g. 食べ物が口の中に残る k. 食事を残す事が多い	d. 口から食べ物がこぼれる h. 喉がゼロゼロしている l. 嘔吐しやすい	
		a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	
観察項目	食事形態(主食)	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	
	食事形態(副食)	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	ペースト 刻み 軟食 常食	
	食事に要する時間					
	飲水量(1日)	ml	ml	ml	ml	
	トロミ	要 不要	要 不要	要 不要	要 不要	
	尿量	変化なし 減少	変化なし 減少	変化なし 減少	変化なし 減少	
	食事の自立度	自立 見守り 部分介助 全介助	自立 見守り 部分介助 全介助	自立 見守り 部分介助 全介助	自立 見守り 部分介助 全介助	
	食事の摂取方法	経口 一部経口 経管 (胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)	経口 一部経口 経管 (胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)	経口 一部経口 経管 (胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)	経口 一部経口 経管 (胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)	
	補助栄養	有() 無	有() 無	有() 無	有() 無	
口腔機能評価	必須項目	唾液・痰の状況	良 不良 <input type="checkbox"/> 流涎 <input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い	良 不良 <input type="checkbox"/> 流涎 <input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い	良 不良 <input type="checkbox"/> 流涎 <input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い	良 不良 <input type="checkbox"/> 流涎 <input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い
		声の状態	変化なし ガラガラ声 かすれ声	変化なし ガラガラ声 かすれ声	変化なし ガラガラ声 かすれ声	変化なし ガラガラ声 かすれ声
		口腔乾燥	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある
		食物残渣	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある
		舌苔	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある
		口臭	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある	ない 少しある ある
		舌の動き	前後 左右 上下	前後 左右 上下	前後 左右 上下	前後 左右 上下
		随意的な咳	できる 弱い できない	できる 弱い できない	できる 弱い できない	できる 弱い できない
		発熱	ない 時々ある よくある	ない 時々ある よくある	ない 時々ある よくある	ない 時々ある よくある
総合評価・注意点						
次回までの課題						
口腔機能評価	必須外項目	反復唾液嚥下テスト	月 日 回	月 日 回	月 日 回	月 日 回
		咳テスト	月 日	月 日	月 日	月 日
		水飲みテスト	月 日	月 日	月 日	月 日
		フードテスト	月 日	月 日	月 日	月 日
		VE(嚥下内視鏡)	月 日	月 日	月 日	月 日
		VF(嚥下造影)	月 日	月 日	月 日	月 日
所属						
評価者						

食事支援シート(摂食・嚥下機能評価)

病名

発症日

* 口腔機能評価必須外項目は評価実施医師
または歯科医師が記入してください。

		受診日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日													
		発症後																									
環境		口腔内の汚れ	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい													
		姿勢	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上													
		義歯	有（使用・未使用）	無	有（使用・未使用）	無	有（使用・未使用）	無	有（使用・未使用）	無	有（使用・未使用）	無	有（使用・未使用）	無													
食事の状況			a. 食べようとししない e. 上をむいて飲もうとする i. 食後によく咳が出る m. 食事中にむせる事がある			b. 少しずつしか食べない f. 鼻から飲食物が出てしまう j. 食後に声が変わる			c. 食べ物を詰め込みすぎる g. 食べ物が口の中に残る k. 食事を残す事が多い			d. 口から食べ物がこぼれる h. 喉がゼロゼロしている l. 嘔吐しやすい															
			a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.			a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.			a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.			a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.															
観察項目	食事形態(主食)	ペースト			刻み	軟食	常食	ペースト			刻み	軟食	常食	ペースト			刻み	軟食	常食								
	食事形態(副食)	ペースト			刻み	軟食	常食	ペースト			刻み	軟食	常食	ペースト			刻み	軟食	常食								
	食事に要する時間																										
	飲水量(1日)				ml						ml						ml										
	トロミ	要			不要			要			不要			要			不要										
	尿量	変化なし			減少			変化なし			減少			変化なし			減少										
	食事の自立度	自立			見守り	部分介助	全介助	自立			見守り	部分介助	全介助	自立			見守り	部分介助	全介助								
	食事の摂取方法	経口			一部経口	経管	経口			一部経口	経管	経口			一部経口	経管	経口			一部経口	経管						
		(胃瘻/チューブ・ボタン)			経鼻)			(胃瘻/チューブ・ボタン)			経鼻)			(胃瘻/チューブ・ボタン)			経鼻)			(胃瘻/チューブ・ボタン)			経鼻)				
補助栄養	有（			）			無			有（			）			無			有（			）			無		
口腔機能評価	必須項目	唾液・痰の状況	良			不良			良			不良			良			不良			良			不良			
			<input type="checkbox"/> 流涎			<input type="checkbox"/> 流涎			<input type="checkbox"/> 流涎			<input type="checkbox"/> 流涎			<input type="checkbox"/> 流涎			<input type="checkbox"/> 流涎									
			<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる			<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる			<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる			<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる			<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる												
			<input type="checkbox"/> むせる			<input type="checkbox"/> むせる			<input type="checkbox"/> むせる			<input type="checkbox"/> むせる			<input type="checkbox"/> むせる												
			<input type="checkbox"/> 痰			時々ある	多い	<input type="checkbox"/> 痰			時々ある	多い	<input type="checkbox"/> 痰			時々ある	多い	<input type="checkbox"/> 痰			時々ある	多い					
			変化なし			ガラガラ声	かすれ声	変化なし			ガラガラ声	かすれ声	変化なし			ガラガラ声	かすれ声	変化なし			ガラガラ声	かすれ声					
			ない			少しある	ある	ない			少しある	ある	ない			少しある	ある	ない			少しある	ある					
			ない			少しある	ある	ない			少しある	ある	ない			少しある	ある	ない			少しある	ある					
			ない			少しある	ある	ない			少しある	ある	ない			少しある	ある	ない			少しある	ある					
前後			左右	上下	前後			左右	上下	前後			左右	上下	前後			左右	上下								
できる			弱い	できない	できる			弱い	できない	できる			弱い	できない	できる			弱い	できない								
ない			時々ある	よくある	ない			時々ある	よくある	ない			時々ある	よくある	ない			時々ある	よくある								
総合評価・注意点																											
次回までの課題																											
摂食嚥下	口腔機能評価	必須外項目	反復唾液嚥下テスト	月	日	回	月	日	回	月	日	回	月	日	回												
			咳テスト	月	日		月	日		月	日		月	日													
			水飲みテスト	月	日		月	日		月	日		月	日													
			フードテスト	月	日		月	日		月	日		月	日													
			VE(嚥下内視鏡)	月	日		月	日		月	日		月	日													
			VF(嚥下造影)	月	日		月	日		月	日		月	日													
所属																											
評価者																											

使用されている言葉の意味等

入院等施設に関するもの

急性期病院 (医療保険)	急に病気やけがをしたり、通院中の慢性的な病気が悪化した時などに重篤な症状に対して集中的に手厚い治療や看護が受けられます。急性期治療が終了すれば、退院となり基本的には長く入院する事ができません。
回復期リハビリ病棟 (医療保険)	リハビリテーションを集中して行う所で、病気やけがの発生早期から、歩行や排泄など日常生活動作の向上と社会復帰を目的として集中的なリハビリを行います。入院期間は最長 90 日が限度です。
亜急性期病床 (医療保険)	自宅退院を目指す所で、急性期の治療を終え自宅へ退院する人に対して、引き続き一定期間の治療や看護が行われます。自宅への退院を支援する担当者が配置され、医師や看護師、医療相談員、その他の関係機関が協働して退院に向けた計画・指導・支援を行います。入院期間は最長 90 日です。
老健施設 (介護保険) 3 ヶ月毎の判定会議 利用料 10 万円前後 (施設によって差があります)	介護を必要とする高齢者の自立を支援し、家庭復帰のために、医師による医学的管理の下、看護・介護といったケアはもとより、作業療法士や理学療法士等によるリハビリテーション、また、栄養管理・食事・入浴等の日常サービスまで併せて提供する施設です。利用者一人ひとりの状態や目標に合わせたケアサービスを提供します。
療養型病院 (医療療養型・介護療養型)	急性期の治療が終了し病状が安定しているものの、引き続き医師の医学的管理や処置など必要度が高い人に医療と看護が合わせて提供されます。 ・ 医療療養型は医療保険に対応し、酸素やチューブが入っている医療や処置の必要性が多い患者さんが入院する病院です。 ・ 介護療養型は介護保険に対応し、常に寝たきりの人(介護度 3)等が入院する病院です。
緩和ケア病棟 (ホスピス病棟)	治癒する可能性がない終末期に生じるさまざまな苦痛を緩和して、その人らしい療養生活を行うことを目的としています。
地域密着型認知症対応型 共同生活介護 (グループホーム)	認知症の高齢者が、1 グループ 9 人までの小人数で共同生活をする所です。排泄・食事・入浴など、日常生活上の介護及び機能訓練等のサービスを受けられ、病気になれば訪問診療や訪問看護が受けられます。
高齢者専用賃貸住宅	高齢者が安全快適に生活できるようバリアフリー設計になっており、入居者を高齢者世帯に特定した賃貸住宅です。
小規模多機能施設	在宅生活を支える「通い」「訪問」「宿泊」などを併せ持ち、利用者の希望に沿った柔軟なサービスを提供します。
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	食事や排泄などで常時介護が必要で、自宅では介護が困難な高齢者が入所します。食事、入浴、排泄等、日常生活の介助、機能訓練、健康管理等が受けられます。

在宅に関するもの

地域包括支援センター	高齢者や家族のなんでも相談窓口
かかりつけ医	居住地の身近なところで診療や健康管理を行う
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	自宅で受ける家事・介護サービス ①生活介護—調理、掃除、洗濯、買い物など ②身体介護—入浴、排泄、食事の介助、着替えなど 夜間巡回型もあります。
居宅療養管理指導 訪問診療	医師、歯科医師、薬剤師、栄養士、看護師などが訪問して療養生活を送るための必要な助言を行います。
訪問リハビリテーション	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が自宅を訪問し、リハビリテーションを行うサービスです。介護負担を少なくする移動の仕方や、生活の幅を広げるための外出訓練などを行います。
訪問看護	看護師などが自宅に訪問して、療養上のケアまたは必要な診療の補助を行います。健康チェック、医療器具の使用方法的説明や管理、リハビリテーション等のサービスが受けられます。
住宅改修 利用料：上限額は 20 万円	風呂場やトイレの改修、手すりの設置、段差の解消等に対応します。
訪問入浴	自宅での入浴が困難な人に対して浴槽を持ち込んで行う入浴サービスです。
生活環境整備	自宅で療養生活するにあたって生活環境を整えます。
福祉用具貸与・購入 購入利用料： 上限額は 10 万円	自宅での日常生活が送りやすくなるように福祉用具の購入・貸与ができます。 車いす、特殊寝台、床ずれ防止用具、体位変換機、手すり・スロープ(工事を伴わないもの)、歩行器、歩行補助杖、移動用リフト(吊り具をのぞく)、徘徊感知器等です。 車椅子、歩行器、ベッド、吸引器等 14 品目
通所介護施設(デイサービス)	通所の介護施設です。入浴・食事などの日常生活やレクリエーション、機能訓練を行います。
通所リハビリ施設(デイケア)	通所のリハビリ施設です。病院や介護老人保健施設等で、日常生活訓練、個別リハビリを行います。食事、入浴などの提供もあります。
短期入所生活介護・ 短期入所療養介護 (ショートステイ)	短期間入所して、日常生活上の介護を受ける「生活介護」と医療上のケアを含む介護を受ける「療養介護」の 2 種類があります。
地域密着型認知症対応型 通所介護	施設へ通って、認知症のお年寄りに配慮した日常生活上の介護や機能訓練等が受けられます。



東京都北多摩西部保健医療圏
「脳卒中医療連携推進協議会」地域ケア部会作成
初 版(2010・3)
第二版(2011・3)

◎お問い合わせ先
立川病院地域医療連携センター 042-524-2438
災 害 医 療 セ ン タ ー 042-526-5511

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 第1回

「医療と介護の連携及び情報の共有化」について

大田区地域包括支援センター上池台 土井栄美

大田区には、大森医師会・蒲田医師会・田園調布医師会の三医師会がある。各々または協働で、地域住民や介護職向けセミナーを実施する等の活動を行っている。また、大田区地域包括支援センターの委託を受け1箇所ずつ配置をしている。

ケアプラン作成に関する連絡票

ケアマネジャーや包括職員が医師と連絡を取り合うツール

ケアマネタイム

田園調布医師会、大森医師会ホームページに、医師との連絡方法、連絡可能な時間帯等が掲載されている。(アンケート協力のある医師のみ)

在宅医療連携調整窓口

平成22年度に設置。病院と地域を繋ぐ役割として、相談員(ケアマネジャー)1名が配置。在宅医療のサポートとして訪問医の紹介、医療ショートステイへ繋ぐ等の対応を行っている。相談は専門スタッフからのみ受付している。

大田区認知症連携パス

かかりつけ医認知症対応医から、2次・3次病院へ患者を紹介する連携パス。三医師会では、軽度認知症の初期対応を出来るだけ行いと考え、包括からかかりつけ医認知症対応医への連携パスを作成した。

～介護と医療機関との連携、情報共有について～

- 1、 ケアマネジャーは医療機関との付き合い方を学んできた
電話をかけるタイミング・通院同行・MSW
- 2、 充足している医療機関
訪問診療医の増加・ケアマネジャーが慣れた医師と連携
- 3、 「ケアマネジャー」「包括」が認知されてきた。それでもまだ、福祉系ケアマネジャーは医療に対して苦手感があるか？
在宅医療サポート介護支援専門員研修の効果
- 4、 地域包括支援センターとして抱えている課題
認知症独居・高齢世帯ケースを専門医へ繋げるには・・・

ケアプラン作成に関する連絡票

包括支援センター	⇒	主治医	平成 年 月 日
様			
この度 様からのご依頼を受け、当事業所がケアプラン作成を担当させていただくことになりましたのでお知らせいたします。			
なお、別紙「介護情報提供書」により、ご利用者の情報を連絡いたしますので、ご利用者に関する留意すべき事項等がありましたら是非ご教示ください。			
今後とも、ご指導、ご協力の程よろしくお願いいたします。			
大田区地域包括支援センター上池台			
発信者	看護師 土井 栄美		
	電話：03-3748-6138		
	FAX：03-3748-6139		
通信・ご相談欄			

主治医	⇒	包括支援センター	以下は返信いただける場合にご利用ください このままFAX送信していただいて結構です。
※主治医ご回答欄(留意する事項・連絡事項等必要に応じてご連絡ください。)			
(居宅療養管理指導： 有・無) 主治医			
※今後の連絡・相談の方法、ご都合の良い時間帯についてお知らせください			
方法：TEL・FAX・訪問・Eメール(アドレス)・その他()			
曜日：月・火・水・木・金・土・日いつでも 時間帯： 時～ 時			

包括支援センター	⇒	主治医	平成 年 月 日
介護情報提供書			

情報提供先名称

所在地 大田区上池台 5-7-1

事業所名 大田区地域包括支援センター上池台

看護師 土井 栄美

TEL：3748-6138 FAX：3748-6139

本人の同意を得て、以下の情報を提供いたします

氏名	(男・女)	生年月日	(明・大・昭)	年	月	日
住所		認定日	平成	年	月	日
要介護度	要支援・要介護1・2・3・4・5	認定の有効期間	H	年	月	日～ H 年 月 日

※居宅サービス利用状況

訪問介護	有・無	回/週	訪問入浴	有・無	回/週
訪問看護	有・無	回/週	訪問リハ	有・無	回/週
通所介護	有・無	回/週	通所リハ	有・無	回/週
短期入所	有・無	回/月	福祉用具貸与	品目()	
特定施設入所生活介護	有・無		その他		

※その他特記すべき事項

現在の状況

--

ケアプラン作成上留意すべき事項、又は必要な情報があれば、下記の担当者に 助言若しくは情報提供を頂ければ幸いです。

担当者	TEL	FAX
-----	-----	-----

ケアプラン作成に関する連絡票

先生

平成

年

月

日

いつもお世話になっております。この度、ケアマネジャーとして

様

を担当させていただくことになりました。

本来ならば直接先生にお会いしてご挨拶するところですが、書面にて失礼させていただきます。

今後とも、ご指導の程よろしく願いたします。

事業所名

電話番号

担当者

FAX

《本人状況》

要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日
生年月日 M・T・S 年 月 日(男・女)

<返信欄>

1: ケアプランを先生へ送付させていただきます。該当欄にチェックのうえ返送をお願いいたします。

- ケアプランを ☐ 初回のみほしい
- ☐ プラン作成・変更ごとにほしい
- ☐ 一週間のスケジュール(週間サービス計画表)のみほしい
- ☐ 一カ月のスケジュール(利用表)がほしい (初回のみ 毎月必要)
- ☐ 不要

2: 今後の連絡・相談の方法、ご都合の良い時間帯についてお知らせください

《方法》 医師会ケアネット参照 ・ TEL ・ FAX ・ 面談 ・ メール(アドレス)

《曜日》 月・火・水・木・金・土・日 いつでも 時間帯: 時 ～ 時

3: 居宅療養管理指導(有 ・ 無)

通信欄 ケアプラン作成にあたり、留意すべきことがございましたらご教示ください。

大田区認知症連携パス 情報提供書（地域包括支援センター用）

紹介先 医療機関名

年 月 日

紹介元 施設名

住所

TEL
FAX
職種
氏名

印 or サイン

受診希望日	第1希望	月	日
	第2希望	月	日
	第3希望	月	日

フリガナ		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 歳
患者氏名			
住所	〒 —	TEL	自宅：
			携帯：

【紹介の主旨】

☐ ご本人からの希望

☐ 家族からの希望

☐ その他（ ）

【もの忘れの状況】

☐ 日にち・時間や場所がわからない

☐ 少し前のことを忘れ、同じことを繰り返す



☐ 質問や会話を理解できず、話の脈絡を失い易い

☐ 質問すると家族の方を向いて相づちを求めたり、話のつじつまを合わせようとする



【周辺症状・BPSD】

☐ 排泄の失敗



☐ 夕暮れ症候群・夜間興奮



☐ 物盗られ妄想



☐ 介護に抵抗・暴言・暴力



☐ 徘徊



☐ 不眠・昼夜逆転



☐ その他

入浴の状況・・・・・・・・〔 〕

衣服の着脱・・・・・・・・〔 〕

財布(金銭)の管理・・〔 〕

冷蔵庫の管理・・・・・・・・〔 〕

その他追加・特記事項（既往歴を含む）