電子カルテの運用と事例

カルテ記載について

一般的に遵守すべき、とされている事柄とは

はじめに

Keyword

- 患者様と医療従事者が共同して疾患を克服する
- インフォームドコンセントの理念（説明と同意）
- 患者様と医療従事者が情報を共有する
- 患者様やご家族に伝わる診療録の内容（情報開示）

診療録　医師法

［診療録の記載及び保存］

第24条　医師は、診療をした時は、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

２　前項の診療録であって、病院又は診療所に勤務する医師のした診療に関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他の診療に関するものは、その医師において、５年間これを保存しなければならない

診療録　医師法施行規則

［診療録の記載事項］

第23条　診療録の記載事項は、左の通りである。

一　診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢

二　病名及び主要症状

三　治療方針（処方及び処置）

四　診療の年月日

診療録　療養担当規則

［診療録の記載及び整備、診療録の記載］

第8条　保険医療機関は、第22条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

第22条　保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第１号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

看護等の記録　医療法

［病院の法定人員及び施設等、罰則の委任］

第21条　病院は、厚生労働省令の定めるところにより、次の掲げる人員及び施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない（後段省略）。

十四　診療に関する諸記録

看護等の記録　医療法施行規則

［病院の施設等の基準］

第20条　法第21条第1項第2号から第6号まで、第8号から第11号まで、第13号、第14号及び第16号の規定による施設及び記録は次の各号による。

　十一　診療に関する諸記録は、過去2年間の病院日誌、各科診療日誌、処方箋、手術記録、検査所見記録、エックス線写真並びに入院患者及び外来患者の数を明らかにする帳簿とする。

看護等の記録　療養担当規則

［帳簿等の保存］

第9条　保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から3年間保存しなければならない。ただし、患者の診療録にあっては、その完結の日から5年間とする。

看護等の記録　通知文書－１

【基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いついて】
平成18年3月6日保医発第0306002号

別添２　入院基本料等の施設基準等

４　入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

（６）看護の実施は、次の点に留意する

エ　看護に関する記録としては、看護体制の１単位ごとに別紙３に掲げる記録がなされている必要がある。なお、これらの記録の様式・名称等は各病院が適当とする方法で差し支えないが、記録の作成に際しては、重複を避け簡潔明瞭を旨とすること。

看護等の記録　通知文書－２

別紙３　入院基本料に係る看護記録
　入院基本料の届出を行った病棟においては、看護体制の１単位ごとに次に掲げる記録がなされている必要がある。ただし、その様式、名称等は各保険医療機関が適当とする方法で差し支えない。

１　患者の個人記録
（１）経過記録
個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。
ただし、病状安定期においては診療の温度表等の余白にその要点を記録する程度でもよい。

（２）看護計画に関する記録
個々の患者について、計画的に適切な看護行うため、看護の目標、具体的な看護の方法及び評価等を記録するもの。
　（以下略）

診療録の書き方

公的病院のマニュアルを参考に

記載の原則

診療の都度記載する

① 記載がない場合は、診療を行わなかったものみなされる。入院患者についても、毎日記載すること。
② 診療録等の記載は、インク又はボールペンを用い、鉛筆による記載は行わない。ただし、図示などのための色鉛筆やゴム印の使用は可とする。
③ 日付は忘れずに、正確に記載する。(日付は年/月/日の順に記載する)
④ 行間を空けたり、行の末尾に文字を詰め込むようなことはしない。
⑤ 第三者も読みやすいように丁寧に記載する。
→外国語は出来る限り使用せず、病名や人名に限定する
→あいまいな言葉は使用しない
⑥ 医学用語は学会用語集に、略語は医学辞典に準拠して用いる。
→不正確な略語、意味不明な造語、仲間内だけの隠語は使用しない

記載上の留意事項－１

診療録等は、医師等の私的なメモでないことを十分認識し、事実を正確かつ客観的に記載する。

診療録は医師等のメモではなく診療計画と医学的判断の根拠となるものであり、自らの診療内容の点検、チーム医療の推進や情報開示、診療報酬請求の根拠となるなど、あらゆる事項の基本となるものであることを意識してください。

記載上の留意事項－２

（再掲）

医師法施行規則第23条で規定する、記載義務のある事項は次の通りであり、遅滞・遺漏なく記載しなければならない。

- 診療を受けたものの住所、氏名、性別及び年齢
- 病名及び主要症状
- 治療方法（処方及び処置）
- 診療の年月日

記載上の留意事項－３

症状・初見・治療計画などは、簡潔で明瞭に記載する。

- 記載者以外の人が見ても診療内容が妥当であると納得できるような記載を心がける。このため、できるだけPOSに沿って記載する。
- 患者の訴えや不満は内容を正確に記載し、記載者の主観を混じえない。また、訴えなどに対する対応についても記載する。
- 他の医療スタッフからアドバイスがあれば、その内容と対応を記載する。
- 以前の記載と矛盾が生じた場合は、その理由を明らかにする。

記載上の留意事項－４

患者や家族に対する説明内容は正確に記載する。

- 説明者、説明日時、相手方及び同席者、説明内容、質問と回答等は必ず記載しておく。また、電話での対応についても同様に記載する。
- 説明書を用いた場合は、説明者と同意書を診療録に添付する。

記載上の留意事項－５

診療録等は公的な記録であり、開示請求の**対象**である。

- 患者のプライバシーに関することで、臨床的に**必要でない**ものは**記載しない。**
- 臨床的に必要でない患者の性格や態度についての意見は**記載しない。**
- 他の医療スタッフとのトラブルや他のスタッフに対する非難や批判は**記載しない。**
- 自分の診療不備を他人に転嫁するような**記載はしない。**

記載上の留意事項－６

- 事故発生時には、患者の状態や実施した処置の内容等の記録が極めて重要となる。
- 正確な事実を時系列で記載し、後に、事実経過の検証と問題点の解決が容易に行えるようにする。
- 推測や自己弁護的な記載は行わない。

診療録は診療報酬請求の根拠

- 診療報酬請求にあたり、その算定要件とされている事項を必ず記載する。
- 指導料や管理料を算定した場合に、その旨の記載がないと算定要件を欠くものとして診療報酬の返還を求められる場合があります。
（指導用、管理用に限らず…）

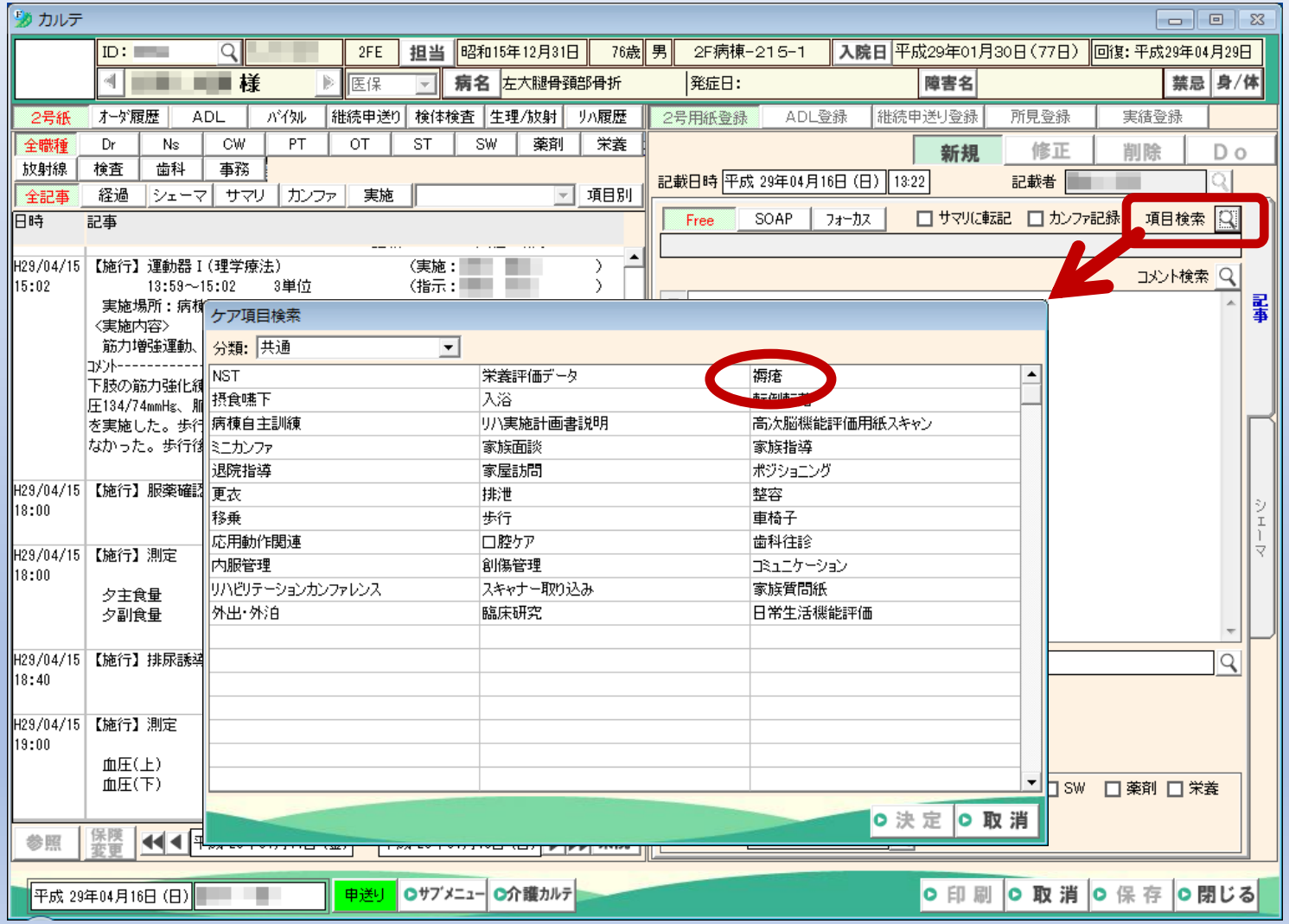
事例紹介

弊社ユーザー様のカスタマイズ項目をご紹介します

項目検索

カルテ記事に「見出し」をつけ、「見出し」毎の表示が行えます

記事に見出しをつけます



項目検索の実例

患者名：　様

項目：入浴

日時	記事
	A：指示が入れば動作も安定しており、危険なく介護士同士でも入浴は可能。 P：次回より介護士同士の入浴可とする。 記載：Ns
H29/02/27 18:21	機械浴からの移行にて一般浴②で入浴評価を実施。移動はシャワーキャリーを使用。洗髪洗体は動作を促せば独力にて可能であった。臀部のみ介助した。浴槽移乗は立位跨ぎで行おうとするが、介助量が多くなるため座位跨ぎで指導。両下肢ともに介助が必要であるが、1人介助にて可能であった。患側の禁忌肢位に注意して行う（股関節外転・内旋）。次回より一般浴②にて1人介助で対応する。 参照ファイル名：た_たにがききよじ_4564_[illegible] 記載：OT
H29/03/23 15:56	入浴動作について S：明日も風呂があるかな、帰ったらおかあさんと風呂に入れるな、感謝しますありがとう。 O：浴室移動は介助者後方より軽く腰を支える縦バーを把時し可能、洗髪・洗体は介助するがシャワーは使える、浴槽までの移動は介助者後方より腰を支え横手すりを把時し可能、浴槽跨ぎ手すり把持し足もしっかり上がっていた。 A：口頭指示で移動は可能、転倒防止で介助者は後方より腰を支える。 P：OTへ情報提供し評価をお願いする。 記載：CW
H29/03/27 16:17	S：大丈夫です。えらくない。 O：入浴時、キャリーをしようしていたが、伝いでの歩行が可能とのことで評価した。一般浴②浴室内を手すりを使用し歩行したが、ふらつきつまづきなく安定。浴槽内移乗は座位跨ぎでするよう口頭指示したが、指示入いらず立位跨ぎで行った。腋窩を支え、下肢を持ち上げる介助をおこなった。 A：歩行状態が安定していれば、浴室内伝い歩行で可能。 P：情報申し送る。 記載：Ns

参照　平成 28年10月18日（火）～平成 29年04月16日（日）　来院　閉じる

カルテ　ID：　2FE　担当　昭和15年12月31日　76歳　男　2F病棟-215-1　入院日　平成29年01月30日（77日）　回復：平成29年04月29日

様　医保　病名　左大腿骨頸部骨折　発症日：　障害名　禁忌　身/体

2号紙　オーダ履歴　ADL　バイタル　継続申送り　検体検査　生理/放射　リハ履歴　2号用紙登録　ADL登録　継続申送り登録　所見登録　実績登録

薬剤　栄養　項目別

新規　修正　削除　Do

記載日時　平成 29年04月16日（日）　13:22　記載者

Free　SOAP　フォーカス　サマリに転記　カンファ記録　項目検索

コメント検索　記事　シェーマ

参照ファイル

Dr　Ns　CW　PT　OT　ST　SW　薬剤　栄養　放射　検査　歯科　事務

連絡先医師

介護カルテ　印刷　取消　保存　閉じる

褥瘡アセスメント
転倒転落アセスメント

患者様別に登録した帳票、画面を一元管理

褥瘡診療計画書

褥瘡対策に関する診療計画書 - [褥瘡診療計画書]

ID: 2FE 担当 昭和15年12月31日 76歳 男 2F病棟-215-1 入院日 平成29年01月30日(77日) 回復: 平成29年04月29日

様 医保 病名 左大腿骨頸部骨折 発症日: 障害名 禁忌 身/体

褥瘡診療計画書
予防治療計画書
褥瘡評価用紙

作成日付	作成看護師	更新日付	更新者
平成29年02月22日		平成29年02月22日	
平成29年01月30日		平成29年01月30日	

履歴表示

新規 修正 削除 Do

作成日付 平成 29年02月22日 記入者 専任医師 専任看護師

フォロー状態 フォローなし フォローあり フォロー終了

入力完了 終了日

1. 現在
なし あり 仙骨部 坐骨部 尾骨部 腸骨部 大転子部 踵部 その他
褥瘡発生日

2. 過去
なし あり 仙骨部 坐骨部 尾骨部 腸骨部 大転子部 踵部 その他

危険因子の評価

日常生活自立度(※クリックでガイドライン表示)	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換)	できる できない
(イス上 座位姿勢の保持、除圧)	できる できない
病的骨突出	なし あり
関節拘縮	なし あり
栄養状態低下	なし あり
皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)	なし あり
浮腫(局所以外の部位)	なし あり

褥瘡の状態の評価

深さ(Depth)	d0:皮膚損傷・発赤なし d1:持続する発赤 d2:真皮までの損傷 D3:皮下組織までの損傷

平成 29年04月16日(日)

印刷 取消 保存 閉じる

褥瘡アセスメント一覧

褥瘡アセスメント一覧

平成 29年04月16日 (日)　今日　病棟 2F-E

☐ フォローあり　☐ フォロー終了　☐ 全て　☑ 最終アセスメント日から30日以上経過

表 示

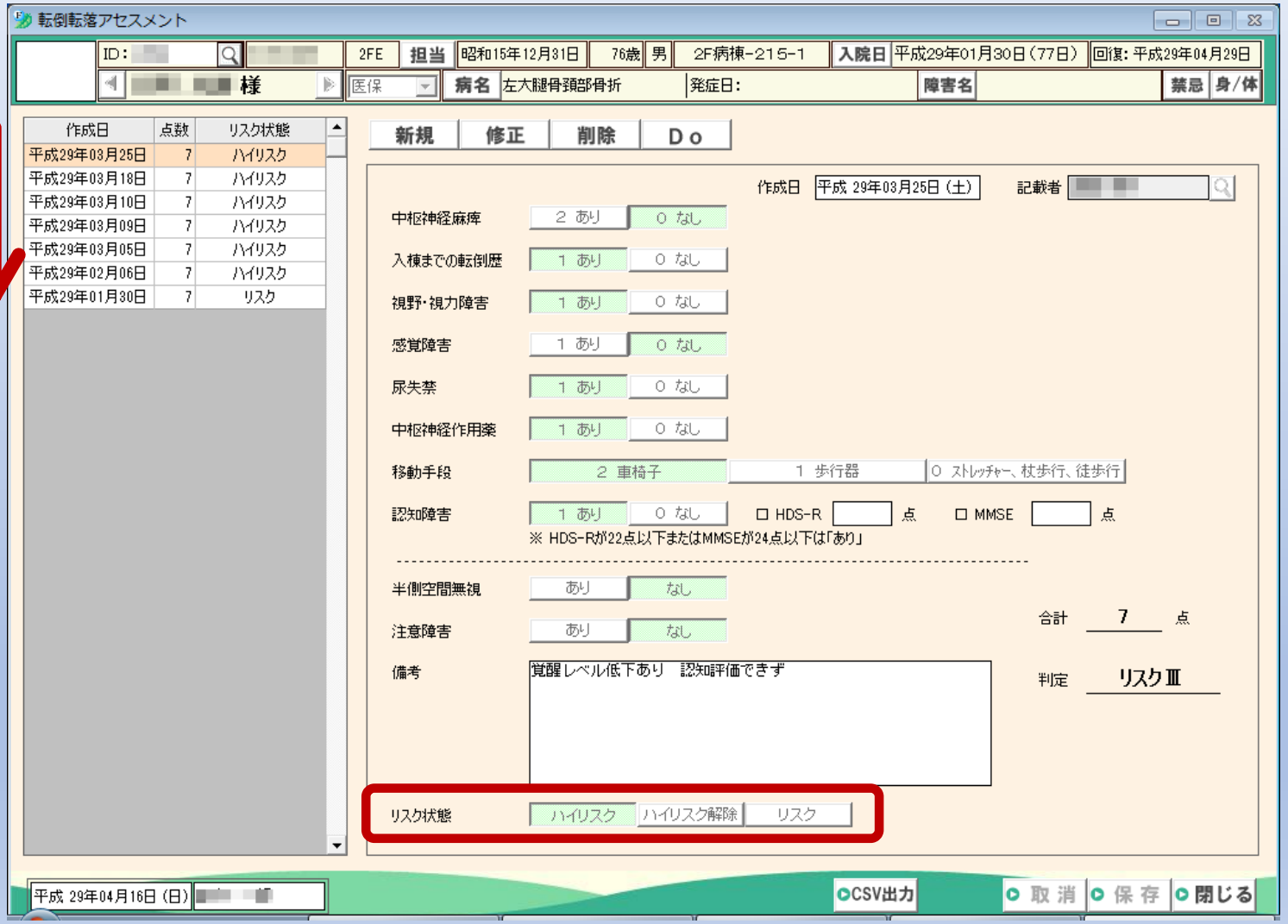
合計人数: 12人

病室	患者名	カナ	年齢	性別	入院日	部位	DESIGN-R	発生日	終了日	フォロー	入力完了
201-1	様		76	男	平成29年02月27日		d0 e0 s0 i0 g0 n0 p0				
203-1	様		76	男	平成29年03月17日		d0 e0 s0 i0 g0 n0 p0				
205-1	様		76	男	平成29年01月31日		d0 e0 s0 i0 g0 n0 p0			終了	
206-1	様		76	女	平成29年01月23日		d0 e0 s0 i0 g0 n0 p0			あり	完了
207-1	様		76	男	平成28年12月19日		d0 e0 s0 i0 g0 n0 p0			なし	完了
210-1	様		76	男	平成28年12月21日		d0 e0 s0 i0 g0 n0 p0		平成28年12月28日	なし	完了
211-1	様		76	男	平成29年01月17日		d0 e0 s0 i0 g0 n0 p0		平成29年03月08日	終了	
212-1	様		76	男	平成29年02月16日		d0 e0 s0 i0 g0 n0 p0		平成29年02月22日	終了	
213-1	様		76	女	平成29年01月24日		d0 e0 s0 i0 g0 n0 p0			なし	
215-1	様		76	男	平成29年01月30日		d0 e0 s0 i0 g0 n0 p0			終了	完了
246-1	様		76	男	平成29年03月07日		d0 e0 s0 i0 g0 n0 p0		平成29年03月08日	終了	完了
256-1	様		76	女	平成29年02月22日		d0 e0 s0 i0 g0 n0 p0			終了	

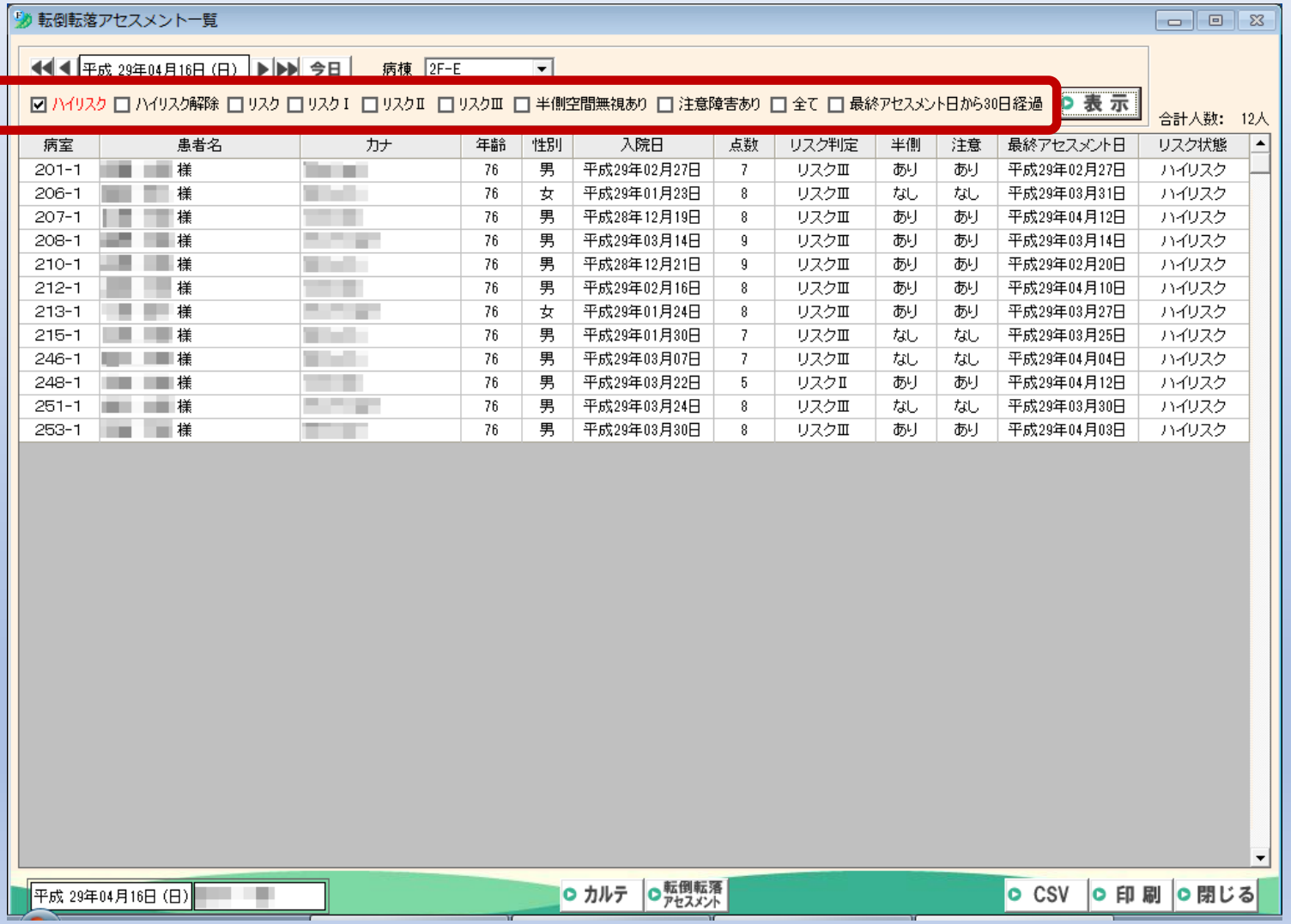
平成 29年04月16日 (日)

カルテ　褥瘡診療計画　CSV　印 刷　閉じる

転倒転落アセスメント


履歴表示
転倒転落アセスメント
ID：
2FE
担当
昭和15年12月31日
76歳
男
2F病棟-215-1
入院日
平成29年01月30日（77日）
回復：平成29年04月29日
様
医保
病名
左大腿骨頚部骨折
発症日：
障害名
禁忌
身/体
作成日 点数 リスク状態
平成29年03月25日 7 ハイリスク
平成29年03月18日 7 ハイリスク
平成29年03月10日 7 ハイリスク
平成29年03月09日 7 ハイリスク
平成29年03月05日 7 ハイリスク
平成29年02月06日 7 ハイリスク
平成29年01月30日 7 リスク
新規
修正
削除
Do
作成日
平成 29年03月25日（土）
記載者
中枢神経麻痺
2 あり
0 なし
入棟までの転倒歴
1 あり
0 なし
視野・視力障害
1 あり
0 なし
感覚障害
1 あり
0 なし
尿失禁
1 あり
0 なし
中枢神経作用薬
1 あり
0 なし
移動手段
2 車椅子
1 歩行器
0 ストレッチャー、杖歩行、徒歩行
認知障害
1 あり
0 なし
HDS-R
点
MMSE
点
※ HDS-Rが22点以下またはMMSEが24点以下は「あり」
半側空間無視
あり
なし
注意障害
あり
なし
合計
7
点
備考
覚醒レベル低下あり　認知評価できず
判定
リスクⅢ
リスク状態
ハイリスク
ハイリスク解除
リスク
平成 29年04月16日（日）
CSV出力
取 消
保 存
閉じる

転倒転落アセスメント一覧



病室	患者名	カナ	年齢	性別	入院日	点数	リスク判定	半側	注意	最終アセスメント日	リスク状態
201-1	様		76	男	平成29年02月27日	7	リスクⅢ	あり	あり	平成29年02月27日	ハイリスク
206-1	様		76	女	平成29年01月23日	8	リスクⅢ	なし	なし	平成29年03月31日	ハイリスク
207-1	様		76	男	平成28年12月19日	8	リスクⅢ	あり	あり	平成29年04月12日	ハイリスク
208-1	様		76	男	平成29年03月14日	9	リスクⅢ	あり	あり	平成29年03月14日	ハイリスク
210-1	様		76	男	平成28年12月21日	9	リスクⅢ	あり	あり	平成29年02月20日	ハイリスク
212-1	様		76	男	平成29年02月16日	8	リスクⅢ	あり	あり	平成29年04月10日	ハイリスク
213-1	様		76	女	平成29年01月24日	8	リスクⅢ	あり	あり	平成29年03月27日	ハイリスク
215-1	様		76	男	平成29年01月30日	7	リスクⅢ	なし	なし	平成29年03月25日	ハイリスク
246-1	様		76	男	平成29年03月07日	7	リスクⅢ	なし	なし	平成29年04月04日	ハイリスク
248-1	様		76	男	平成29年03月22日	5	リスクⅡ	あり	あり	平成29年04月12日	ハイリスク
251-1	様		76	男	平成29年03月24日	8	リスクⅢ	なし	なし	平成29年03月30日	ハイリスク
253-1	様		76	男	平成29年03月30日	8	リスクⅢ	あり	あり	平成29年04月03日	ハイリスク

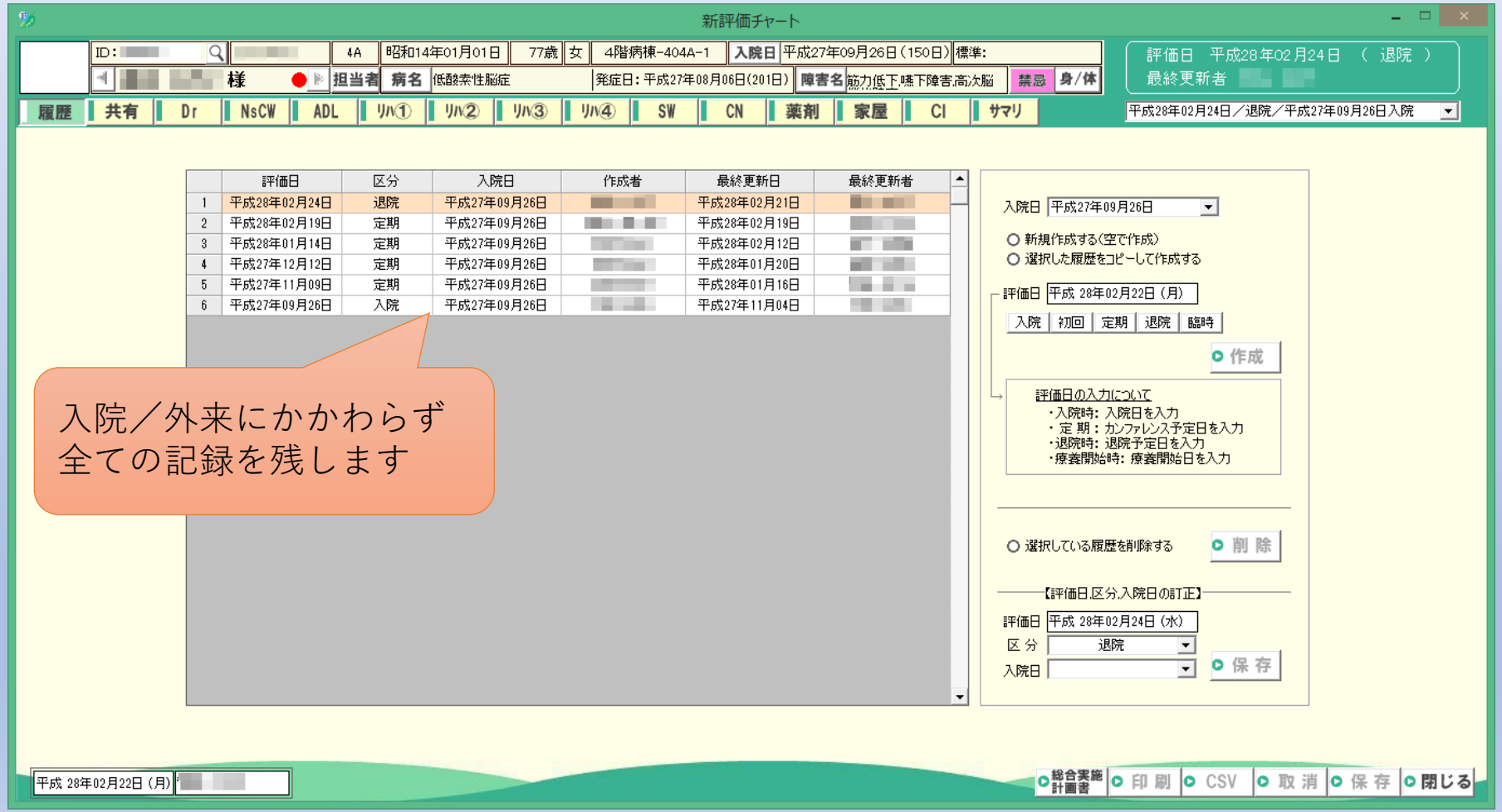
“新”評価チャート

カンファレンス

～リハビリテーション総合実施計画書

～退院時サマリ

作成履歴の管理


新評価チャート
ID：
4A
昭和14年01月01日
77歳
女
4階病棟-404A-1
入院日
平成27年09月26日（150日）
標準:
様
担当者
病名
低酸素性脳症
発症日：平成27年08月06日(201日)
障害名
筋力低下,嚥下障害,高次脳
禁忌
身/体
評価日 平成28年02月24日 （ 退院 ）
最終更新者
履歴
共有
Dr
NsCW
ADL
リハ①
リハ②
リハ③
リハ④
SW
CN
薬剤
家屋
CI
サマリ
平成28年02月24日／退院／平成27年09月26日入院
評価日
区分
入院日
作成者
最終更新日
最終更新者
1 平成28年02月24日 退院 平成27年09月26日 平成28年02月21日
2 平成28年02月19日 定期 平成27年09月26日 平成28年02月19日
3 平成28年01月14日 定期 平成27年09月26日 平成28年02月12日
4 平成27年12月12日 定期 平成27年09月26日 平成28年01月20日
5 平成27年11月09日 定期 平成27年09月26日 平成28年01月16日
6 平成27年09月26日 入院 平成27年09月26日 平成27年11月04日
入院／外来にかかわらず
全ての記録を残します
入院日 平成27年09月26日
新規作成する(空で作成)
選択した履歴をコピーして作成する
評価日 平成 28年02月22日 (月)
入院 初回 定期 退院 臨時
作成
評価日の入力について
・入院時: 入院日を入力
・定 期 : カンファレンス予定日を入力
・退院時: 退院予定日を入力
・療養開始時: 療養開始日を入力
選択している履歴を削除する
削 除
【評価日,区分,入院日の訂正】
評価日 平成 28年02月24日 (水)
区 分 退院
入院日
保 存
平成 28年02月22日 (月)
総合実施計画書
印 刷
CSV
取 消
保 存
閉じる

共有：チームの共通認識

新評価チャート

ID: | 4A | 昭和14年01月01日 | 77歳 | 女 | 4階病棟-404A-1 | 入院日 | 平成27年09月26日（150日） | 標準:

様 | 担当者 | 病名 | 低酸素性脳症 | 発症日：平成27年08月06日(201日) | 障害名 | 筋力低下,嚥下障害,高次脳 | 禁忌 | 身/体

評価日　平成28年01月14日　（ 定期 ）
最終更新者

履歴 | 共有 | Dr | NsCW | ADL | リハ① | リハ② | リハ③ | リハ④ | SW | CN | 薬剤 | 家屋 | CI | サマリ | T

平成28年01月14日／定期／平成27年09月26日入院

前回の目標と達成状況

- 夜間自己排痰自立　→　達成
- 手洗い、口腔ｹｱ、整髪が立位にて見守り　→　一部達成
- 洗顔(化粧水・乳液を含む)が椅子座位見守り　→　未達成
- 自室内伝い移動自立(ベッド⇔椅子)クローゼット操作見守り　→　未達成
- 棟内歩行ペース見守り　→　達成
- 声量増大し、会話時の聞き返しが減少する　→　未達成
- 主菜摂取を自力摂取見守り　→　一部達成
- 補助栄養を併用し3食経口摂取できる　→　達成
- ﾄﾛﾐなし水分が安全に摂取できる　→　達成

チームの方針(短期目標と対策)

【生活】
- 退院先に合わせた環境設定が整う
- 椅子に座り整容動作が自立となる

【移動】
- 娘介助で外出が可能となる。(短距離屋外歩行、車椅子、乗車、階段等)

【コミュニケーション】
- 声量増大し、会話時の聞き返しが減少する

【食事】
- 水分摂取時のﾑｾが減少する
- 自力摂取の疲労が軽減できる

本人希望心理	
家族希望	一人暮らしを再開するには、身の回りのこと(家事を含む)もできるようになって欲しい。 口から食べられるようになってほしい。

退院時目標

基本動作		自立～見守り
食事内容		3食経口摂取
食事動作		自立～見守り
整容		見守り～一部介助
更衣		一部介助
トイレ動作	昼	見守り～一部介助
	夜	一部介助
入浴		中等度介助
屋内移動		見守り(歩行)
屋外・階段		歩行軽介助、車いす介助
公共交通機関		介助(車椅子)
ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ		家庭内で多少支障あり
服薬管理		一部介助～全介助
本人・家族の役割・参加		ADL全般に見守りが必要となる可能性が高いが、退院後も見守りがあれば年単位でｾﾙﾌｹｱ・IADLの拡大が期待できる
その他		
入院期間		5ヶ月
退院先		急性期病院？

介護指導・生活指導

今後検討

退院準備	必要性	実施状況	備考
家屋情報	無	不要	
家屋訪問	無	不要	
家屋改修	無	不要	
日常生活用具	無	不要	
外出	無	不要	
外泊	無	不要	
ｹｱｶﾝﾌｧ	無	不要	

退院後の生活、リハビリ、医療・介護サービスの提案

今後検討

退院後のリハビリ、医療・介護サービスの予定

今後検討

環境調整(家屋改修・日常生活用具)

今後検討

平成 28年02月22日 (月)

選択肢マスタ | 文字列マスタ | ｶﾞｲﾀﾞﾝｽマスタ | 一括削除 | 障害名登録 | 病名登録 | 薬歴 | 総合実施計画書 | 印刷 | CSV | 取消 | 保存 | 閉じる

Dr.

新評価チャート

ID: [redacted] | 4A | 昭和14年01月01日 | 77歳 | 女 | 4階病棟-404A-1 | 入院日 平成27年09月26日(150日) | 標準:

[redacted] 様 | 担当者 | 病名 低酸素性脳症 | 発症日:平成27年08月06日(201日) | 障害名 筋力低下,嚥下障害,高次脳 | 禁忌 | 身/体

評価日 平成28年01月14日 (定期)
最終更新者 [redacted]

履歴 | 共有 | Dr | NsCW | ADL | リハ① | リハ② | リハ③ | リハ④ | SW | CN | 薬剤 | 家屋 | CI | サマリ | T

平成28年01月14日／定期／平成27年09月26日入院

病名

低酸素脳症
病巣

機能障害

嚥下障害
四肢筋力低下・筋固縮
四肢体幹失調
高次脳機能障害

検査結果

検体検査
TP/Alb;7.0/3.4(9/26)→6.9/3.3(10/5)→6.4/3.0(10/31)→6.7/3.3(11/27)
BUN/Cre;16.9/0.46(9/26)→15.5/0.48(10/5)→15.5/0.55(10/31)→15.7/0058(11/27)
CRP;0.24(9/26)→0.28(10/5)→0.90(10/31)→0.05(11/27)
WBC/Neu/Lymp;10600/71.0/16.0(9/26)→7200/68.0/18.0(10/5)→7400/65.9/18.7(10/31)→5700/60.1/26.9(11/27)

#. 栄養障害
CONUT score

治療計画

脳血管疾患等(理学療法) 4 単位
脳血管疾患等(作業療法) 3 単位
脳血管疾患等(言語聴覚療法) 2 単位
↓(11/4から)
脳血管疾患等(理学療法) 3 単位
脳血管疾患等(作業療法) 3 単位
脳血管疾患等(言語聴覚療法) 3 単位

物理療法（振動療法等）、ROM訓練、筋力強化訓練、立位バランス訓練、応用歩行・応用動作訓練，自主訓練指導、嚥下評価＆訓練、

既往歴・感染症・アレルギー

【既往歴】
65才病原性大腸菌感染症、62才非結核性抗酸菌症（INH+RFP+EB）、54才結核（RFP+EB）、49才卵巣嚢腫入院手術、23才結核、皮膚がん
【アレルギー(疑い)】
卵、キウイフルーツ、リンゴ、柑橘系
ボルタレン、クラビット、パクシダール、フロモックス、クラリス、スルガム
(上記薬剤は下痢に傾いた)

評価

#2. 嚥下障害
#3. 四肢運動障害(筋力低下、失調)
BRS;4-4-4(9/26)→5-5-5(11/9)

治療目標

ADL全般に見守りが必要となる可能性が高いが、退院後も見守りがあればｾﾙﾌｹｱ・IADLの拡大が年単位で期待できる

入院期間 3～4ヶ月
退院先 未定

経過

平成21年より肺非結核性抗酸菌症にてNTT病院呼吸器科でフォロー。
平成27年5月30日より38度台に発熱。もともと右肺上葉に空洞性病変があり、確定診断目的に、
8月6日気管支鏡検査を施行、右上葉の空洞性病変にTBLB施行。約200ml程度の出血を認め、その後恐らく呼吸停止から心停止に至った。その後、蘇生処置を行い、ICUにて集中治療を実施。
その後徐々に全身状態は安定、現在はリハビリを行っている。
　平成27年9月26日回復期リハ目的に当院入院。

問題点・リスク

Problem List
#1. 低酸素脳症(H27/08/06)
#2. 嚥下障害
12/3より3食経口摂取に移行。
#3. 四肢運動障害(筋力低下、失調)
BRS;4-4-4(9/26)→5-5-5(11/9)
#4. 肺非結核性抗酸菌症
#5. 尿路感染
尿蛋白;2+(9/26)→-(10/5)→-(11/30)
尿WBC;100以上/毎視野→1-0/毎視野(10/5)→1-2/毎視野(11/30)
尿細菌;3+→記載なし(10/5)→2+(11/30)
#6. 栄養障害

面談内容

1月20日
対象：家族（○次女）
同席：TM[redacted]、SW[redacted]
病状：嚥下機能改善し、誤嚥性肺炎や窒息のリスクから脱した（家族はいまだに窒息や誤嚥が不安だったとのこと）
機能障害：高次脳機能・ﾊﾞﾗﾝｽ改善
能力障害：FIM62→70に改善
社会的不利：独居在宅は不可。家族同居も困難。今後施設選定が必須で老人保健施設等何件か見学したが納得のいかない所ばかりで、現時点ではNTTに戻るのがベストであると考えている。NTT退院後は機能強化型の老健がベストか？
長期ゴール：ADL全般に見守りが必要となる可能性が高いが、退院後も見守りがあれば年単位でｾﾙﾌｹｱ・IADLの拡大が期待できる
退院先：２月中旬に[redacted]病院に転院し、今後の療養先を検討することで合意

社会的背景・生活歴・病前ADL

平成 28年02月22日 (月) [redacted]

選択肢マスタ | 文字列マスタ | ガイダンスマスタ | ポップアップ | 障害名登録 | 病名登録 | 薬歴 | 総合実施計画書 | 印刷 | CSV | 取消 | 保存 | 閉じる

ADL

新評価チャート

ID: | 4A | 昭和14年01月01日 | 77歳 | 女 | 4階病棟-404A-1 | 入院日 平成27年09月26日（150日） | 標準:

様 | 担当者 | 病名 低酸素性脳症 | 発症日：平成27年08月06日(201日) | 障害名 筋力低下,嚥下障害,高次脳 | 禁忌 | 身/体

評価日 平成28年01月14日 （ 定期 ）
最終更新者

履歴 | 共有 | Dr | NsCW | ADL | リハ① | リハ② | リハ③ | リハ④ | SW | CN | 薬剤 | 家屋 | CI | サマリ | T

平成28年01月14日／定期／平成27年09月26日入院

		H28.01.14	H27.12.12	評価詳細:「できるADL」「しているADL」の乖離や、日中・夜間の状態の変化等を記載 一括削除
基本動作	寝返り	4(可能)	4(可能)	・起き上がり：柵を把持し体幹屈曲の反動を利用した起居動作が可能。 ・起立：ベッド高さの調整により監視で起立可能。 ・立位：見守り保持可能。
	ベッド上移動	4(可能)	4(可能)	
	起き上り	3(監視誘導)	3(監視誘導)	
	ベッド上端坐位	4(可能)	3(監視誘導)	
	坐位で物を拾う	3(監視誘導)	2(ほぼ可能)	
	立ち上がり	3(監視誘導)	3(監視誘導)	
	立位保持	3(監視誘導)	3(監視誘導)	
T	椅子上での坐位保持	4(可能)	4(可能)	
安全	スタッフコール	確実	あいまい	
	リスク対策	特殊コール	特殊コール	コールは確実で独力行動なし
T	1ヶ月間の転倒回数	0	0	
ADL	食事	6	1	エプロン使用し装着介助。軟菜食摂取
	整容	4	2	整髪は梳かすヘアピンを止める介助、洗顔は細かい部分の清拭介助。化粧非実施
	更衣（上半身）	2	2	上衣は車椅子座位にて袖通し、被り動作において協力動作あり、その他全介助 下衣はベッド上にて全介助、腰を持ち上げる協力動作あり
	更衣（下半身）	1	1	
	移乗ベッド・椅子・車椅子	4	4	椅子を引く介助を要する
	移乗：トイレ	5	4	便座への移乗見守り 下衣上げ下げ介助、臀部清拭は尿便ともにウォシュレット操作と清拭を行ない動作自立
	トイレ動作	2	2	
	排尿コントロール	7	7	布パンツ使用し自己のタイミングにて排尿可能
	排便コントロール	7	7	下剤内服せず本人のタイミングにて見守りで排便可能
	清拭（入浴）	1	1	清拭全介助 浴槽移乗は後方腋窩介助にて両側跨ぎ可能、浴槽内の着座起立は軽く支え引き上げる介助
	移乗：浴槽・シャワー	3	3	
FIM 移動	歩行	3	3	終日棟内歩行ベースにて移動し夜間は軽く支える介助
	車椅子			
	階段	2	2	手すりに掴まりながら後方腋窩介助にて4～6段昇降可能
言語	理解	5	5	日常会話の理解可能。表出は声量低下しているため聞き返しが必要なことがある
	表出	4	4	
	社会的交流	5	5	自分から他者と交流しようとしないが、不快感を与えたり迷惑行為はなし

平成 28年02月22日（月）

選択肢マスタ | 文字列マスタ | ガイダンスマスタ | 障害名登録 | 病名登録 | 薬歴 | 総合実施計画書 | 印刷 | CSV | 取消 | 保存 | 閉じる

リハ①

新評価チャート

ID: | 4A | 昭和14年01月01日 | 77歳 | 女 | 4階病棟-404A-1 | 入院日 平成27年09月26日(150日) | 標準:

様 | 担当者 | 病名 低酸素性脳症 | 発症日:平成27年08月06日(201日) | 障害名 筋力低下,嚥下障害,高次脳 | 禁忌 | 身/体

評価日 平成28年01月14日 (定期)
最終更新者

履歴 | 共有 | Dr | NsCW | ADL | リハ① | リハ② | リハ③ | リハ④ | SW | CN | 薬剤 | 家屋 | CI | サマリ | T

平成28年01月14日／定期／平成27年09月26日入院

構音障害		
筋力低下		
上肢下肢体幹失調		

SIAS		H28.01.14 上肢	H28.01.14 下肢	H27.12.12 上肢	H27.12.12 下肢
上肢	近位				
	指				
下肢	股				3
	膝				3
	足				4
腱反射				3	3
筋緊張				3	3
触覚				3	
位置覚					
ROM				3	
疼痛				0	
腹筋					
垂直					
視空間					
言語		3		3	
非麻痺側					
合計		3		31	

装具・補助具	H28.01.14	H27.12.12
車いす	不要	チルトリクライニング(ネッティ)
車いすクッション		
上肢装具		
下肢装具		
体幹装具		
歩行補助具		-

片麻痺失調		H28.01.14 右	H28.01.14 左	H27.12.12 右	H27.12.12 左
片麻痺	Br.stage上肢	V-2	V-3	V-2	V-3
	Br.stage手指	V	V	V	V
	Br.stage下肢			V	V
痙縮 MAS	肩内旋筋			0	1
	肘屈筋			0	0
	手屈筋			0	0
	手指屈筋			0	0
	膝屈筋			0	0
	足底屈筋			0	0
	足クローヌス	無	無	無	無
	槌趾	無	無	無	無
腱反射	大胸筋	+	±	+	+
	上腕二	++	++	++	+
	上腕三	±	±	+	±
	腕橈骨	++	++	+	±
	膝蓋腱			+	−
	アキレス			−	−
感覚		表在:軽度鈍麻 深部: 位置覚運動麻痺による軽度誤差あり 運動覚5/5			
疼痛		右肩関節外側、膝深屈曲時		なし	
肩亜脱臼					

周径	H28.01.14	H27.12.12
周径 断端長	周径 下腿最小19/19 最大27/27.5 膝蓋骨直上30/30 5cm29.5/30 10cm31/31 MP21/21	周径 下腿最小18.0/18.0 最大26.0/26.5 膝蓋骨直上29.5/29.5 5cm上29.0/29.0 10cm上30.0/30.5 15cm上32.5/32.5

ROM		H28.01.14 右	H28.01.14 左	H27.12.12 右	H27.12.12 左
肩	屈曲	120	115	160	165
	伸展				
	外転	90	90	160	160
	外旋			25	60
肘	屈曲	135	135	135	135
	伸展				
前腕	回内	75	75	75	75
	回外	90	90	90	90
手	背屈	40	45	30	45
	掌屈	55	50	60	65
股	屈曲	115	120	120	120
	伸展	10	10	10	10
	外転	20	25	20	25
	内転	15	10	15	15
	外旋	50	45	45	45
	内旋	25	30	30	30
膝	伸展	0	0	0	0
	屈曲	145	145	150	145
足	背屈	20	25	20	25
	底屈	45	45	40	45

平成 28年02月22日 (月)

選択肢マスタ | 文字列マスタ | ガイダンスマスタ | 障害名登録 | 病名登録 | 薬歴 | 総合実施計画書 | 印刷 | CSV | 取消 | 保存 | 閉じる

リハ③

新評価チャート

ID: | 4A | 昭和14年01月01日 | 77歳 | 女 | 4階病棟-404A-1 | 入院日 平成27年09月26日(150日) | 標準:

様 | 担当者 | 病名 低酸素性脳症 | 発症日:平成27年08月06日(201日) | 障害名 筋力低下,嚥下障害,高次脳 | 禁忌 | 身/体

評価日 平成28年01月14日 (定期)
最終更新者

履歴 | 共有 | Dr | NsCW | ADL | リハ① | リハ② | リハ③ | リハ④ | SW | CN | 薬剤 | 家屋 | CI | サマリ | T

平成28年01月14日／定期／平成27年09月26日入院

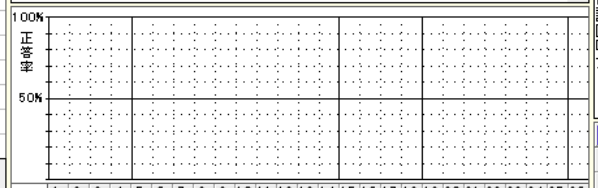
構音障害		
筋力低下		
上肢下肢体幹失調		

T 高次脳機能		− H28.01.14 Do		H27.12.12	
MMSE		24		27	
HDS-R		25		18	
RCPM		23		19	
ｺｰｽ立方体	粗点, IQ				
TMT	A, B				
三宅式	有, 無関係	8・9・9	0・2・4	5・7・7	実施不可
ベントン	正確, 誤謬数				
RBMT	標準プロフィール				
	スクリーニング				
WAIS－Ⅲ	VIQ				
	PIQ				
	FIQ				
BIT	通常検査				
	行動検査				
Digit Span					
Tapping span					
SDMT					
認知関連行動のｱｾｽﾒﾝﾄ		19		18	

■認知行動ﾁｪｯｸﾘｽﾄ:意識4/感情3/注意3/記憶3/判断3/病識3
■認知機能：
＊HDS-R：23/30+ 減点項目：場所、減算、逆唱、視覚的直後再生
・意識：I-2。見当識は、視覚的手掛かりがなければ不確実。
・意欲：自発性は向上しつつあるが声掛けは要する。
・注意：分配/容量の低下あり、時に注意喚起が必要。
・記憶：近時記憶は数時間前の出来事から不確実。再認は可能。遠隔記憶は概ね保たれ年齢相応。展望記憶はｽｹｼﾞｭｰﾙ表など参照し理解が促進される。
・状況判断：必要時の援助依頼はあるも、長期的な視点をもった判断は困難。
・病識/適応：病気理解は部分的にあるが問題への対処法には援助を要する。
やや依存的な傾向あり。

T 失語		H28.01.14 Do	H27.12.12
タイプ			
重症度			
SLTA評価点			

【日常ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ】
理解：日常会話は可能。記憶を介する会話は理解不確実なことがある。
ｽｹｼﾞｭｰﾙ表やﾒﾓなど再認できるﾂｰﾙがあれば理解が促進される。
表出：短文ﾚﾍﾞﾙの発話。声量低下により聞き返しが必要だが、意思疎通は口頭のみで可能。



T 摂食嚥下	− H28.01.14 Do	H27.12.12
RSST	4	4
改定水飲み	4	4
藤島グレード	Gr.8	Gr.6
藤島レベル	Lv.8	Lv.6
DSS	4	4
経口摂取	3食	3食
食形態	軟菜食	軟菜食/ｿﾌﾄ食
ﾄﾛﾐ	なし	0.5g(ウスターソース状)
介助	要	要
姿勢	椅子座位	椅子座位
一口量	中スプーン全量	小スプーン全量
経管栄養	なし	なし
経管方法	なし	なし
VF・VE実施	VF実施済み	VF実施済み

■口腔内視診：改善傾向。
■食事設定：椅子座位で軟菜/米飯、ﾄﾛﾐなし水分を部分介助にて摂取。
■問題点：
認知期：大きな問題は認めない。
口腔期：筋力低下あり。咀嚼、食塊形成力に影響している。
咽頭期：嚥下圧不十分で複数回嚥下になりやすい。また、時にﾑｾを認める。
食道期：VFでは逆流の徴候あり。食後の設定により嘔吐は認めない。

T 構音障害	− H28.01.14 Do	H27.12.12
会話明瞭度	2	2
自然度	2	2

■呼吸：胸式呼吸かつ浅呼吸。
■発声：声量低下、声の揺らぎあり。
■発声発語器官の運動：明らかな顔面神経麻痺、舌下神経麻痺は認めない。筋力、運動範囲、速度、巧緻性とも低下を認める。
■構音：単音ﾚﾍﾞﾙでは明瞭だが、反復構音や速度の変化により歪みやすくなる。運動耐久性は低下しており、疲労と共に呂律の回りにくさが出現する。
■ﾌﾟﾛｿﾃﾞｨ：著明な問題を認めない。

平成 28年02月22日 (月)

選択肢マスタ | 文字列マスタ | ｶﾞｲﾀﾞﾝｽマスタ | 障害名登録 | 病名登録 | 薬 歴 | 総合実施計画書 | 印 刷 | CSV | 取 消 | 保 存 | 閉じる

リハ④

新評価チャート

ID: | 4A | 昭和14年01月01日 | 77歳 | 女 | 4階病棟-404A-1 | 入院日 | 平成27年09月26日（150日） | 標準:

様 | 担当者 | 病名 低酸素性脳症 | 発症日：平成27年08月06日(201日) | 障害名 筋力低下,嚥下障害,高次脳 | 禁忌 | 身/体

評価日　平成28年01月14日　（ 定期 ）
最終更新者

履歴 | 共有 | Dr | NsCW | ADL | リハ① | リハ② | リハ③ | リハ④ | SW | CN | 薬剤 | 家屋 | CI | サマリ | T

平成28年01月14日／定期／平成27年09月26日入院

	評価まとめ	方針	目標
NS	■病院経由し施設への退院が決定。家族は継続したリハビリを希望。急性期病院であるため、現在と同等のリハビリは継続出来ないことやスタッフが現在と同様に終始洗面・整容に付き添ったりすることは出来ず、ADL低下や転倒に繋がる可能性がある。また、スタッフから希望通りの援助を受けられないことで、本人・家族の不満が出る可能性があるため、転院前に急性期病院への転院のイメージを共有していく必要がある。本人の安全面を配慮し希望通りに援助するには、入院中もご家族の援助が不可欠になってくると思われる。	・転院前に急性期病院への転院のイメージを共有していく	【長期目標】 ・ＡＤＬ軽介助 ・誤嚥を起こさずに食事摂取が出来る 【短期目標】 ・家族が急性期病院への転院のイメージがつく ・転院先のスタッフへ正確に現在の状況が伝達出来る
CW	本人不安ありお手製ｿﾌﾄﾀｯﾁｺｰﾙ継続。特殊ｺｰﾙは家族希望にて継続。 夜間自己排痰は自立。終日車椅子撤去となり棟内歩行ﾍﾟｰｽへ移行。疲労時や夜間の歩行はふらつきあり支えを要する。また自室内移動物拾いにﾘｽｸあり自立とならず見守り。下衣操作下げは緩いｽﾎﾟﾂであれば見守りで可能。整容動作は椅子座位に整髪と化粧水、乳液以外は見守りで可能。余暇時間食後など1時間以上離床できており殿部痛の訴えもなく自己での除圧も可能。離床中も他者と会話したり適切に関われている。	・退院先に合わせた特殊ｺｰﾙの選定評価 ・ｹｱｺｰﾙ導入検討し椅子座位での整容動作ﾌﾘｰ評価 ・自己排痰用の物品、その他離床時の持参物品の管理自立評価(物持ち歩行、物品の洗浄) ・起立訓練継続とﾊﾞﾗﾝｽ能力の向上に向けた自主ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞの導入 ・退院先で可能な自立可能な自主ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞの提案	【長期目標】 ADL軽介助～見守り、（IADL要検討） 屋内移動歩行ﾍﾟｰｽ、屋外車椅子ﾍﾟｰｽ(一部歩行) 【短期目標】 ・退院先に合わせた環境設定が整う ・椅子座位にて整容動作自立にて終了時に人を呼ぶことができる ・持参物の物品管理が自己にて行える ・終日見守りにてﾌﾘｰｶﾝﾄﾞ歩行で移動できる
PT	身体機能面では全身耐久性の改善を認め連続歩行距離が延長し、移動は歩行のみで可能となった。現在BBS35点(前回27点)で静的立位場面での姿勢保持や、自己での姿勢修正が一部が可能となり、寄りかかり立位をとることで安定した整容や手洗いが行なえている。 全身耐久性、全般的な筋力の低下は継続しているが、現在より高負荷のエクササイズの実施は各関節への負担増強し疼痛に繋がりやすいため、歩行をベースとした日常生活場面での耐久性改善へシフトしている。 また、PTでは危険場面の認識改善に向けてﾊﾞﾗﾝｽ練習を中心に動作場面での	・下肢・頭部・体幹の筋力強化 ・頭部・体幹の協調運動練習 ・ﾊﾞﾗﾝｽ練習 ・全身耐久性の向上 ・生活場面での離床(椅子で) ・身体機能、動作能力と危険場面の共有	【長期目標】入院期間残り0.5ヶ月（1月下旬）　NTT病院転院 ・ADL：屋内介助歩行 ﾍﾞｯﾄﾞ端坐位まで自立 屋外一部介助歩行(車椅子ﾍﾞｰｽ) 食事・整容・更衣・排泄下衣操作・入浴・階段　介助 座位での整容一部自立 ・IADL：全般ｻｰﾋﾞｽ利用し介助ﾍﾞｰｽ 【短期目標】 ・娘介助で外出が可能となる。(屋外歩行、車椅子、乗車、階段等)
OT	上肢失調は残存する（右<左）。 食事動作評価し、木柄スプーンから箸ぞう君Ⅱ、普通箸へと移行。手関節の可動性の低さが操作性を妨げる要因となっている。上肢耐久性は変わらず、徐々に肩関節外転での代償がみられ、疼痛にも繋がっている。ストレッチを家族指導していく方針。 介入中、見当識・近時記憶低下が伺える発言聞かれることあり。認知機能低下を防ぐためにも離床の促しや外部との関わりを増やすことができるように関わっていく。	・椅子座位で可能な活動を模索 ・家族指導（ストレッチ、更衣、整容動作の工夫、余暇活動の提案） ・ROM改善・維持 ・食事動作訓練 ・高次脳機能訓練	【長期目標】入院期間４ヶ月　退院先：NTT病院転院 ・移動：屋内伝い歩き一部自立・見守り　屋外車椅子介助ﾍﾞｰｽ ・上肢機能：３食の食事動作が自立できる ・ADL：食事・排泄自立、整容座位で一部自立、その他ADL介助 ・IADL：移動・準備は介助で、クイックルワイパー使用して床掃除ができる 【短期目標】 ・提案した自主トレ（ストレッチ・余暇活動）が習得できる（３ｗ）
ST	嚥下面は順調に改善し、米飯/軟菜、トロミなし水分を最小限の介助で摂取が可能となった。本人のﾆｰｽに沿い、自力摂取の効率性を優先とし、当院ではﾊｰﾌ食に補助栄養剤を付けて対応。次女に対し、摂食嚥下面の家族指導済み。認知面は検査上改善を認めるが、社会的出来事等、周囲からの働きかけがないと関心を寄せないため、今後も関わり手の配慮が必要。また、構音面は声量低下や構音の不明瞭さは残存。ただし、声量の増大/維持は疲労感や意識にも関わるため、現状がｺﾞｰﾙ。以上より、予定していた入院期間を早めて転院可能なﾚﾍﾞﾙと判断している。	・ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ訓練（見当識確認） ・頭部挙上訓練 ・呼吸・発声訓練 ・発声発語器官の運動 ・構音訓練	【長期目標】入院期間4ヶ月（1月中旬）→NTT病院転院 ・聞き返しなく会話が成立する ・喀痰が減少し、自信をを持って他者とｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝが取れる ・安全に3食経口摂取が継続できる 【短期目標】 ・声量増大し、会話時の聞き返しが減少する ・ｶﾚﾝﾀﾞｰなど視覚的情報を併用し、状況を正確に理解できる ・水分摂取時のムセが減少する

平成 28年02月22日（月）

選択肢マスタ | 文字列マスタ | ｶﾞｲﾀﾞﾝｽマスタ | 障害名登録 | 病名登録 | 薬 歴 | 総合実施計画書 | 印 刷 | CSV | 取 消 | 保 存 | 閉じる

MSW

新評価チャート

ID: [redacted] | 4A | 昭和14年01月01日 | 77歳 | 女 | 4階病棟-404A-1 | 入院日 平成27年09月26日(150日) | 標準:

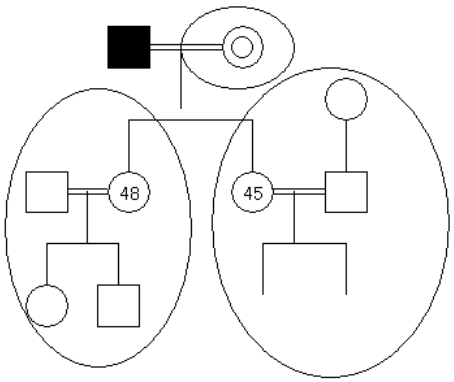
[redacted] 様 | 担当者 | 病名 低酸素性脳症 | 発症日:平成27年08月06日(201日) | 障害名 筋力低下,嚥下障害,高次脳 | 禁忌 | 身/体

評価日 平成28年02月24日 (退院)
最終更新者 [redacted]

履歴 | 共有 | Dr | NsCW | ADL | リハ① | リハ② | リハ③ | リハ④ | SW | CN | 薬剤 | 家屋 | CI | サマリ | T

平成28年02月24日／退院／平成27年09月26日入院

家族図



家族構成・協力者

長女(48)品川区に家族と住んでいる。
次女(45)大田区にて家族と住んでいる。

社会歴・生活歴

品川区(天王洲)にて一人暮らし。発症前はADL、IADL共に自立し電車に乗って出かけることも出来ていた。
元々は品川区(大井町)の団地に住んでいたが、2年前に団地の建て替え工事が始まり、現在は仮住まい。以前の自宅は来年5月にバリアフリーの団地に改修終了となる予定。

備考

【本人像】
品川区(天王洲)にて一人暮らし。発症前はADL、IADL共に自立し電車に乗って出かけることも出来ていた。
元々は品川区(大井町)の団地に住んでいたが、2年前に団地の建て替え工事が始まり、現在は仮住まい。以前の自宅は来年5月にバリアフリーの団地に改修終了となる予定。
夫が20年前に他界しその後次女と1, 2年暮らしたが、次女が家を出てからは一人暮らし。外出を頻繁にすることはないが友達や娘たちと食事に出かけることもあった。
身だしなみにとても気を遣う性格で、ゴミ出しに行くときにも化粧をして出かけていた。心配症で不安がある時や疲労がある時には下痢になりやすい。

【家族像】
長女(48)品川区に家族と住んでいる。元々の本人宅から徒歩10分

地域社会資源利用

かかりつけ医	[redacted]病院	脳卒中センター	[redacted]Dr
介護保険	取得	要介護3	
ケアマネ			
障害者手帳	未申請		

評価

2月24日に[redacted]病院へ転院予定。
転院後に、先方スタッフと長期的な生活の場について相談していくこととなる。
[redacted]にはマットコールあり。

方針

心理社会的援助:Dr面談へ同席し受けとめの確認。
質問や疑問点に適宜対応する。
退院援助:[redacted]への入院について必要に応じて先方担当者と共有。

目標

長期目標:本人、家族が納得のいく退院先で安全な生活が送れる。

平成 28年02月22日 (月) [redacted]

選択肢マスタ | 文字列マスタ | ガイダンスマスタ | 障害名登録 | 病名登録 | 薬歴 | 実施計画書 | 総合実施計画書 | 印刷 | CSV | 取消 | 保存 | 閉じる

管理栄養士

新評価チャート

ID: | 4A | 昭和14年01月01日 | 77歳 | 女 | 4階病棟-404A-1 | 入院日 平成27年09月26日(150日) | 標準:

様 | 担当者 | 病名 低酸素性脳症 | 発症日:平成27年08月06日(201日) | 障害名 筋力低下,嚥下障害,高次脳 | 禁忌 | 身/体

評価日 平成28年02月24日 (退院)
最終更新者

履歴 | 共有 | Dr | NsCW | ADL | リハ① | リハ② | リハ③ | リハ④ | SW | CN | 薬剤 | 家屋 | CI | サマリ | T

平成28年02月24日/退院/平成27年09月26日入院

取込	身長	156.0 cm
	体重	38.60 kg
	体重測定日	H28/02/20
計算	BMI	15.9 kg/m2
	理想体重	53.5 kg
	調整体重	49.8 kg
	理想体重比	72 %

筋肉量	右腕	kg
	左腕	kg
	体幹	kg
	右脚	kg
	左脚	kg
	体脂肪率	%
	除脂肪量	kg

取込	TP	6.8	H28/01/20
	Alb	3.5	H28/01/20
	Hb	11.8	H28/01/20
	TG	57	H28/01/20
	LDL	85	H28/01/20
	HDL	63	H28/01/20
	HbA1c	5.6	H27/09/26
	BUN	23.1	H28/01/20
	Cr	0.62	H28/01/20

	リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
	BMI	18.5~24.9	18.5未満, 25以上	-
	体重減少率	3%未満/月	3~5%未満/月	5%以上/月
	Alb	3.6	3.0~3.5	3.0未満
	エネルギー充足率	81~100%	80~61%	60%以下
	栄養補給法	-	経腸・静脈栄養	-
	褥瘡	-	-	d2以上

T	栄養量	必要量	必要量/体重	IBW算定	摂取量	充足率	備考	
計算	エネルギー	1,700 kcal	32.0 kcal/kg	☑	1,800 kcal	105 %	活動係数	1.4
	たんぱく質	54 g	1.0 g/kg	☑	74 g	137 %	ストレス係数	1.0
	水分	ml	ml/kg	☐	ml	%	塩分	7 g

取込	食事内容	食種	主食	経管栄養
	朝	ハーフ食(軟)	ご飯(90g)	
	昼	ハーフ食(軟)	ご飯(90g)	
	夕	ハーフ食(軟)	ご飯(90g)	
	眠前			
	喫食率	100 %	100 %	最終変更日 H28/01/25
	補給方法	■ 3食経口	■ 経管+経口	■ 経管 ■ 消化管瘻 ■ 静脈栄養併用
	投与方法			
	摂取状況			
	補助食品・間食	3食ﾍﾟﾑﾊﾟﾙｱｸﾃｨﾌﾞ付、主菜普通量		
	食物アレルギー	■ あり (鯖)		■ なし
	禁忌	■ あり (牛乳→ヨーグルト)		■ なし
	嗜好対応	■ あり (蕎麦、卵、柑橘類、キウイ、リンゴ)		■ なし
	備考			

病前の生活
病前の食生活(本人、長女、次女より聴取)
体重33.6kg、通常時体重)10年前は45.6kg程あった。お腹を壊しやすく、その度に少しづつ痩せて病前は35~36kg程。発症後3kg程度せた。
1日3食摂取。主調理者:本人
朝食:食パン半分にオリーブオイル、ハチミツ、半分にジャム。バナナ1本、ヨーグルト、お茶
昼食:煮物、じゃが芋、さつま揚げ、鶏の手羽なか、味噌汁(大根、玉ねぎ)豚肉煮たりもしていた

評価
#1 低Alb血症 貧血
#2 羸痩

体重:+1.4kg/月
必要栄養量:低栄養、羸痩に対し32kcal×IBWkg相当より算出
血圧:98~102/60~64
排便:S3~4/2~3日に1回 ビオフェルミンR細粒、ラックビー微粒
退院先:NTT病院への転院
退院時期:1月中旬→2/24
栄養指導:予定なし
A:1800kcal程の摂取で栄養状態、貧血改善傾向、体重も月に1kgのペースで増加。

方針
・現在の食事設定継続
・退院先へ栄養管理全般申し送る(アレルギー、嗜好対応も含め)

目標
長期(退院まで)
・栄養状態の改善(Alb3.6以上)
・貧血の改善

平成 28年02月22日 (月)

選択肢マスタ | 文字列マスタ | ガイダンスマスタ | 障害名登録 | 病名登録 | 薬歴 | 総合実施計画書 | 印刷 | CSV | 取消 | 保存 | 閉じる

薬剤師

新評価チャート

ID: 4A 昭和14年01月01日 77歳 女 4階病棟-404A-1 入院日 平成27年09月26日(150日) 標準:

様 担当者 病名 低酸素性脳症 発症日:平成27年08月06日(201日) 障害名 筋力低下,嚥下障害,高次脳 禁忌 身/体

評価日 平成28年02月24日 (退院)
最終更新者

履歴 | 共有 | Dr | NsCW | ADL | リハ① | リハ② | リハ③ | リハ④ | SW | CN | 薬剤 | 家屋 | CI | サマリ | T

平成28年02月24日/退院/平成27年09月26日入院

病名・障害名

低酸素脳症
嚥下障害
四肢筋力低下・筋固縮

既往歴・合併症

薬剤アレルギー・副作用歴

薬剤アレルギー	☐ 無	☑ 有
副作用歴	☑ 無	☐ 有
卵アレルギー	☑ 無	☐ 有
牛乳アレルギー	☑ 無	☐ 有
OTC	☑ 無	☐ 有

ボルタレン錠
本人より副作用薬剤列挙される。
・ボルタレン錠
・クラビット錠
・バクシダール錠

持参薬 取込

ラックビー微粒N(1g/包)	包	毎日	(1-1-1-0) 食後
ビオフェルミンR散(1g/包)	包	毎日	(1-1-1-0) 食後
ネキシウムカプセル20mg	ｶﾌﾟｾﾙ	毎日	(1-0-0-0) 食後
ロゼレム8mg	錠	毎日	(0-0-0-1) 食後
エチゾラム0.5mg	錠	毎日	(0-0-0-1) 食後

薬歴 取込...

薬物相互作用等

ｸﾞﾚｰﾌﾟﾌﾙｰﾂｼﾞｭｰｽ	☑ 無	☐ 有
納豆	☑ 無	☐ 有
その他	☑ 無	☐ 有 ( )

ハイリスク薬

#シンメトレル錠(抗パーキンソン病治療薬)

内服管理

常用薬なし。
不眠時にデパス錠(0.5)を頓服にて服用していた。
夜中に追加で一錠服用することもあったが、翌日にふらつき強くでたとのこと。

検体検査 取込

	H27/09/26
ＡＳＴ	19
ＡＬＴ	9
γ－ＧＴ	20
尿素窒素（BUN）	16.9
クレアチニン（Cr）	0.46
尿酸（UA）	4.1
ｸﾚｱﾁﾆﾝｸﾘｱﾗﾝｽ	
eGFR(ml/min/1.73m2)	
eGFR(ml/min)	
総コレステロール	203
ＬＤＬコレステロール	123
ＨＤＬコレステロール	65
中性脂肪（ＴＧ）	106
血小板数（PLT）	38.9
ナトリウム	138
カリウム	4.3
クロール	101
HbA1c NGSP	5.6
ヘモグロビン量	13.1

評価

#腎機能
9/26sCr=0.46
BW不明のためCcr算出できず。
シンメトレル錠用量問題なし

方針・目標

#方針
・薬剤量・検査値確認していく。

入院時情報

平成 28年02月22日 (月)

選択肢マスタ | 文字列マスタ | ガイダンスマスタ | 障害名登録 | 病名登録 | 薬歴 | 総合実施計画書 | 印刷 | CSV | 取消 | 保存 | 閉じる

サマリ

新評価チャート

ID: [redacted] | [redacted] | 4A | 昭和14年01月01日 | 77歳 | 女 | 4階病棟-404A-1 | 入院日 | 平成27年09月26日（150日） | 標準:

[redacted] 様 | 担当者 | 病名 低酸素性脳症 | 発症日：平成27年08月06日(201日) | 障害名 筋力低下,嚥下障害,高次脳 | 禁忌 | 身/体

評価日　平成28年02月24日　（ 退院 ）
最終更新者 [redacted]

履歴 | 共有 | Dr | NsCW | ADL | ﾘﾊ① | ﾘﾊ② | ﾘﾊ③ | ﾘﾊ④ | SW | CN | 薬剤 | 家屋 | CI | サマリ

平成28年02月24日／退院／平成27年09月26日入院

看護師	【経過】 [redacted]病院より回復期リハビリ目的にて当院へ転院し入院当初は３食に経管栄養施行。ST訓練により現在は、３食経口。普通箸・スプーン・フォーク使用し自己摂取可能。水分はトロミ剤OFF、カップドリンキング・ストロー摂取可。内服はスプーンまたはストローにてNS介助。内服時にはむせ込みが生じやすいため、本人と相談し簡易懸濁法にて溶解し、トロミをつけて介助。むせ込みあるが、吸引の必要性無し。自己排痰自立。時折介助依頼あり。平素のサチュレーション９０台後半、血圧９０～１１０台。 入院中に１度転倒事故あり。ベッド周囲の物の配置などが気になり独力行動に至り易い。物の配置など本人のこだわりが大きく影響しているため、転院後に環境の変化による転倒リスクあり。 ADLに関しては入院当初の車いすから歩行ベースへ移行。柵を使用しての寝返り・起居動作見守り。
ケアワーカー	【継続する問題点】 自発ｺｰﾙ可能だが家族の希望ありﾏｯﾄｺｰﾙ使用。本人もﾏｯﾄｺｰﾙがある事で注意喚起となり独力行動に至っていない。危険行動を至りそうな言動も聞かれており注意は必要。自発ｺｰﾙは通常の物だと手指の可動域制限により押せないこともある為、軽く隠れるだけで押せるよう工夫し右側の手摺へ固定して設置していた。ﾍﾞｯﾄﾞ上にて手元にﾃｨｯｼｭ箱とお手製のｺﾞﾐ箱を設置することで自己にて排痰可能。調子の悪い場合など自己にて排痰出来ない時はｺｰﾙにて依頼可能。整容に関しては、椅子座位にて手元に準備することで口腔内は自立で可能。その他整容動作は仕上げ介助。手洗いは立位にて可能だがﾊﾞﾗﾝｽを崩す場面あり近位見守りが必要。移動は病棟歩行ﾍﾟｰｽにて日中は軽く触れる程度から見守りで可能。夜間は膝折れ、ふらつき著明でしっかり支える介助を要する。排泄は終日失敗なく布ﾊﾟﾝﾂを使用。本人希望により裏表逆に履いている。トイレ動作は下衣操作は介助し殿部清拭やﾍﾟｰﾊﾟｰ操作は自
理学療法士	【経過】入院時、上肢に優位の運動麻痺と上下肢体幹に運動失調を認めた。また耐久性と筋力全般、顕著な低下を認めた。ADLは協力動作あったが、上肢の動作への参加は困難で、起居～歩行全般に介助を要した。歩行は後方両腋窩介助で短距離歩行が可能であった。理学療法では、立位ﾊﾞﾗﾝｽの改善と全身耐久性の改善に対してｱﾌﾟﾛｰﾁを開始した。開始後1ヶ月にてBBS4→12点へ改善を認め、生活場面での立位整容と排泄時の立位が安定した。2ヶ月後、基本動作の中で上肢の参加が確実となり、起居動作が見守りで可能となった。歩行は病棟で徐々に開始し、入院期間を通して耐久性がゆるやかに向上。屋外歩行は練習可能な状況まで改善したが、距離の延長とともにふらつき、突進様歩行となり，実用的ではない。ﾍﾞｯﾄ周囲の動作自立に向けた関わりをするも、危険場面の認識乏しく自立は困難なまま退院を迎える。 【まとめ】
作業療法士	【経過】入院時の両上肢および両手指はBr.stageⅣﾚﾍﾞﾙで運動失調（R<L)を認めた。また手指の浮腫、筋力低下と耐久性の低下を認めた。ADLは全般に介助が必要であった。本人より食事自力摂取の希望強く、嚥下機能の向上を待ちながら自力摂取を上肢機能訓練を開始。入院3ヶ月後半より、椅子座位で食事摂取可能となったため木枝スポークを口方向に70°程度曲げて摂取。その後上肢操作性向上し、箸蔵君Ⅱを使用開始。普通箸使用の希望強く、病棟で早めの導入をしたが肩関節外転位での代償動作での摂取となった。耐久性考慮し、取って付きのお椀やワンプレートを提案するが拒否。入院4ヶ月目より両上肢の筋tone向上し疼痛出現したため普通スプーンとフォークを使用。ADLではテーブル拭き、クイックルワイパーがけ、タオル畳みが準備と移動は介助要するが見守りで可能。認知機能面では入院時は保たれていた見当識（日付、おおまかな時間帯）が低下を認める。また、全身耐久性の低下から自ら積極的に離床することはなく自室で臥床することが多い。社会的関心低く、他者と
言語聴覚士	【経過】運動障害性構音障害、摂食嚥下障害、認知機能低下を認めた。嚥下障害は順調に改善し、軟菜/米飯/トロミなし水分を部分介助で摂取可能となった。時に水分でのﾑｾを認めるが、誤嚥だけでなく基礎疾患に起因する咳の影響も大きいと思われる。摂取方法は、本人より自己摂取の希望が強く聞かれたため、摂取効率向上目的に食事量は主食/主菜以外は半量提供とし、補助栄養剤を追加することで対応した。構音面は、徐々に声量増大し、聞き返しの頻度は減少しているものの、疲労や口渇感の影響を受けやすい。認知面は、同じ話題の繰り返しや伝達内容を忘れている様子が見受けられたため、重要な情報は視覚的に提示することが望ましい。 【まとめ】運動障害性構音障害、摂食嚥下障害、認知機能低下が残存しているが、生活ﾍﾞﾙでの支障は少ないと思われる。家族に対し、書面を用いて食事時の注意点を伝達済み。当院退院をもって言語聴覚療法を終了する。
ソーシャルワーカー	【経過】 品川区にて独り暮らし。ADL、IADLは自立されて生活をしていた。外出を頻繁にすることはないが友達や娘たちと食事に出かけることもあった。身だしなみにとても気を遣う性格で、ゴミ出しに行くときにも化粧をして出かけていた。心配症。 心理社会的援助：Dr面談へ同席して現状と今後の見立てについて家族と共有。入院生活の不安点や疑問点について適宜介入を行なった。 退院援助：入院当初は自宅にて独居再開を希望されていたが、退院後の生活に介助が必要な状況を考え、老人保健施設入所方向で援助を行なった。複数の施設に見学に行ったが申込みまでは至らず。紹介元であるNTT東日本関東病院へ転院し、リハビリを継続しながら長期的な生活の場を考えていくこととなった。2月24日に転院の運びとなる。
管理栄養士	【経過】ｴﾈﾙｷﾞｰ1800kcal、蛋白質75g程の摂取にて栄養状態改善傾向。体重1kg/月のﾍﾟｰｽで増加。約4.5ヶ月で4.4kg増加、BMI14.0→BMI15.8と羸痩改善傾向。本人より自力摂取希望聞かれており、全量普通量を提供すると、食事時間が延長し本人の疲労に繋がっていた。摂取効率向上目的に、主食/主菜以外は半量提供とし、不足分は補助栄養剤を1日3本付加。ﾍﾑﾊﾟﾙｱｸﾃｨﾌﾞ：1本125mlあたり200kcal、蛋白質10g、水分93ml 【食物ｱﾚﾙｷﾞｰ】 ・卵：本人より痒くなると聴取。しかし見た目で卵と分からない様な食品（ﾌﾟﾘﾝ、ﾏﾖﾈｰｽﾞ、つなぎ）は提供許可あり、特に異常なく摂取できていた。 ・ｷｳｲﾌﾙｰﾂ、ﾘﾝｺﾞ、柑橘系（ﾐｶﾝ、ｵﾚﾝｼﾞ、ﾊﾟｲﾝ、ﾚﾓﾝ）：お腹が痛くなる為提供しないでほしいと、本人希望により提供しない対応実施。
薬剤師	

平成 28年02月22日（月） [redacted]

選択肢マスタ | 文字列マスタ | ｶﾞｲﾀﾞﾝｽマスタ | 障害名登録 | 病名登録 | 薬 歴 | 総合実施計画書 | 印 刷 | CSV | 取 消 | 保 存 | 閉じる

リハ実施計画書

リハビリテーション総合実施計画書

氏名	様	ID: 86880	昭和14年1月1日（77才）	評価日	平成28年2月24日
医師	CW	OT	SW	薬剤	
看護	PT	ST	栄養	TM	

主病名	合併症	心身機能障害
低酸素脳症		嚥下障害 四肢筋力低下・筋固縮 四肢麻痺・麻失調 高次脳機能障害

家族構成・協力者	社会歴・生活歴
長女(48)品川区に家族と住んでいる。 次女(45)大田区にて家族と住んでいる。	品川区(天王洲)にて一人暮らし。発症前はADL、IADL共に自立し電車に乗って出かけることも出来ていた。元々は荒川区(小台町)の団地に住んでいたが、2年前に団地の建て替え工事が始まり、現在は仮住まい。以前の自宅は来年5月にバリアフリーの団地に改修終了となる予定。

栄養					
朝	ハーフ食(軟)	ご飯(90g)		身長cm	156
昼	ハーフ食(軟)	ご飯(90g)		体重kg	38.6
夕	ハーフ食(軟)	ご飯(90g)		BMI	15.9
摂取栄養量	1,800 kcal	たんぱく質 74g	水分 ml	理想体重	53.5

基本動作	2/24	2/19	評価の詳細
寝返り		4(可能)	・起き上がり：上肢麻痺により依存的な場面が増加。動作自体は可能。 ・立位：耐久性低く、見守り保持可能。
ベッド上移動		4(可能)	
起き上り		3(監視誘導)	
端坐位		4(可能)	
物を拾う		3(監視誘導)	
立ち上がり		4(可能)	
立位保持		3(監視誘導)	
椅子座位		4(可能)	

＜基本動作＞ 4:完全に可能、3:見守り、2:ほぼ可能、1:一部可能、0:不可能

安全		
スタックコール	確実	コールは確実で独力行動なし
リスク対策	特別コール	

ADL日常生活動作				
食事	6	6	エプロン使用し装着介助。軟菜食摂取
整容	4	4	整髪は拭かすへアピンを止める介助、洗顔は細かい部分の清拭介助。化粧非実施
更衣上	2	2	上衣は車椅子座位にて袖通し。被り動作において協力動作あり、その他全介助
更衣下	1	1	下衣はベッド上にて全介助。腰を持ち上げる協力動作あり
ベッド移乗	4	4	椅子を引く介助を要する
トイレ移乗	5	5	便座への移乗(見守)
トイレ動作	2	2	下衣上げ下げ介助、陰部清拭は尿便ともにウォシュレット操作に清拭を行ない動作自立
排尿コントロール	7	7	布パンツ使用し自己のタイミングにて排尿可能
排便コントロール	7	7	下剤内服せず本人のタイミングにて見守りで排便可能
入浴洗体	1	1	清拭全介助
浴槽移乗	3	3	浴槽移乗は後方脇窓介助にて両側跨ぎ可能、浴槽内の着座起立は軽く支え引き上げる介助
移動 ■歩行	3	3	終日棟内歩行ペースにて移動し夜間は軽く支える介助
移動 □車椅子			
階段	2	2	手すりに掴まりながら後方脇窓介助にて4～6段昇降可能
言語 理解	5	5	日常会話の理解可能。表出は声量低下しているため聞き返しが必要なことがある
言語 表出	4	4	
社会的交流	5	5	自分から他者と交流しようとしないが、不快感をうえたり迷惑行為はなし
問題解決	5	5	日常の問題に対しスタッフに依頼で解決できている
記憶	4	4	人物、状況の変化は記憶が可能。日課に関してはスケジュール表の確認が必要

＜ADL＞ 7:完全自立、6:修正自立、5:見守り、4:最少介助、3:中等度介助、2:最大介助、1:全介助

IADL		
内服管理	全介助	
屋外歩行	1コース(140m)	
交通機関	未評価	
金銭管理	未評価	
調理	未評価	
掃除	一部介助	
洗濯	未評価	

日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	認知症の日常生活自立度判定基準: Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M

本人希望・心理	回復したい。	家族希望	一人暮らしを再開するには、身の回りのこと(家事を含む)もできるようになって欲しい。 口から食べられるようになってほしい。

前回の目標と達成状況	今後のリハビリテーションの方針・対策・目標
【生活】 ・通院先に合わせた環境設定が整う → 達成 ・椅子に座り整容動作が自立となる → 達成 【移動】 ・補介助で外出が可能となる。→ 達成 (玄関屋外段差、車椅子、車車、階段等) 【コミュニケーション】 ・声量増大し、会話時の聞き返しが減少する → 一部達成 【食事】 ・水分摂取時のむせが減少する → 達成 ・自力摂取の疲労が軽減できる → 一部達成	

退院時目標	
基本動作	自立～見守り
食事内容	3:経口摂取
食事動作	自立～見守り
整容	見守り～一部介助
更衣	一部介助
トイレ動作	一部介助
トイレ動作	一部介助
入浴	中等度介助
屋内移動	日中見守り、夜間は一部介助
屋外・階段	歩行器介助、車いす介助
公共交通機関	介助車椅子)
コミュニケーション	家庭内で多少支障あり
服薬管理	全介助
本人・家族の役割・参加	ADL全般に見守りが必要となる可能性が高いが、退院後も見守りがあれば車椅位でセルフケアADLの拡大が期待できる
その他	

退院準備		
家屋情報	不要	
家庭訪問	不要	
家屋改修	不要	
日常生活用具	不要	
外出	不要	
外泊	不要	
ケアカンファ	不要	

退院後利用サービスの提案
紹介元の病院に戻りリハビリを継続。 ・家族指導：次女に対して、更衣動作を指導。整容において、髪の長さ等に対するマウスウォッシュ、髭剃り器がついているタイプであれば使うことがないこと等を提案。 ・自主トレーニング：私物スポンジを保持しながら、玄関前屋内外段差昇降、端坐位にて私物スポンジで体側周りを固す。

入院期間	5ヶ月
退院先	急性期病院

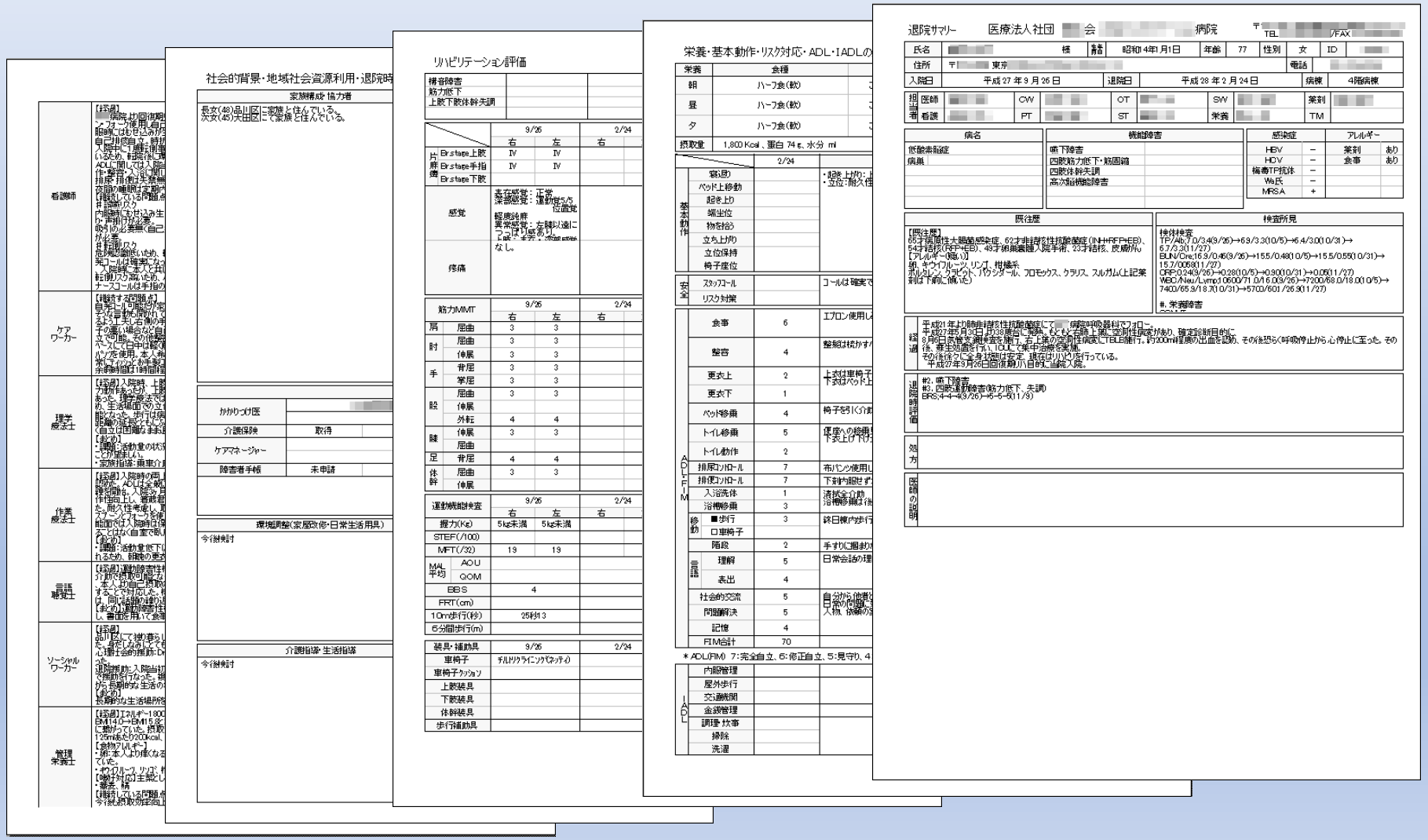
退院後のリハビリ、医療・介護サービスの予定
紹介元の病院に戻りリハビリを継続。

介護指導・生活指導
今後検討

環境調整(家屋改修・日常生活用具)
今後検討

説明者署名		同席者署名	
本人・家族への説明	年 月 日	署名: □本人 □家族 様	

退院時サマリ


社会的背景・地域社会資源利用・退院時
リハビリテーション評価
栄養・基本動作・リスク対応・ADL・IADLの
退院サマリー
医療法人社団
病院
氏名
様
誕生
昭和14年1月1日
年齢
77
性別
女
ID
住所
東京
電話
入院日
平成 27 年 9 月 26 日
退院日
平成 28 年 2 月 24 日
病棟
4階病棟
担当者
医師
CW
OT
SW
看護
PT
ST
栄養
TM
病名
機能障害
感染症
アレルギー
既往歴
検査所見
経過
退院時評価
処方
医師の説明

制度の見込み
…回復期退院後

医療と介護の連携に関する意見交換　より抜粋

リハビリテーション－１

急性期や回復期のリハビリテーションにおいて、目標設定支援の視点に基づくリハビリテーションをより一層推進することについて

- 急性期・回復期・維持期・生活期というリハビリテーションの流れを考えると、急性期の時から、**生活上の目標設定の視点に基づく**リハビリテーションを進めることが重要。

- **患者が自宅に帰った後までを想定した目標設定をする**ためには、急性期のリハビリテーションを担っている病院における多職種カンファレンスが重要。

リハビリテーション－２

疾患別リハビリテーションの維持期における介護保険への円滑な移行を含め、医療と介護との間で切れ目のない継続的なリハビリテーションを効果的に提供することについて

- 介護保険に移行できる人はできるだけ移行するとともに医療保険でのリハビリテーションが必要な人は引き続き残れるよう、標準的算定日数を超過して医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている要介護被保険者の状態を明らかにする必要がある。

- ※　10年近く維持期のリハビリテーションの介護への移行が延期されているが、次回改定は医療と介護の同時改定であり、円滑に介護保険に移行するための絶好の機会。

- 医療保険から介護保険に紹介がある場合、**FIMデータばかりで活動と参加に関するデータがない**のが現状。情報共有の際、身体能力等について共通した項目があったほうがいいが、まずは活動と参加の状況について、医療と介護の共通の項目を作るべき

リハビリテーション－３

医療と介護の連携・移行をより効率的に推進する観点から、リハビリテーションにおける実施計画書等の在り方について

- 施設基準や要件のさらなる緩和やリハビリテーションにおける**実施計画書等の共通化**による情報共有等、非効率な運用を改善する必要がある。

- 医療と介護のリハビリテーションにおける**実施計画書等は、互換性を持たせ**て、情報の引き継ぎが円滑にいくように検討していくべき。

関係者・関係機関の調整・連携－１

患者・利用者に対して、その病状や介護の状態に応じて、真に必要な医療や介護サービスを適時適切に提供する観点から、医療・介護の関係者・関係機関間の円滑な情報提供・共有、相互の理解といった連携の在り方について

- １人の患者、利用者に対して、必要な医療、介護サービスが同時に過不足なく提供されることが必要で、**かかりつけ医と介護支援専門員の連携を中心に、全ての関係者、関係機関が情報を共有して連携できるようにするべき。**

- ケアプランの変更について、共同アセスメントの効果や情報交換体制を行うとともに、現状に応じたプラン変更ができるような、柔軟な対応ができるようにする必要がある。

関係者・関係機関の調整・連携－２

- 今後、複雑なニーズを持って在宅で過ごす人が増えると、今後の変化を予測した上でサービスを提供しなければならないため、ケアプランの作成や変更時に、医療的な視点が入れるような組立てが重要になる。
- ケアプランをつくる上で介護支援専門員がどのような情報提供を望んでいるのか、効率的かつ適時・適切な情報共有というものが必要であり、議論すべき。
- 医療機関の都合に合わせた日程調整が必要ということは、介護支援専門員にとっては負担だが、医療のスピードに合わせることはやむを得ない。今後、ICT等を活用したスムーズな情報提供等も検討する必要がある。

関係者・関係機関の調整・連携－３

- 複数の職種が一同に会することが困難な状況では、退院時カンファレンスと併せ、同一の職種間、例えば薬剤師であれば病院薬剤師が退院時薬剤情報管理指導等の仕組みを利用して、地域の薬剤師と効率的に薬学的な情報共有を図る体制整備が必要。

- 情報共有は重要であるが、療養の場による情報の優先度から、情報の中身も洗練すべき。**介護支援専門員**からの情報提供のニーズは高いが、提供された情報を本当に使っているのかということも、検討すべき。

- 歯科診療所から歯科医師、歯科衛生士が訪問して介護サービスを提供することとなるため、他の職種が理解しにくい部分もあるため、歯科について、必要性は理解されても、実際にサービスを提供するまでには結びつかない。介護支援専門員の果たす役割は大きく、口腔健康管理に対する理解を期待。今後、理解を深めるためにも研修が必要。

関係者・関係機関の調整・連携－４

- 介護施設へ歯科の訪問診療が増えているが、その内容は診療が中心で定期的なカンファレンスへの参加や摂食機能療法の実施は少なく、摂食機能療法の実施と定期的なカンファレンスへの参加を望む施設側の希望との乖離があり、これについて、協力歯科医療機関の役割の明確も含め、検討が必要。

リハビリテーション支援システム　導入実績

◆ 医療法人社団輝生会	初台リハビリテーション病院　様	（東京都）	フルシステム＋介護
	在宅総合ケアセンター元浅草　様	（東京都）	フルシステム＋介護
	在宅総合ケアセンター成城　様	（東京都）	フルシステム＋介護
	船橋市立リハビリテーション病院様	（千葉県）	フルシステム＋介護
	船橋市リハビリセンター　様	（千葉県）	フルシステム＋介護
◆ 医療法人社団三光会	誠愛リハビリテーション病院　様	（福岡県）	フルシステム＋介護（老健あり）
◆ 医療法人珪山会	鵜飼リハビリテーション病院　様	（愛知県）	フルシステム
◆ 医療法人社団恵仁会	366リハビリテーション病院　様	（東京都）	フルシステム
◆ 特定医療法人三和会	永山病院　様	（大阪府）	リハ部門（他社電子カルテ連携）
◆ 一般社団法人是真会	長崎リハビリテーション病院　様	（長崎県）	フルシステム＋介護
◆ 医療法人社団総生会	麻生総合病院　様	（神奈川県）	リハ部門（他社電子カルテ連携）
	麻生リハビリ総合病院　様	（神奈川県）	リハ部門（他社電子カルテ連携）
◆ 医療法人明和会	中通リハビリテーション病院　様	（秋田県）	リハ部門
◆ 医療法人アルペン会	アルペンリハビリテーション病院様	（富山県）	フルシステム
◆ 医療法人東光会	戸田中央リハビリテーション病院様	（埼玉県）	フルシステム
	戸田中央リハクリニック　様	（埼玉県）	フルシステム　介護
◆ 医療法人仁医会	あいちリハビリテーション病院　様	（愛知県）	フルシステム
◆ 医療法人陽心会	大道中央病院　様	（沖縄県）	リハ部門（他社電子カルテ連携）
◆ 香川医療生活協同組合	高松協同病院　様	（香川県）	フルシステム
◆ 社会福祉法人農協共済	別府リハビリテーションセンター様	（大分県）	フルシステム
◆ 社会福祉法人こうほうえん	錦海リハビリテーション病院　様	（鳥取県）	フルシステム＋介護
◆ 医療法人東樹会	あずまリハビリテーション病院　様	（愛知県）	フルシステム
◆ 医療法人社団筑波記念会	筑波記念病院　様	（茨城県）	リハ部門（他社電子カルテ連携）
◆ 医療法人康人会	適寿リハビリテーション病院　様	（兵庫県）	フルシステム
◆ 一般財団法人操風会	岡山リハビリテーション病院　様	（岡山県）	フルシステム
◆ 医療法人愛の会	光風園病院　様	（山口県）	フルシステム
◆ 医療法人社団健育会	竹川病院　様	（東京都）	フルシステム
◆ 医療法人喬成会	花川病院　様	（北海道）	フルシステム
◆ 医療法人社団健育会	ねりま健育会病院　様	（東京都）	フルシステム

ご清聴ありがとうございました。