

(スライド)

【シンポジウム】

「脳卒中地域医療にけるインディケーター研究」

班の紹介

事務局 国立循環器病センター

上原 敏志

2007年2月3日 市立箕面病院いろはホール
公開シンポジウム

継ぎ目なき質の高い 脳卒中地域医療をめざして

H18年～20年度厚生労働科学研究費補助金による
循環器病疾患等生活習慣病対策総合研究事業
「脳卒中地域医療におけるインディケータの選定と監査システムに関する
研究」主任研究者 峰松一夫

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

2007年2月3日 市立箕面病院いろはホール
公開シンポジウム

H18年～20年度厚生労働科学研究費補助金による 循環器病疾患等生活習慣病対策総合研究事業 「脳卒中地域医療におけるインディケータ の選定と監査システムに関する研究」

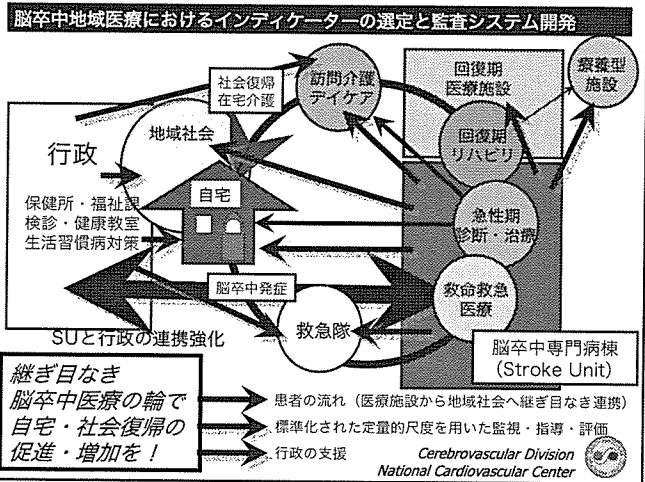
事務局担当
国立循環器病センター
上原敏志

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

研究組織

- 主任研究者
峰松一夫 国立循環器病センター 内科脳血管部門部長
- 分担研究者
安井信之 秋田県立脳血管研究センター 所長
長谷川泰弘 聖マリアンナ医科大学 神経内科教授
岡田 靖 国立病院機構九州医療センター 診療部長
成富博章 国立循環器病センター 内科脳血管部門部長

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center



Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

脳卒中診療の実態に関するアンケート調査

<p>質問1: 貴施設での急性期の脳卒中診療は、どのような体制で行っていますか？</p> <p>質問2: 貴施設での急性期の脳卒中診療は、どのような体制で行っていますか？</p> <p>質問3: 貴施設での急性期の脳卒中診療は、どのような体制で行っていますか？</p> <p>質問4: 貴施設での急性期の脳卒中診療は、どのような体制で行っていますか？</p>	<p>質問5: 貴施設での急性期の脳卒中診療は、どのような体制で行っていますか？</p> <p>質問6: 貴施設での急性期の脳卒中診療は、どのような体制で行っていますか？</p> <p>質問7: 貴施設での急性期の脳卒中診療は、どのような体制で行っていますか？</p> <p>質問8: 貴施設での急性期の脳卒中診療は、どのような体制で行っていますか？</p>
---	---

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

調査対象

全国約5500の脳卒中急性期専門医療機関及び
回復期脳卒中リハビリテーション施設

目的

- ✓平成10年度厚生科学研究「脳梗塞急性期医療の実態に関する研究(J-MUSIC)」(主任研究者: 山口武典)のアンケート調査結果と比較して、この間のわが国の脳卒中急性期診療実態の変化を明らかにする。
- ✓調査対象を急性期病院のみならず回復期リハビリ施設にも広げることにより、地域での脳卒中医療連携の実態を把握する。

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

中間解析結果

- 2006年12月までの回答施設 (n = 1120) -

急性期施設への質問

- ✓ 脳卒中専門病棟 (Stroke unit) がある: 17.4%
(8年前のJ-MUSIC: 3.2%, 2年前のSU研究: 8.3%)
 - ✓ 当直帯・休日も初診時から脳卒中に精通した医師が対応: 44.5% (t-PA承認前)→59.4%(承認後) (SU研究: 21.6%)
 - ✓ 平均在院日数 < 21日: 29.5% (J-MUSIC: 8.5%)
 - ✓ 次の施設への転院待ちの平均日数 > 2週間: 57.6%
- ### 回復期施設への質問
- ✓ 脳卒中発症から入院までの平均日数 > 4週間: 53.5%
 - ✓ 院内クリニカルパスを使用している: 20.3%

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center



客観的指標の使用率 (%)

- 複数回答可 -

	神経症状重症度		日常生活動作		
	NIHSS	JSS	mRS	BI	FIM
急性期施設	60.5	35.2	55.5	36.5	17.3
回復期施設	12.4	25.3	9.7	33.6	31.3

NIHSS: NIH Stroke Scale, JSS: Japan Stroke Scale
mRS: modified Rankin Scale, BI: Barthel Index
FIM: Functional Independence Measure

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center



脳卒中地域医療における インディケータの選定

脳卒中急性期インディケータの選定 (エビデンスに基づいて)

- 海外のインディケータ
- Stroke Unit 研究 (平成16~17年度厚生労働科学研究、主任研究者: 峰松一夫) の解析結果

脳卒中地域医療全体のインディケータの選定

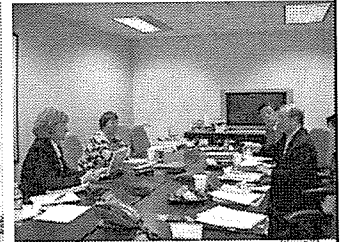
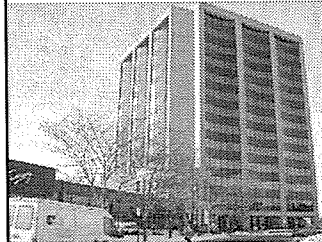
Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center



海外視察

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

ブレインアタック連合の勧告に基づいて、米国及び一部海外の一次脳卒中センター (primary stroke center) の認証を行っている。



イリノイ州、オークブルック

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center



米国JCAHOが用いているインディケータ

1. 深部静脈血栓症の予防
2. 退院時の抗血栓薬投与
3. 心房細動合併患者に対する抗凝固療法
4. t-PA静注療法の検討
5. 入院48時間以内の抗血栓療法の実施
6. 脂質プロファイルの測定
7. 嚥下機能評価
8. 脳卒中教育
9. 禁煙指導
10. リハビリテーション計画策定

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center



英国National Sentinel Stroke Auditのインディケータ


1. Stroke unitで治療を受けた患者数
2. 在院期間の50%以上をSUで過ごした患者数
3. 入院後24時間以内の嚥下機能評価施行患者数
4. 24時間以内のCT施行数
5. 48時間以内のアスピリン投与例数
6. 72時間以内の理学療法士の評価完了数
7. 7日以内の作業療法士の評価完了数
8. 入院期間中の体重測定施行数
9. 退院時の患者の心理評価終了数
10. 退院時の抗血栓薬投与患者数
11. リハビリゴールを多職種チームで設定した数
12. 退院前の自宅訪問数

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center



デンマークNational Indicator Projectのインディケーター


1. 24時間以内にSUに入院した率 > 90%
2. 入院48時間以内の抗血小板薬投与率 > 95%
3. 心房細動合併患者に対する抗凝固療法率 > 60%
4. 24時間以内のCT/MRI施行率 > 90%
5. 24時間以内の理学療法評価の実施率 > 90%
6. 24時間以内の作業療法評価の実施率 > 90%
7. 24時間以内の嚥下機能評価 > 90%
8. 1,3,6,12ヶ月目の死亡率 < 20%

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center 

Stroke unit 研究の最終解析

わが国のエビデンスに基づくSUの定義・条件を明らかにし、SUで提供される医療の質を評価可能なものとする
ことを目的とした多施設共同前向き研究


1. 対象: 発症後3日以内に入院した完成型脳卒中患者(くも膜下出血を除く)
2. 調査方法: 全例前向き登録
登録追跡期間: 平成16年12月1日~平成17年12月31日
(発症3ヶ月目の追跡調査終了は平成18年3月31日)
調査用紙回収とデータ解析は本研究班が引き継いだ

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center 

登録症例


6815例 (全国 84 施設)

- 年齢 71.0 ± 12.2 (13 - 103) 歳
- 男性 4062例 (59.6%)
- 脳梗塞 4629例 (67.9%)
- 入院時NIHSS 9点 (中央値)

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center 


解析内容

入院28日以内の神経症候の増悪・合併症と診療プロセス(ギャッチアップ負荷試験、入院後24時間以内の嚥下機能評価およびリハビリ計画、クリニカルパス使用)との関連性

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center 


診療プロセスの施行率

- ギャッチアップ負荷試験 43.2%
- 嚥下評価 (入院後<24h) 16.6%
- リハビリ計画 (入院後<24h) 23.7%
- クリニカルパス使用 24.2%

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center 

神経症候の増悪との関連 (多変量解析)

	Odds	95%CI	p value
年齢	0.996	0.990-1.002	0.186
男性	0.853	0.737-0.989	0.035
入院時NIHSS	1.029	1.021-1.036	<0.001
脳梗塞	1.763	1.456-2.136	<0.001
脳血管閉塞性病変	1.866	1.590-2.191	<0.001
ギャッチアップ負荷	0.838	0.723-0.971	0.018
嚥下評価 (<24h)	1.131	0.924-1.383	0.232
リハビリ計画 (<24h)	1.088	0.917-1.291	0.333
クリニカルパス使用	1.004	0.847-1.190	0.964

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center 

誤嚥性肺炎の合併との関連（多変量解析）

	Odds	95%CI	p value
年齢	1.046	1.037-1.056	< 0.001
男性	1.973	1.616-2.409	< 0.001
入院時NIHSS	1.073	1.064-1.082	< 0.001
脳梗塞	0.758	0.602-0.955	0.019
脳血管閉塞性病変	1.793	1.435-2.241	< 0.001
ギャッチアップ負荷	0.894	0.735-1.087	0.262
嚥下評価 (< 24h)	0.559	0.396-0.790	0.001
リハビリ計画 (< 24h)	1.070	0.843-1.358	0.579
クリニカルパス使用	0.696	0.539-0.900	0.006

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

ギャッチアップ負荷試験、クリニカルパス使用、入院後 24時間以内の嚥下機能評価は、神経症候の増悪や合併症予防に有効であることが示唆され、これらの診療プロセスを行うSUを普及させることが必要である。

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

脳卒中急性期インディケーター

SU研究の解析結果及び海外のインディケーターをもとに選定

- ✓ 頭部CT/MRI（入院後24時間以内）
- ✓ 来院からt-PA療法施行までが1時間以内
- ✓ 嚥下評価（入院後24時間以内）
- ✓ ギャッチアップ負荷
- ✓ クリニカルパスの使用
- ✓ PT評価（入院後3日以内）
- ✓ 多職種によるカンファレンス
- ✓ 心房細動を有する脳梗塞患者に対するワーファリン使用
- ✓ 頸動脈エコー or MRAによる頸動脈病変評価
- ✓ 深部静脈血栓症の予防
- ✓ 脂質検査、禁煙指導、脳卒中教育
- ✓ 入院期間、入院時NIHSS、退院時mRS

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

脳卒中急性期インディケーターに関する pilot study (分担研究者所属施設での調査実施)

施設名	実施期間	対象患者数	達成率 (%)
秋田医療圏	2006.10.1 - 2007.3.31	100	85
川崎市広域医療圏	2006.10.1 - 2007.3.31	150	75
大阪北部地域	2006.10.1 - 2007.3.31	200	65
福岡市周辺地域医療圏	2006.10.1 - 2007.3.31	120	90

National Cardiovascular Center

脳卒中地域医療インディケーター（私案）

病院前のケア（救急隊）

- ✓ 119番から病院到着までの時間
 - ✓ 脳卒中プレホスピタルスコアの使用率
 - ✓ 脳卒中勉強会、検討会の開催
- 地域医療連携（回復期施設～）
- ✓ 脳卒中発症から回復期リハビリ施設入院までの期間
 - ✓ 地域医療連携パス使用率
 - ✓ 多職種によるカンファレンス（リハビリゴール設定）
 - ✓ 6、12ヶ月後の日常生活動作
 - ✓ 地域医療連携会の開催
 - ✓ 心房細動を有する患者に対するワーファリン使用率

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

各モデル地域での活動

1. 秋田医療圏
2. 川崎市広域医療圏
3. 大阪北部地域
4. 福岡市周辺地域医療圏

朝日新聞 2006.9.29

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

最後に

日本の脳卒中医療の向上をめざして！
脳卒中地域医療全体の質の向上に取り組む

救急隊から、急性期施設・回復期リハビリ
施設・療養型施設・在宅介護に至るまでの、
多職種の方々のご協力が不可欠です。
何卒よろしくお願い申し上げます。

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center



(スライド)

【シンポジウム】
秋田医療圏の紹介

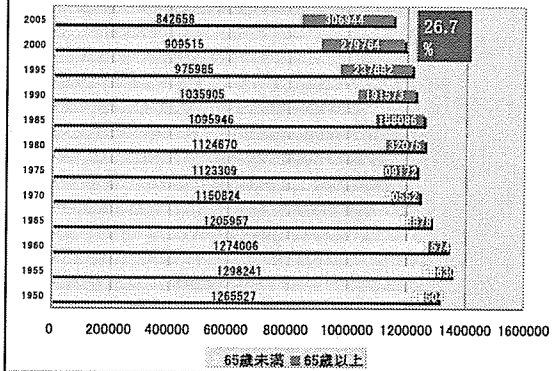
秋田県立脳血管研究センター

鈴木 明文 先生

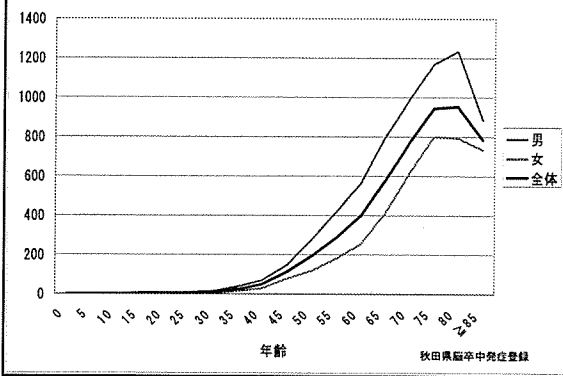
全国から見た秋田県の地位 (2005年)

自殺 (39.1/10万人)	1位
がん死亡率 (337.2/10万人)	1位
脳卒中死亡率 (161/10万人)	2位
死亡率 (11.4/千人)	3位
米収穫量 (544000t)	3位
総面積 (11612.22km ²)	6位
総人口 (1149602人)	36位
人口密度 (98.6人)	45位
年間日照時間 (1414時間)	47位
出生率 (6.7/千人)	47位

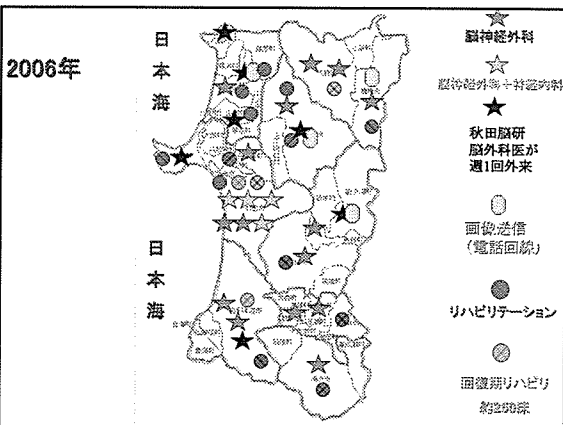
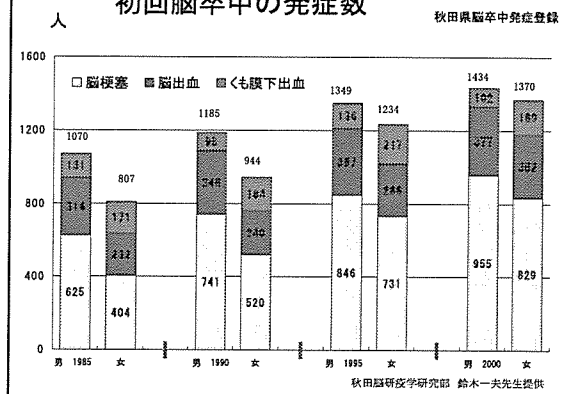
秋田県における65歳以上の人口



脳卒中発症率 (対10万人)

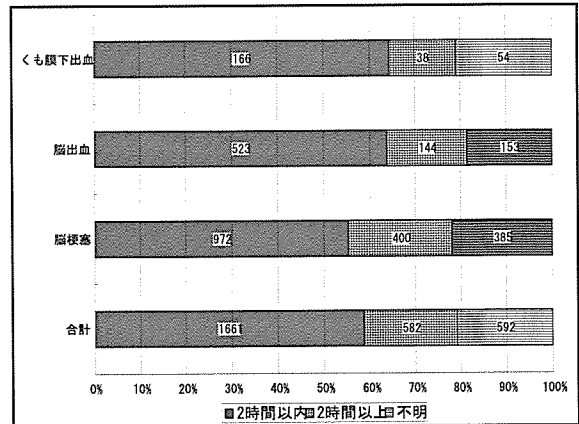
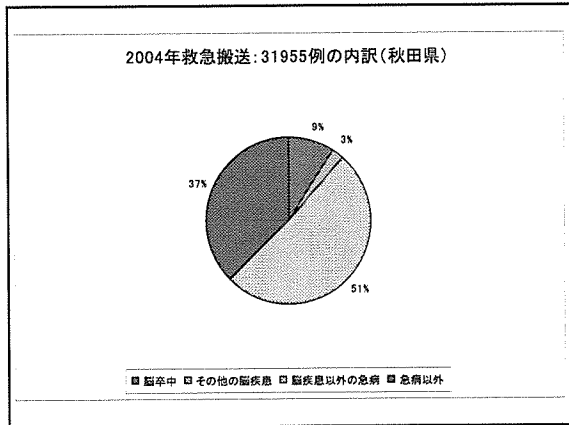


初回脳卒中の発症数



介護老人福祉施設(特養): 87施設、5127人
 介護老人保健施設(老健): 50施設、4977人
 介護療養型医療施設 : 15施設、597人
 認知症対応型共同生活介護施設(グループホーム)
 : 131施設、1524人
合計: 283施設、12225人

秋田県: 2005年4月



秋田県の脳卒中医療の現状

- 組織立った医療連携がない。
長い歴史の中で地域完結型に個々の施設同士で連携が出来ているが、必ずしも患者中心ではなく医療側の事情が優先することが多い。
- 学術集会有るが医療を協議する場はない。
医療あるいは介護にたずさわるスタッフが集まり、急性期から始まる長期の療養について患者中心に情報交換を行ったり協議する場がない。2007年4月以降に秋田県医師会を中心に立ち上げる予定。
- 回復期リハビリテーション施設と介護施設が不足している。
- 急性期に関わる神経内科医が少ない。

秋田県: 県北ストローク・グループ
大館市立総合病院、山本組合総合病院、北秋中央病院、秋田労災病院、鹿角組合総合病院

脳神経外科
rt-PA iv → 症例検討会

↓

モデル地区としてモニター

(スライド)


【シンポジウム】

川崎市広域医療圏の紹介

聖マリアンナ医科大学

長谷川 泰弘 先生

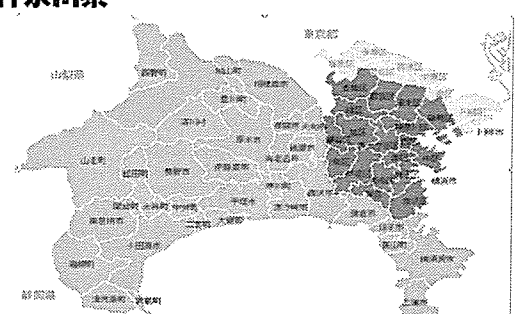
公開シンポジウム 2007.2.3 筑西市立病院



川崎市の脳卒中医療 Indicator研究に向けて

聖マリアンナ医科大学
神経内科 長谷川泰弘
佐々木 直

神奈川県



神奈川県総人口：884万人（横浜市360万人、川崎市134万人）

川崎市の脳卒中の予測



川崎北部地区	572,707人
川崎南部地区	572,707人

平成18年9月1日現在

高津区	157,309
幸南区	200,323
宮前区	209,149
高津区	205,079
中原区	213,839
幸区	144,951
川崎区	205,656

川崎市総人口：1,342,232人（平成18年9月1日現在）

川崎市の救急の現状 (1)

FDMA 総務省消防庁

疾病分類別では、循環器系の疾患が多く、脳疾患および心疾患等で 56万8,381人 (21.3%) と多く、脳疾患は全体の11.5%と最多である。特に高齢者では、その割合が高くなっており30.2%を占めている。

また、罹病程度である中等度以上の割合は51.0%となり、高齢者では、66.4%とさらに高くなっている。

➡ 脳疾患の占める割合が増加している。

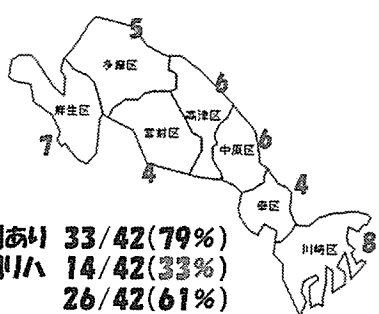
川崎市の救急の現状 (2)

神奈川県の場合はどうなのか??

総務省消防庁 平成17年度調査結果 - 救急の概要 (速報 平成18年9月8日)

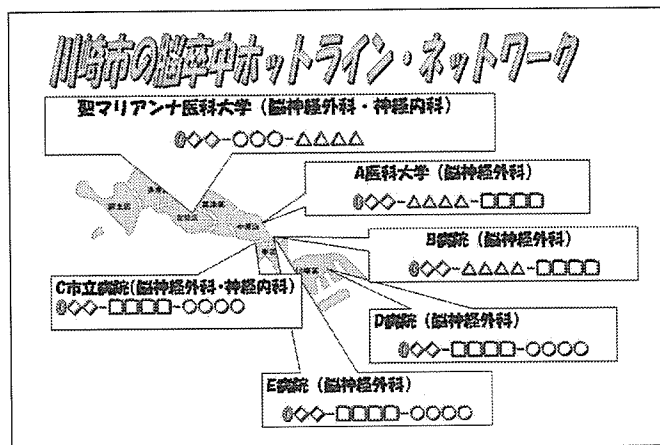
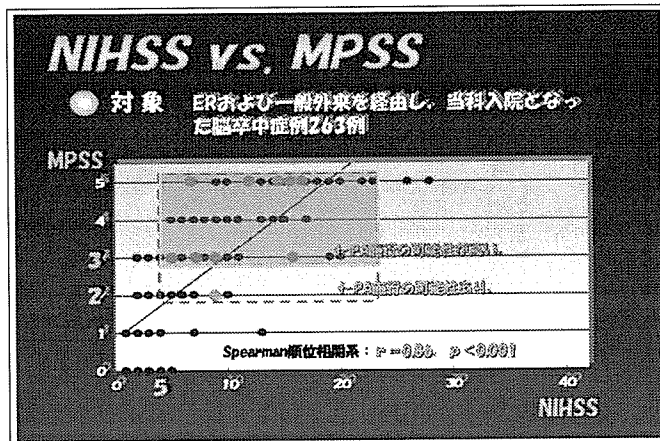
- 急病に係る救急自動車出動件数の状況 (全国：2,953,471件)
第1位 東京都 (413,972件) 第2位 大阪府 (296,216件)
第3位 神奈川県 (231,447件)
- 現場到着所要時間別の出動件数の状況 (全国平均：6.4分)
神奈川県：6.0分
(東京都：7.4分、大阪府：5.9分、最長時間：5.5分)
- 収容所要時間別の搬送人員の状況 (全国平均：30.0分)
神奈川県：29.8分
(東京都：41.6分、大阪府：23.4分(最長時間))

訪問看護ステーション42ヶ所(平成18年)



24時間連絡体制あり	33/42 (79%)
PT,OTによる訪問リハ	14/42 (33%)
小児訪問看護可	26/42 (61%)
精神科訪問看護可	19/42 (45%)

Maria Prehospital Stroke Scale (MPSS) Ver.2



脳卒中救急ネットワークの構築

- 脳卒中発生時における適切な行動・対処に関する一般住民への教育。
- Pre Hospital Action の円滑化
 - ★ Pre Hospital Stroke Scale の活用
 - ★ 救急隊を対象とした Face to Face Conference
 - ★ t-PA 施行可能な専門病院の特定・明確化
 - ★ 脳卒中ホットラインの設置
 - ★ 脳卒中受け入れ専門病院の病院間ネットワーク

Personal Digital Assistance (PDA)

t-PA 評注療法における "Doctor's delay" の削減を目的として!

今後の活用法として...

- (1) 救急隊での簡易脳卒中検査
- (2) CT 施行は可能であるが、マンパワーが不足しているため、t-PA 施行管理が出来ない施設 (救急隊の活用)
- (3) 救急隊による受診した方が救急隊を介して、MPSS 対応であるため、血管内治療などにも活用可能

t-PA 評注療法オプション・パス

Prehospital Action "Call 119" → 共通の脳卒中スケール「MPSS」による救急隊トリアージ

- 救急隊による最終不発症時刻の把握。
- 最終不発症時刻から3時間以内、かつMPSSスコアが2以上の場合、t-PA 評注療法施行の適応が考えられる。(患者家族両側の了解を得る)
- ホットラインによる脳卒中救急隊への連絡、「断片含む」脳卒中治療体制。
- 地域による脳卒中ネットワーク連携とt-PA 評注療法施行可能な病院の明確化。

In-hospital Action ※ ネットワーク・レシーバーが緊急受け入れ体制の連絡を行う。

- 脳卒中救急連絡にて、救急車到着後 (約5分後) には緊急治療体制の初期開始 (ER への連絡)
- ストローク・チーム (神経内科/脳神経外科) へ連絡 (t-PA 全員参加型: チームリーダーへの連絡)
- ベッド・コントローラー (SOU/病棟) へ連絡

発症から3時間以内 (Time limit: 2.5hr) → t-PA 施行可能な専門病院へ連絡

軽症から3時間以上 → t-PA 施行可能な専門病院へ連絡 (重症/重症) 各々の治療を優先

t-PA 評注療法: 事前に、vital sign・血液検査

- NIH Stroke Scale
- 脳造影CT → 体置測定

t-PA 施行有無に関する説明同意書

脳出血、くも膜下出血 (パス使用可能)

t-PA (0.9mg/kg/hr: iv/diw) 療法施行: 進行度を約6分以内で終了し、速やかにSOUもしくは治療室へ入室。

電子カルテのデータを利用した インタビュー測定方法の開発

脳卒中Indicatorを、できる限り電子カルテの情報のみから自動的に収集可能とする方法を開発する。

- Step1 聖マリアンナ医科大学電子カルテ(Maria II)をベースに現在構築中
自動収集可能とするために必要な付加情報
信頼性の高い収集法と入力方法
- Step2 川崎市の広域医療圏で用いられている様々な電子カルテにも利用可能な、汎用性、信頼性の高いデータ収集法へ
- Step3 手上げ方式でIndicator収集

(スライド)

【シンポジウム】
大阪北部医療圏の紹介

国立循環器病センター
長東 一行 先生

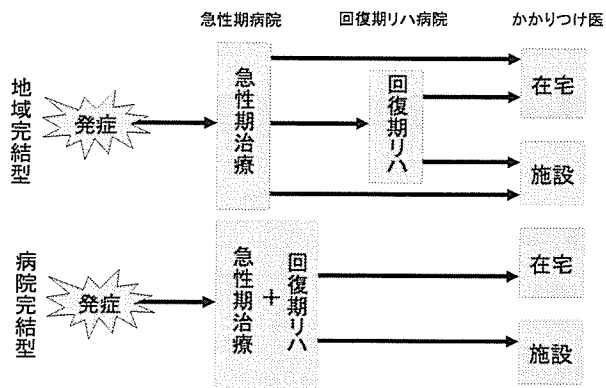
公開シンポジウム
 “継ぎ目のない質の高い脳卒中地域医療をめざして”

大阪北部医療圏の紹介

国立循環器病センター内科脳血管部門
 長束一行

National Cardiovascular Center

地域完結型と病院完結型



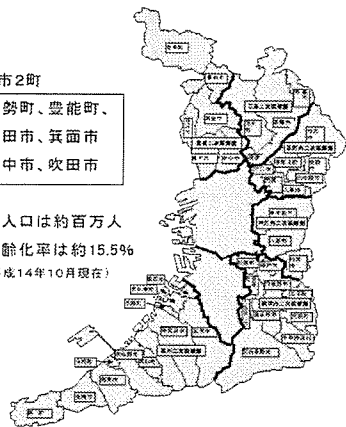
National Cardiovascular Center

豊能2次医療圏

4市2町

能勢町、豊能町、
池田市、箕面市
豊中市、吹田市

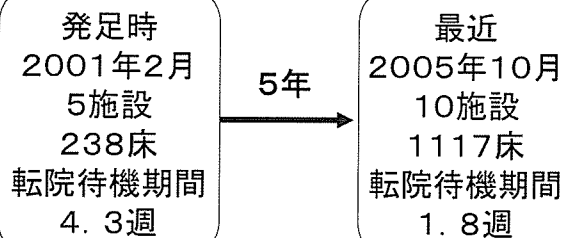
総人口は約百万人
 高齢化率は約15.5%
 (平成14年10月現在)



National Cardiovascular Center

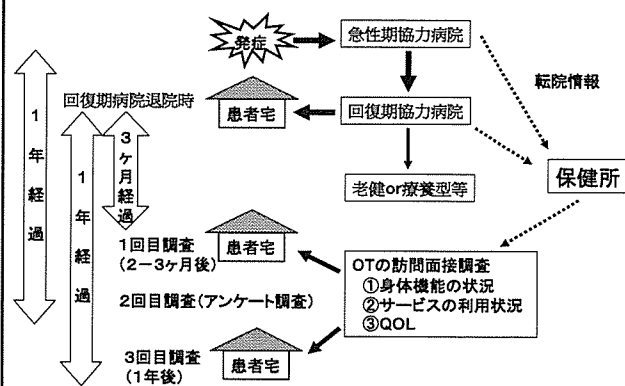
地域リハビリテーション推進事業

回復期病院の施設・病床の変化



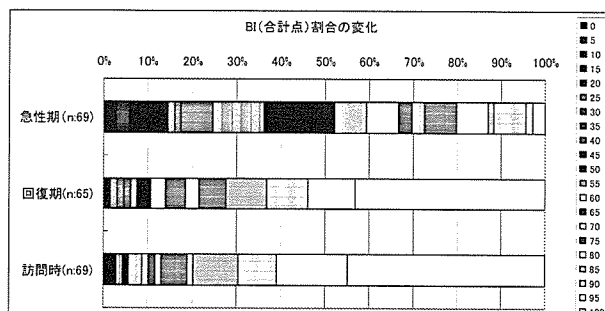
National Cardiovascular Center

モデル事業

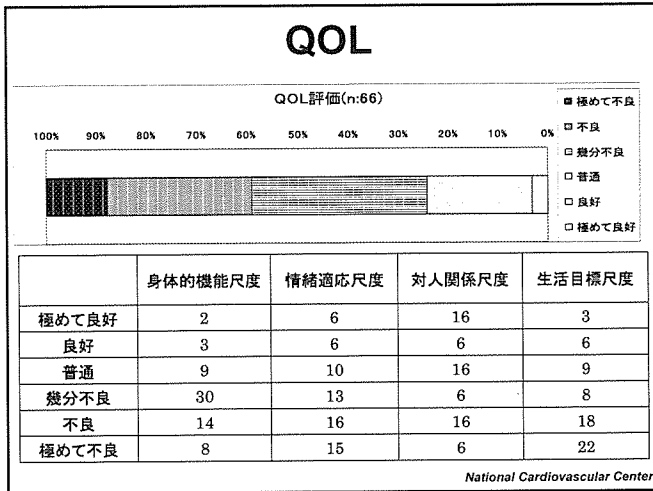


National Cardiovascular Center

ADLの変化



National Cardiovascular Center



モデル事業でなにが分かったか

- ADLの割にQOLが悪い。
生き甲斐を持っている、短期の達成目標をうまく立てている例ではQOLが改善している。
- 再発・死亡が多い。
再発: 14/140例
心原性脳塞栓症 6例
脳出血 4例
アテローム血栓性脳梗塞 3例
死亡: 11/140例
癌2例、頭部外傷2例、肺炎3例など
- 情報の伝達が不十分
- 退院後十分な医療や介護を受けていない例もある。

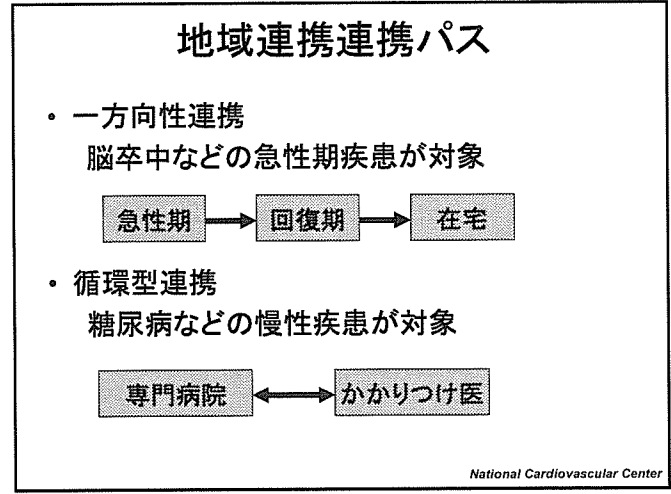
National Cardiovascular Center

第5次医療法改正

医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進

- ・医療計画制度を見直し、地域連携クリティカルパスの普及等を通じ、医療機能の分化・連携を推進し、切れ目のない医療を提供する。
- ・早期に在宅生活へ復帰できるように在宅医療の充実を図る。
- ・医療計画に、脳卒中、がん、小児救急医療等事業別の具体的な医療連携体制を位置付け
- ・医療計画に分かりやすい指標と数値目標を明示し、事後評価できる仕組みとすること
- ・退院時調整等在宅医療の推進のための規定整備

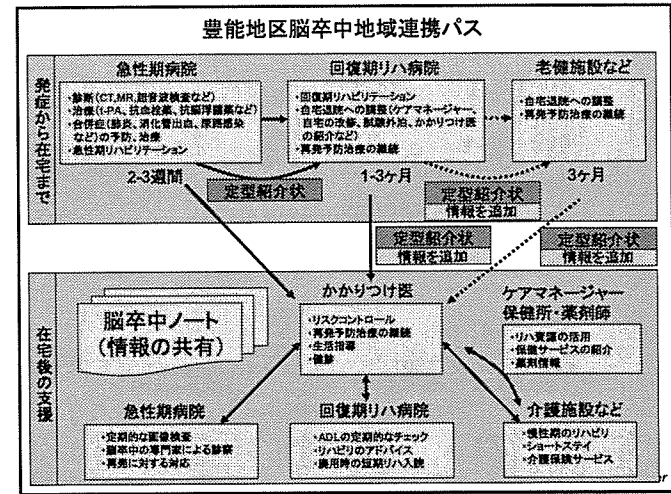
National Cardiovascular Center



豊能地区脳卒中地域連携パスの提案

1. 連続したパスシートは新たに作成しないで、各施設のパスを利用する。
2. その代わりに、多職種の情報がもれずに、急性期病院、回復期リハ病院、かかりつけ医に伝わるシステムを構築。 → 定型紹介状の改訂
3. 情報を共有し、退院後も多施設・多職種がサポートする体制を構築。 → 脳卒中ノート
4. 臨床指標の設定・公開により医療水準の評価・標準化を計る。

National Cardiovascular Center



どのような情報を共有すべきか？

1. 危険因子とコントロール目標

高血圧
高脂血症
糖尿病
喫煙・飲酒習慣

必要に応じて
急性期病院の機能を
利用

2. 血管病変

頸動脈・脳血管
冠動脈
ASO
大動脈

急性期病院で定期的に
フォロー

National Cardiovascular Center

どのような情報を共有すべきか？

3. 投薬

降圧剤、高脂血症薬、血糖低下剤
抗血小板剤
抗凝固薬

コンプライアンス

4. 病変と症候

CT・MRI所見 → 急性期病院が定期的にチェック

ADL → 回復期リハ病院が定期的にチェック

QOL → 保健所？

廃用による機能低下があれば、短期入院

National Cardiovascular Center

臨床指標

・維持期の指標

死亡
再発
危険因子のコントロール達成度
投薬コンプライアンス
合併症(肺炎、骨折etc.)
他の血管疾患
血管疾患以外の疾患
ADL
QOL

National Cardiovascular Center

定型紹介状

重症地域リハビリテーション連絡会 Ver.1.1
地域連携バス用紹介状（急性期病院→回復期リハ病院 → かかりつけ医・在宅医）

患者氏名		性別	年齢	性別	年齢
氏名		男	65	女	72
急性期病院		診療科	入院日数		
外来西薬院		診療科	入院日数		
回復期リハ病院		診療科	入院日数		
休養科		その他			
病名					
既往歴					
アレルギー					
検査結果					
その他					

National Cardiovascular Center

定型紹介状

現在患部、既往歴、コントロール状況		
その他		
診断結果		
治療方針		
MMSE		
その他の		
備考		

National Cardiovascular Center

定型紹介状

ワーキング (有・無)	
最終 INR値	
コントロール目標 INR	
最終検査日時	
リスクコントロール目標	
血圧	
血糖	
尿酸	
その他	
備考	
備考	
備考	
備考	

National Cardiovascular Center

脳卒中ノート

目標は社会生活に復帰し、生活の質を高めることです。まず達成可能な目標を立て、どのくらい到達しているか定期的にチェックして、達成できなかったら新たな目標をもって取り組みましょう。
生き甲斐を見つけましょう。

記録日 年 月 日

項目	具体的な目標
身の回りのこと	食事: 排泄: 着衣: 入浴: 整容:
家庭での役割	家事: その他:
移動・外出	移動方法: 外出先:
趣味活動への参加	趣味の内容:
就労等社会参加	
生き甲斐	

目標達成度

記録日 年 月 日

目標達成度を3ヶ月に一度程度、評価しましょう。
○:出来た、△:少し出来た、×:出来なかったを各項目について記入して下さい。

項目	目標達成度
身の回りのこと	食事: 排泄: 着衣: 入浴: 整容:
家庭での役割	家事: その他:
移動・外出	移動方法: 外出先:
趣味活動への参加	趣味の内容:
就労等社会参加	
生き甲斐	

National Cardiovascular Center

(スライド)

【シンポジウム】

福岡市・周辺医療圏の紹介

国立病院機構九州医療センター

齊藤 正樹 先生