

(福岡公開シンポジウム発表スライド)

【特別講演】

「日本の脳卒中医療の現状について」

演者： 国立循環器病センター

主任研究者 峰松 一夫

公開シンポジウム
「総目なき質の高い脳卒中地域医療をめざして」

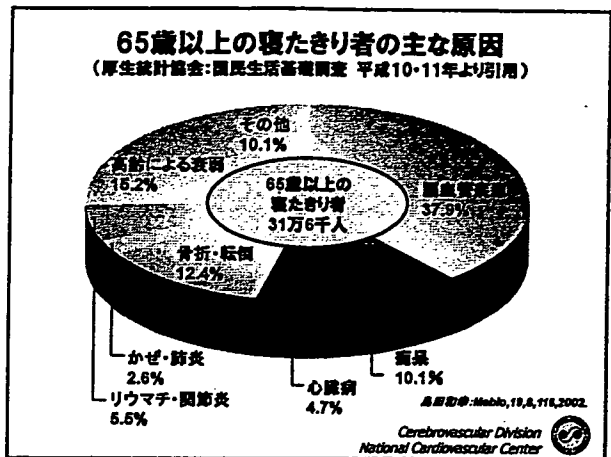
日本の脳卒中医療の現状について

主任研究者 国立循環器病センター-内科脳血管部門
峰松 一夫

厚生労働科学研究費補助金
「脳卒中地域医療におけるインディケーターの設定と
監査システムの開発に関する研究」班

国立病院機構九州医療センター3階講堂 2008/02/09

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center



わが国における脳卒中は
国民死因の第3位、要介護性疾患の首位(30~40%)

脳卒中はシンドラ病

脳梗塞はどうせ治らない病気です
実は治せる

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

rt-PA静注療法の威力: NINDS試験

✓ t-PAで100人中31人がほぼ無症候、偽薬では20人
✓ t-PAで100人中39人がADLに障害を残さず、偽薬では26人

NINDS rt-PA Stroke Study Group:
N Engl J Med 333:1581-87, 1995

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

t-PA静注法: わが国の動き

- ✓ 1993 DuteplaseのRCT
- ☆☆☆ 1995 NINDS成績公表
- ☆☆☆ 1996 米国で認可
- ✓ 1999 t-PA 承認の要望書 (日本脳卒中学会)
- ✓ 2002 J-ACT試験開始
- ✓ 2004 J-ACT終了
- ✓ 2005,10 適応拡大認可

脳梗塞で保険適用
早期投与による効果確認

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

7D: 脳梗塞超急性期診療の流れ

発見 → 出発 → 情報 → 方針決定 → 治療開始

発見から病院到着まで 3時間以内

発見からt-PA投与開始まで ≤ 3時間

≤ 10分でバイタルチェック

≤ 25分でCT撮影

≤ 45分でCT読影

≤ 60分でt-PA投与開始

Guideline from American Heart Association
Circulation 2000

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

(中) 日本脳卒中学会
脳卒中医療向上・社会保険委員会*
 アルテプラゼ適応拡大承認 (2005.10.11) 後に何を行ったか?

1. rt-PA (アルテプラゼ) 静注療法指針部会
 部会長: 山口武典, 委員: 高田達郎, 峰松一夫, 他8名
 rt-PA(アルテプラゼ) 静注療法適正治療指針を作成
 脳卒中 2005;27:327-354 日本脳卒中学会ホームページ
2. rt-PA(アルテプラゼ) 適正使用部会
 部会長: 端 和夫, 委員: 斉藤勇, 福内靖男, 他10名
 rt-PA(アルテプラゼ) 静注療法実施講習会
 全国で171回開催, 9,334名受講 (2005年10月~2007年3月)

*2007年3月より, 峰松が委員長を担当

日本脳卒中学会医療向上・社会保険委員会が提案する
rt-PA静注療法の施設基準

- ① CTあるいはMRIが24時間可能である。
- ② 急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を持つ医師(日本脳卒中学会専門医など)を中心とするストロークチーム及び設備 (SCUあるいはそれに準ずる病棟) を有する。
- ③ 脳外科的処置が迅速に行える。
- ④ 実施担当者が日本脳卒中学会の承認する本案使用のための講習会を受講し, その証明を取得する。

ただし, 発症24時間以内の急性期脳梗塞を多く (たとえば年間50例程度) 診察している施設の実施担当者については, 本案使用前の講習会の受講を必須とはしないが, できるだけ早期に受講することが望ましい。

Cerebrovascular Division
 National Cardiovascular Center

rt-PA静注療法の施行%頻度 (承認前後の変化)

Cerebrovascular Division
 National Cardiovascular Center



国立循環器病センター
IV-tPAの割合 '05/10/11~'06/10/10

✓ 発症<3hの緊急受診285例中 132例(46%)が脳梗塞
 ✓ 脳梗塞132例中40例 (30%)にtPA治療

発症7日以内の脳梗塞410例の10%にtPA

Cerebrovascular Division
 National Cardiovascular Center

国循のiv-tPAの治療成績 '05/10/11~'07/4/11

Baseline	12	4 - 26
2h later	9	2 - 20
24 h	8	0 - 24
3 wk	3	0 - 25

$\Delta(-\text{NIHSS}) \geq 4$	26/56	46%
mRS 0-1, 3wk	23/55	42%
mRS 0-1, 3m	27/55	49%
Fatal	0	
Symptom. ICH	2	4%

Cerebrovascular Division
 National Cardiovascular Center

BRAIN ATTACK マスメディアへの浸透

発症3時間「tPA使えるか」



新薬の登場 時間との闘い

一晩中チェック わずかな変化も見逃さない

Primary Stroke Center (PSC)

ブレイン・アタック連合 (Brain Attack Coalition, BAC) の勧告

- 病院全体/事務の支援
- 急性期脳卒中診療チーム
- 文書化された診療プロトコル
- 救急医療システム
- 救急診療部
- 脳卒中ユニット (stroke unit)
- 脳外科手術
- 神経放射線
- 検査室
- 転帰/質の改善
- 患者教育プログラム

Alberts MA, et al.
JAMA 2000;283:3102-3109
Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)


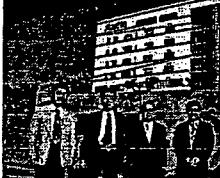

ブレインアタック連合の勧告に基づいて、米国及び一部海外の一次脳卒中センター (primary stroke center, PSC) の認証、監査を行っている。

イリノイ州、オークブルック



オーストラリア訪問 (2007年10月29, 30日)

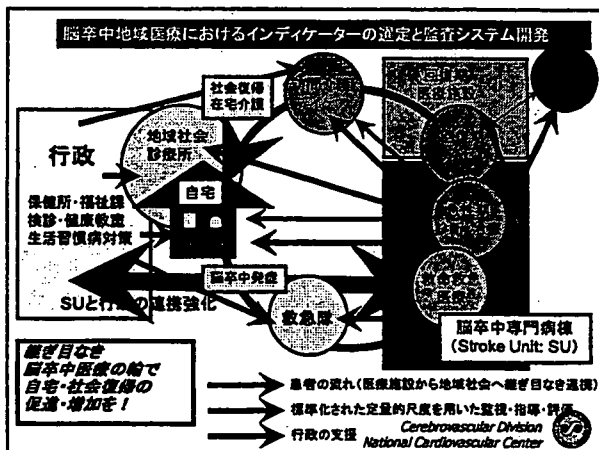
Austin Hospital (メルボルン市)
✓オーストラリア脳卒中の中心人物
Donnan教授が主催

ドイツ訪問

- ✓ハイデルベルグ大学のKopf Klinik (独を代表する脳卒中急性期施設)
- ✓Kliniken Schmieder (リハビリ施設)



各群からみた連携が非常に良好もしくは一部良好の割合

00

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

かかりつけ・専門医を往復
脳卒中ケア地域連携
ノートに経過、情報共有

各モデル地域での活動

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

大阪北部地域(豊能医療圏)
✓リハビリテーション連絡会を年4回のペースで開催
✓地域連携バスや脳卒中ノートの原案を作成し、これらの予備的使用を開始

朝日新聞 2008. 9.29

MI-0 脳卒中等(法第1-第4項)
脳卒中地域連携に於けるメンバー
連携と医療アクセスの確保に関する取組

Cerebrovascular Division
National Cardiovascular Center

医療法の改正

平成18年法律第84号、以下「改正法」

- ✓ 【法第30条の4第1項】厚生労働大臣が医療提供体制の確保に関する基本方針を定め、都道府県はその基本方針に即して、かつ、それぞれの地域の实情に応じて医療計画を定めること
- ✓ 【医療計画の記載事項】新たに、4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)、5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、産産期医療、小児医療)の確保に必要な事業に関する事項、さらにこれらの疾病及び事業に係る医療提供施設相互の医療連携体制に関する事項
- ✓ 【策定に当たっての留意点】
④ただし、医療と介護・福祉の緊密な連携が求められる典型的な疾病という観点から、脳卒中の医療体制に関しては優先的な取組が必要であり、19年度中にその体制構築を確保する具体的な方策を定められたいこと

Thank you for your attention!

(福岡公開シンポジウム発表スライド)

【シンポジウム】

「脳卒中地域医療におけるインディケータの選定
と監査システム開発に関する研究」班の紹介

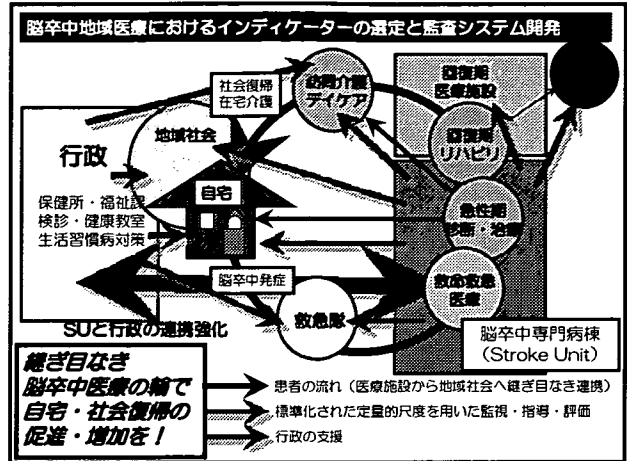
演者： 国立循環器病センター
事務局 古賀 政利

2008年2月9日 国立病院機構九州医療センター 於
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開発 に関する研究班の紹介

研究班中央事務局



背景および目的

✓ 欧米では、適切なインディケータを用いて脳卒中急性期医療の質を評価するシステムが確立しつつある

英国: 12項目のインディケータ (国営)
デンマーク: 8項目のインディケータ (国営)
米国: 一次脳卒中センターを認証 (JCAHO)

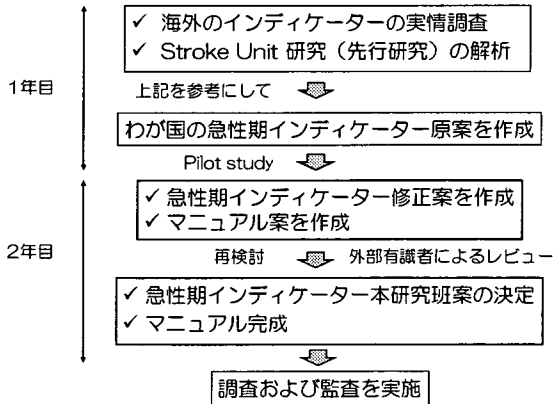
最近、ドイツ、カナダ、オーストラリア等でもわが国にはない ⇒ 本研究班案を作成

✓ 脳卒中地域医療連携の質を評価するシステムを確立している国はない

本研究班の研究課題

1. 脳卒中急性期インディケータの選定と監査システムの開発
2. 脳卒中センター施設基準の提案 (t-PA静注療法承認後の救急体制の再構築)
3. 脳卒中地域医療連携への取り組み

1. 脳卒中急性期インディケータの選定



本研究班の脳卒中急性期インディケータ案

- Process
1. 初診医が脳卒中診療担当医
 2. SUでの治療
 3. 頭部CT/MRI (入院後24時間以内)
 4. 脳血管 (頸動脈) 病変の評価
 5. t-PA静注療法施行率
 6. 来院からt-PA療法施行までが1時間以内
 7. 抗血栓療法 (入院後48時間以内)
 8. Afを有する脳梗塞例に対するワルファリン療法
 9. 嚥下機能評価 (入院後24時間以内)
 10. PT評価 (入院後3日以内)
 11. 多職種によるカンファレンス
 12. 脂質検査
 13. 深部静脈血栓症の予防

本研究班での脳卒中急性期インディケーター案

- Outcome
1. 入院患者数（発症後3日以内例）
 2. 入院期間
 3. 入院時NIHSS
 4. 退院時mRS
 5. t-PA静注療法施行患者の退院時

脳卒中急性期インディケーター
マニュアル（案）
2021年度版

1. 概要	1
2. 脳卒中急性期インディケーター/認定対象患者	4
3. 急性期インディケーター	7
4. 脳卒中急性期インディケーター/認定対象患者	11
5. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	14
6. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	17
7. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	21
8. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	24
9. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	27
10. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	30
11. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	33
12. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	36
13. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	39
14. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	42
15. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	45
16. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	48
17. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	51
18. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	54
19. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	57
20. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定	60

脳卒中急性期インディケーター案
（案）
2021年度版

1. 概要

2. 脳卒中急性期インディケーター/認定対象患者

3. 急性期インディケーター

4. 脳卒中急性期インディケーター/認定対象患者

5. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

6. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

7. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

8. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

9. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

10. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

11. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

12. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

13. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

14. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

15. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

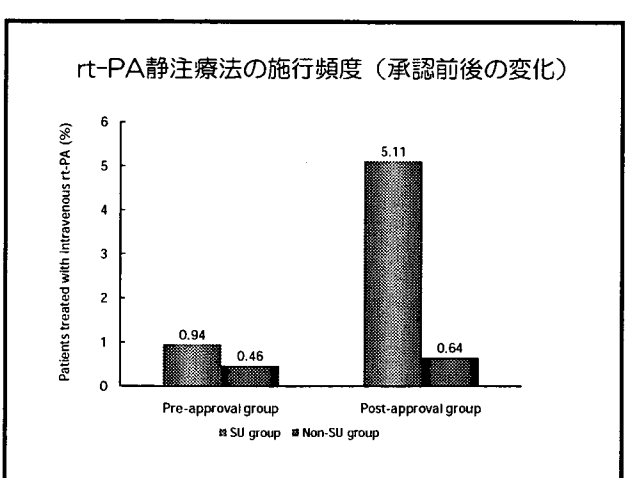
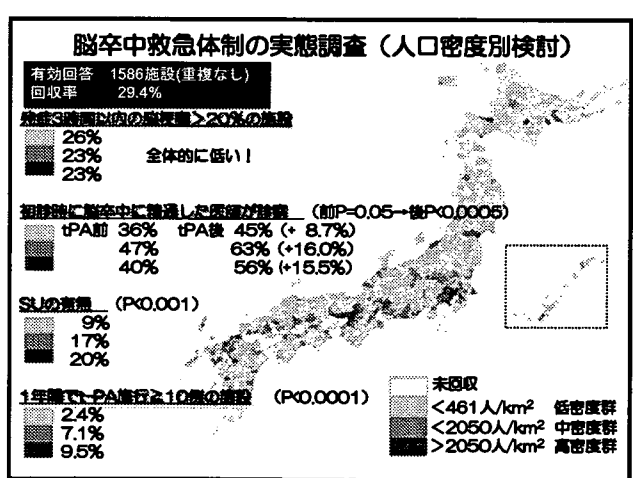
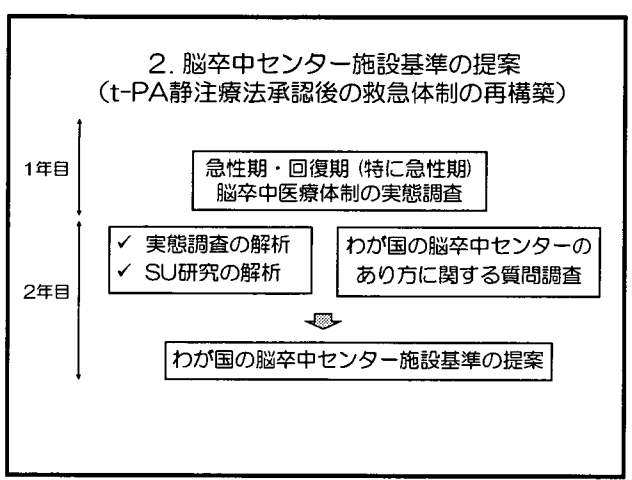
16. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

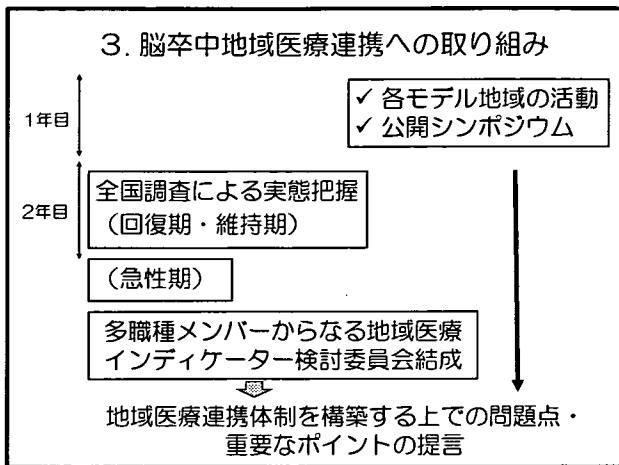
17. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

18. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

19. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定

20. 急性期インディケーター/認定対象患者の選定





脳卒中ケア 地域連携

各モデル地域での活動

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

大塚北郷地域

- ✓ リハビリテーション連絡会を年4回のペースで開催
- ✓ 地域連携バスや脳卒中ノートの取組を推進し、これらの予備的取組を開始

朝日新聞 2006. 9.29

オーストラリア訪問 (2007年10月29, 30日)

Austin Hospital (メルボルン市)
(オーストラリアの脳卒中分野の中心的立場にある
Donnan教授が所属)

日本とオーストラリアの共通点や相違点を中心に活発な意見交換を行った

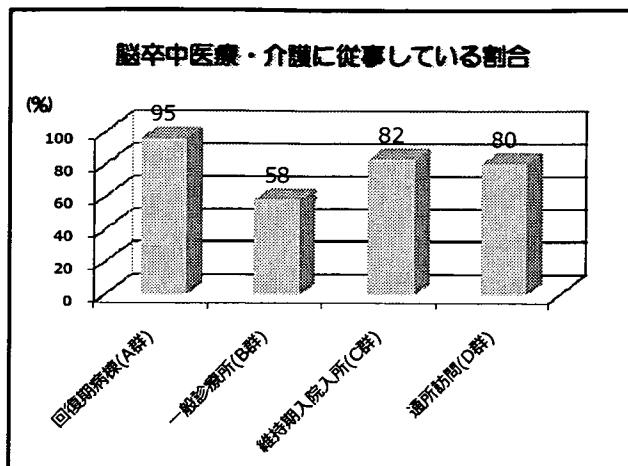
脳卒中地域医療の現状を把握するための 全国アンケート調査 「回復期から維持期の現状」

方法

- ✓ 人口密度分布を考慮し全国12都道府県を選定
 - ・北海道、秋田県、群馬県、東京都、神奈川県、長野県
 - ・大阪府、和歌山県、広島県、徳島県、福岡県、鹿児島県
- ✓ 回復期～維持期の医療介護施設事業所の選定
 - ・全ての回復期病棟 (全国回復期リハ病棟協議会、石川 誠会長の協力)
 - ・無作為に抽出した約1割の一般診療所と維持期の医療介護施設事業所
- ✓ 郵送アンケート調査
- ✓ アンケート種類
 - ・回復期病棟用 (A)
 - ・一般診療所用 (B)
 - ・維持期入院施設用 (C)
 - ・通所および訪問施設事業所用 (D)
- ✓ アンケート内容
 - ・各施設事業所の概要
 - ・脳卒中地域連携
 - ・介護保険に関する質問
 - ・適当な評価尺度

郵送数と回収率

✓ 回復期 (A)	179/347(件)	(52%)
✓ 診療所 (B)	766/3713(件)	(21%)
✓ 入院入所 (C)	182/771(件)	(24%)
✓ 通所訪問 (D)	898/4166(件)	(22%)
✓ 全体	2025/8997(件)	(23%)



アンケート内容

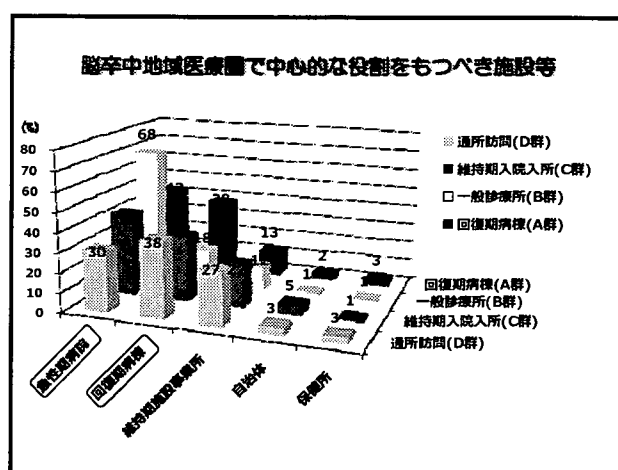
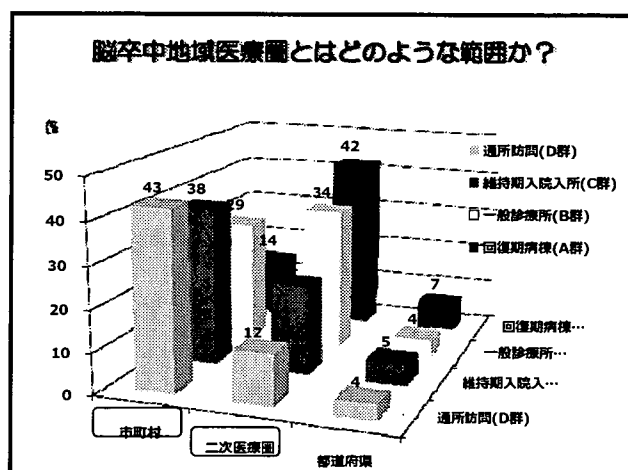
- ✓ 各施設事業所の概要
- ✓ 脳卒中地域連携
- ✓ 介護保険に関する質問
- ✓ 適当な評価尺度

結果

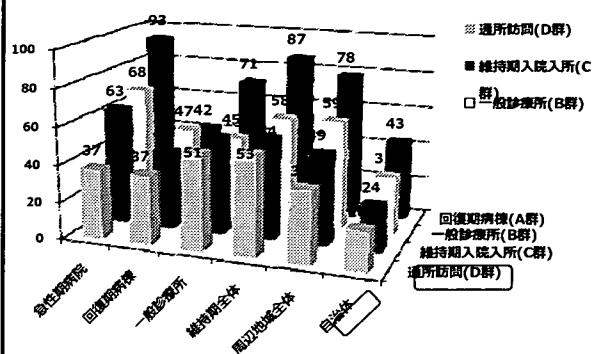
- ✓ **回復期病棟(A)**
 - ・病床の6割を脳卒中患者利用
 - ・受入施設「人工呼吸器」55%、「透析」60%
- ✓ **一般診療所(B)**
 - ・有床診療所病床の4割を脳卒中患者利用
 - ・外来診療患者の1割が脳卒中患者
- ✓ **維持期入院所(C)**
 - ・ベッドの3割を脳卒中患者利用
 - ・十分なりハ機能を維持15%のみ
 - ・「独居」73%、「高齢者のみの世帯」76%、「その他の介護力不足」77%で在宅復帰困難
 - ・10%のみが在宅復帰
- ✓ **通所および訪問(D)**
 - ・サービス利用者の2割が脳卒中患者
 - ・脳卒中患者「十分なりハ受けている」10%のみ

アンケート内容

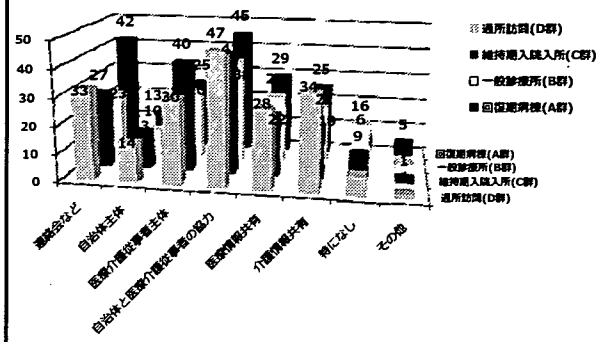
- ✓ 各施設事業所の概要
- ✓ **脳卒中地域連携**
- ✓ 介護保険に関する質問
- ✓ 適当な評価尺度



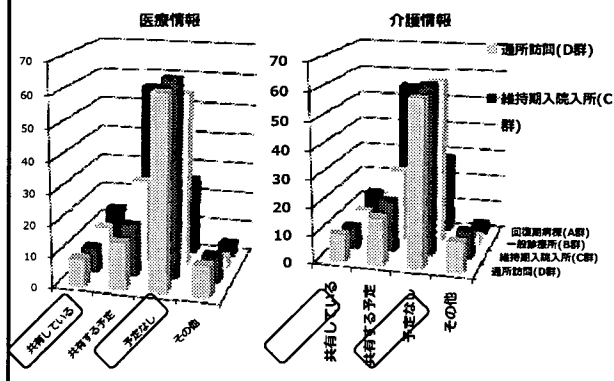
各群からみた連携が非常に良好/一部良好の割合



周辺地域の連携構築で希望すること



周辺地域での脳卒中患者の医療・介護情報共有



アンケート内容

- ✓ 各施設事業所の概要
- ✓ 脳卒中地域連携
- ✓ 介護保険に関する質問
- ✓ 適当な評価尺度

適当な評価尺度

回復期病棟 (A)	
「リハビリ機能」	86% (最多)
一般診療所 (B)	
「急性期病院との連携」	68% (最多)
維持期入院入所施設 (C)	
「リハビリ機能」	47% (最多)
「在宅生活支援」	41%
「急性期病院との連携」	37%
通所および訪問施設事業所 (D)	
「介護支援専門員との連携」	44% (最多)
「情報共有」	42%
「医師との連携」	36%
「リハビリ機能」	35%
「連携」もしくは「情報共有」のいずれか	60~91%

まとめ

- ✓ 医療と介護で医療圏に認識のずれ
- ✓ 急性期と回復期に中心的役割を期待
- ✓ 維持期入院入所の多くが在宅復帰困難
- ✓ 維持期のリハビリは十分とはいえない
- ✓ 地域医療連携における自治体の役割が不十分
- ✓ 情報共有の現状は十分とはいえない

福岡県の現状：全国との比較

回復期病棟 (A)

- >訪問リハビリ併設：福岡73% vs 全国55%、 $p=0.06$
- >通所リハビリ併設：76% vs 43%、 $p=0.001$

一般診療所 (B)

- >標榜診療科「脳神経外科」：36% vs 21%、 $p=0.01$
- >有床診療所：21% vs 11%、 $p=0.047$
- >要介護者の訪問診療：41% vs 57%、 $p=0.03$
- >リハビリの提供：51% vs 37%、 $p=0.045$
- >自治体との連携「非常に良好」or「だいたい良好」：20% vs 31%、 $p=0.09$

維持期入院入所施設 (C)

- >受け入れ制限理由「特になし」：40% vs 17%、 $p=0.06$

通所および訪問施設事業所 (D)

- >急性期病院との連携「非常に良好」：17% vs 9%、 $p=0.044$
- >回復期病棟との連携「非常に良好」：14% vs 6%、 $p=0.01$

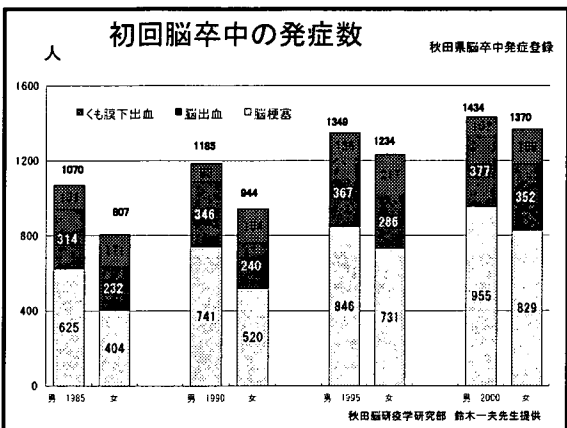
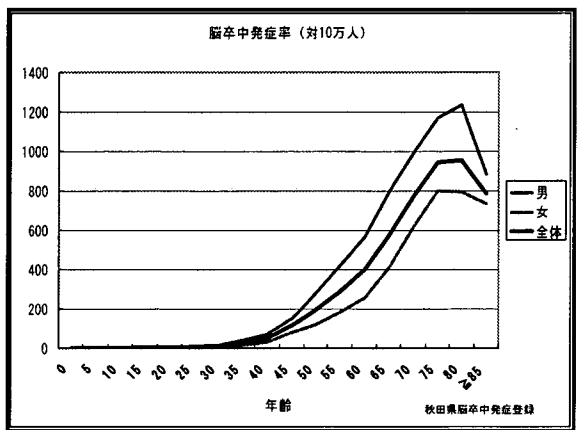
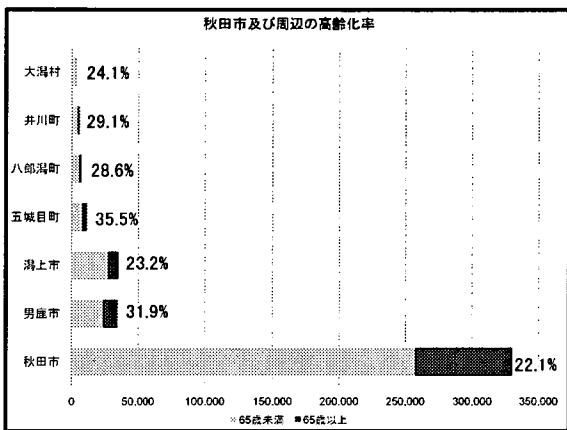
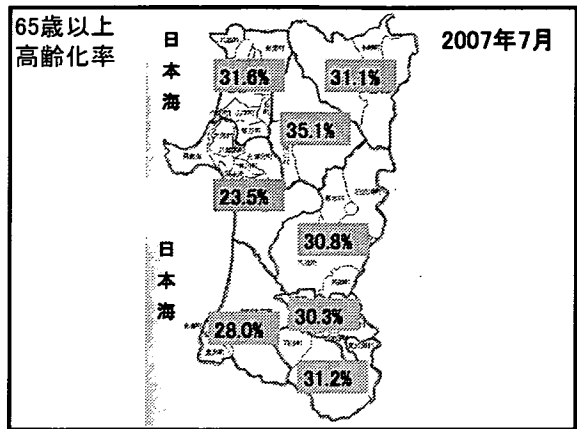
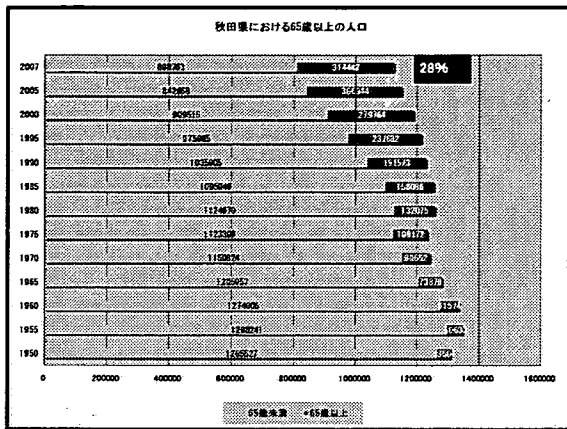
(福岡公開シンポジウム発表スライド)

【シンポジウム】

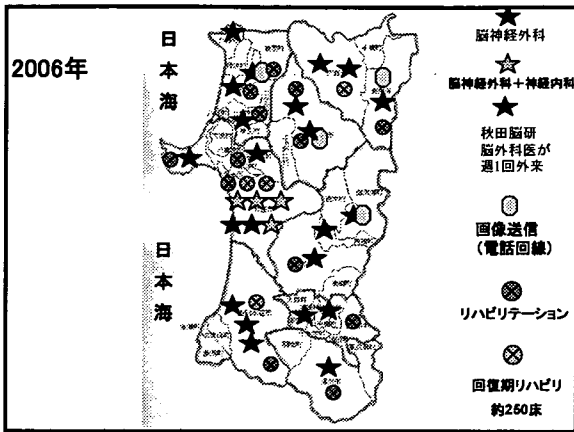
「秋田市及び周辺地域」

演者： 秋田県立脳血管研究センター

鈴木 明文

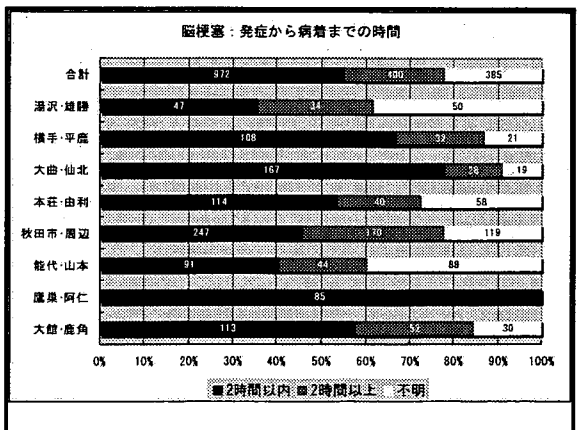
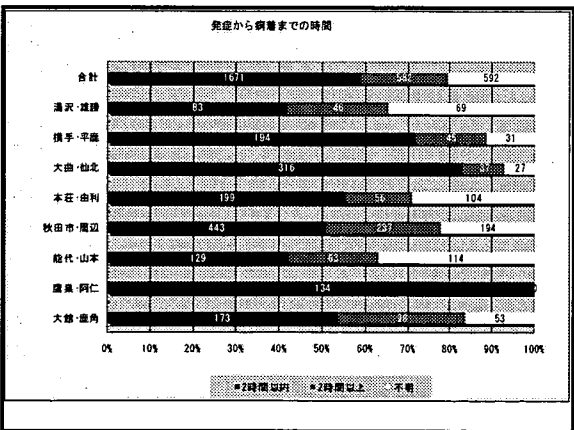
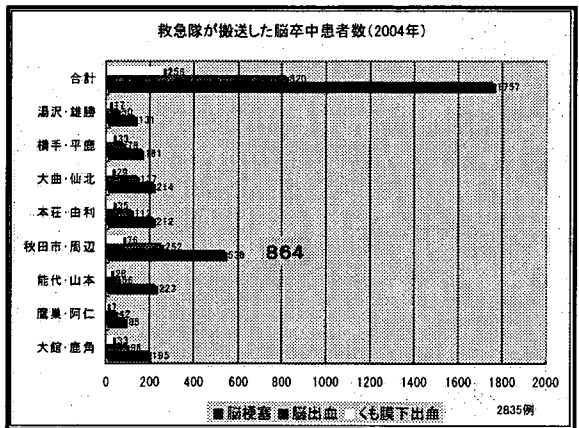
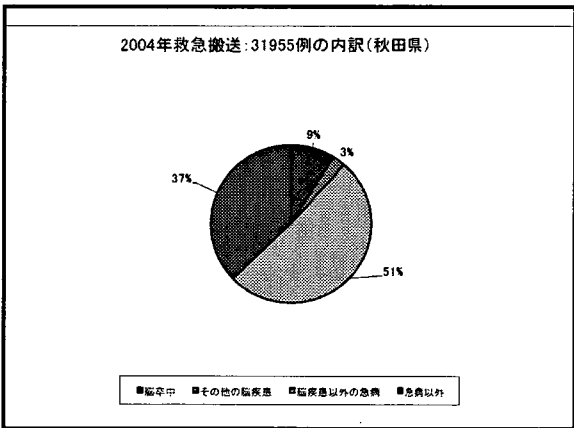


- ・高齢化に伴う脳卒中患者の増加
- ・医療機関の收容能力
- ・介護施設の收容能力
- ・在宅介護の支援能力
- ・地域連携パス



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



将来予測

秋田県全体は人口減少と高齢化が進む

秋田市及び周辺も人口が減少し高齢化が進む

秋田市以外では脳卒中が増えないか減少傾向

秋田市では脳卒中が増加傾向(特に脳梗塞)
10年後20%増、20年後30%増??

秋田市及び周辺:脳卒中急性期

1300例/年 × 急性期平均在院日数30日 → 107床

1600例*/年 × 急性期平均在院日数30日 → 132床
× 急性期平均在院日数20日 → 88床

回復期リハビリテーション

845例/年 × 平均在院日数90日 → 208床

1040例/年 × 平均在院日数90日 → 256床

*おもに高齢の脳梗塞が増加

・急性期の病床数を増やすよりは、回復期リハビリテーションの病床数を増やしたり維持期の体制を充実させる。

回復期リハビリテーション

秋田市及び周辺の医療圏:142床

(人口10万人当たり50床必要とすれば214床。

秋田市及び周辺の医療圏で約70床の不足)

◎2008年度、秋田脳研に36床開設予定。

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。

・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。

◎脳卒中医療連携体制等検討会(秋田県)

- ・医療資源、受療の実態などの調査。
- ・急性期から回復期、維持期への連携パスが円滑に行われる体制作り。

◎脳卒中救急医療連絡協議会(秋田県医師会)

- ・病院前救急医療を担う救急救命士と病院で急性期治療を担う医師、看護師、技師とのコミュニケーション。
- ・救急隊と病院の連携強化。
- ・連携パス作りの起爆。

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→研究会など



モデル地区

(福岡公開シンポジウム発表スライド)

【シンポジウム】
「大阪府北部地域」

演者：国立循環器病センター
長東 一行

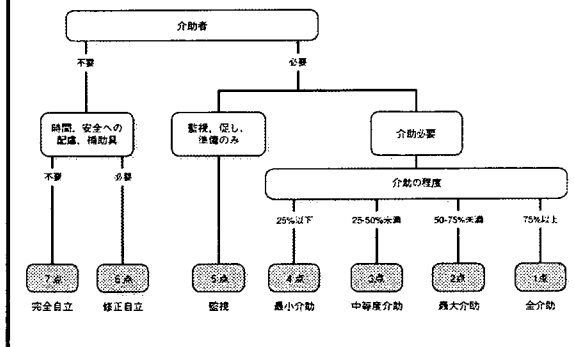
FIM (Functional Independence measure) の特徴

- 介護量の測定を目的とする
- 全18項目(運動13項目と認知5項目)を介護量に応じて7段階(1~7点)で評価する
- 最低18点、最高126点
- しているADLを測定する
- 信頼性と妥当性が検証されている

評価項目

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

評価尺度



FIMチェック用紙

評価項目	レベル	完全介助(1)		最大介助(2)		中程度介助(3)		最小介助(4)	
		25%未満(長住病)	25%以上(長住病)	50%未満(長住病)	50%以上(長住病)	75%未満(長住病)	75%以上(長住病)	完全自立	修正自立
入浴	1	1. 介助者が浴槽の準備と湯を注ぎ、湯を注いだ後、浴槽から入浴者を支える	2. 浴槽から入浴者を支える	3. 浴槽から入浴者を支える	4. 浴槽から入浴者を支える	5. 浴槽から入浴者を支える	6. 浴槽から入浴者を支える	7. 浴槽から入浴者を支える	8. 浴槽から入浴者を支える
着脱	1	1. 着脱を支援する	2. 着脱を支援する	3. 着脱を支援する	4. 着脱を支援する	5. 着脱を支援する	6. 着脱を支援する	7. 着脱を支援する	8. 着脱を支援する
清拭	1	1. 清拭を支援する	2. 清拭を支援する	3. 清拭を支援する	4. 清拭を支援する	5. 清拭を支援する	6. 清拭を支援する	7. 清拭を支援する	8. 清拭を支援する
D 更衣(上半身)	1	1. 更衣を支援する	2. 更衣を支援する	3. 更衣を支援する	4. 更衣を支援する	5. 更衣を支援する	6. 更衣を支援する	7. 更衣を支援する	8. 更衣を支援する
E 更衣(下半身)	1	1. 更衣を支援する	2. 更衣を支援する	3. 更衣を支援する	4. 更衣を支援する	5. 更衣を支援する	6. 更衣を支援する	7. 更衣を支援する	8. 更衣を支援する
排泄の管理	1	1. 排泄を支援する	2. 排泄を支援する	3. 排泄を支援する	4. 排泄を支援する	5. 排泄を支援する	6. 排泄を支援する	7. 排泄を支援する	8. 排泄を支援する
F トイレ動作	1	1. トイレ動作を支援する	2. トイレ動作を支援する	3. トイレ動作を支援する	4. トイレ動作を支援する	5. トイレ動作を支援する	6. トイレ動作を支援する	7. トイレ動作を支援する	8. トイレ動作を支援する
G 排泄コントロール	1	1. 排泄コントロールを支援する	2. 排泄コントロールを支援する	3. 排泄コントロールを支援する	4. 排泄コントロールを支援する	5. 排泄コントロールを支援する	6. 排泄コントロールを支援する	7. 排泄コントロールを支援する	8. 排泄コントロールを支援する
H 排泄コントロール	1	1. 排泄コントロールを支援する	2. 排泄コントロールを支援する	3. 排泄コントロールを支援する	4. 排泄コントロールを支援する	5. 排泄コントロールを支援する	6. 排泄コントロールを支援する	7. 排泄コントロールを支援する	8. 排泄コントロールを支援する
I ベッド・椅子・車椅子	1	1. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する	2. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する	3. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する	4. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する	5. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する	6. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する	7. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する	8. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する
J トイレ	1	1. トイレの移動を支援する	2. トイレの移動を支援する	3. トイレの移動を支援する	4. トイレの移動を支援する	5. トイレの移動を支援する	6. トイレの移動を支援する	7. トイレの移動を支援する	8. トイレの移動を支援する
K 浴槽・シャワー	1	1. 浴槽・シャワーの移動を支援する	2. 浴槽・シャワーの移動を支援する	3. 浴槽・シャワーの移動を支援する	4. 浴槽・シャワーの移動を支援する	5. 浴槽・シャワーの移動を支援する	6. 浴槽・シャワーの移動を支援する	7. 浴槽・シャワーの移動を支援する	8. 浴槽・シャワーの移動を支援する
歩行	1	1. 歩行を支援する	2. 歩行を支援する	3. 歩行を支援する	4. 歩行を支援する	5. 歩行を支援する	6. 歩行を支援する	7. 歩行を支援する	8. 歩行を支援する
階段	1	1. 階段の移動を支援する	2. 階段の移動を支援する	3. 階段の移動を支援する	4. 階段の移動を支援する	5. 階段の移動を支援する	6. 階段の移動を支援する	7. 階段の移動を支援する	8. 階段の移動を支援する

看護必要度

評価項目	レベル	完全介助(1)		最大介助(2)		中程度介助(3)		最小介助(4)	
		25%未満(長住病)	25%以上(長住病)	50%未満(長住病)	50%以上(長住病)	75%未満(長住病)	75%以上(長住病)	完全自立	修正自立
入浴	1	1. 介助者が浴槽の準備と湯を注ぎ、湯を注いだ後、浴槽から入浴者を支える	2. 浴槽から入浴者を支える	3. 浴槽から入浴者を支える	4. 浴槽から入浴者を支える	5. 浴槽から入浴者を支える	6. 浴槽から入浴者を支える	7. 浴槽から入浴者を支える	8. 浴槽から入浴者を支える
着脱	1	1. 着脱を支援する	2. 着脱を支援する	3. 着脱を支援する	4. 着脱を支援する	5. 着脱を支援する	6. 着脱を支援する	7. 着脱を支援する	8. 着脱を支援する
清拭	1	1. 清拭を支援する	2. 清拭を支援する	3. 清拭を支援する	4. 清拭を支援する	5. 清拭を支援する	6. 清拭を支援する	7. 清拭を支援する	8. 清拭を支援する
D 更衣(上半身)	1	1. 更衣を支援する	2. 更衣を支援する	3. 更衣を支援する	4. 更衣を支援する	5. 更衣を支援する	6. 更衣を支援する	7. 更衣を支援する	8. 更衣を支援する
E 更衣(下半身)	1	1. 更衣を支援する	2. 更衣を支援する	3. 更衣を支援する	4. 更衣を支援する	5. 更衣を支援する	6. 更衣を支援する	7. 更衣を支援する	8. 更衣を支援する
排泄の管理	1	1. 排泄を支援する	2. 排泄を支援する	3. 排泄を支援する	4. 排泄を支援する	5. 排泄を支援する	6. 排泄を支援する	7. 排泄を支援する	8. 排泄を支援する
F トイレ動作	1	1. トイレ動作を支援する	2. トイレ動作を支援する	3. トイレ動作を支援する	4. トイレ動作を支援する	5. トイレ動作を支援する	6. トイレ動作を支援する	7. トイレ動作を支援する	8. トイレ動作を支援する
G 排泄コントロール	1	1. 排泄コントロールを支援する	2. 排泄コントロールを支援する	3. 排泄コントロールを支援する	4. 排泄コントロールを支援する	5. 排泄コントロールを支援する	6. 排泄コントロールを支援する	7. 排泄コントロールを支援する	8. 排泄コントロールを支援する
H 排泄コントロール	1	1. 排泄コントロールを支援する	2. 排泄コントロールを支援する	3. 排泄コントロールを支援する	4. 排泄コントロールを支援する	5. 排泄コントロールを支援する	6. 排泄コントロールを支援する	7. 排泄コントロールを支援する	8. 排泄コントロールを支援する
I ベッド・椅子・車椅子	1	1. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する	2. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する	3. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する	4. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する	5. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する	6. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する	7. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する	8. ベッド・椅子・車椅子の移動を支援する
J トイレ	1	1. トイレの移動を支援する	2. トイレの移動を支援する	3. トイレの移動を支援する	4. トイレの移動を支援する	5. トイレの移動を支援する	6. トイレの移動を支援する	7. トイレの移動を支援する	8. トイレの移動を支援する
K 浴槽・シャワー	1	1. 浴槽・シャワーの移動を支援する	2. 浴槽・シャワーの移動を支援する	3. 浴槽・シャワーの移動を支援する	4. 浴槽・シャワーの移動を支援する	5. 浴槽・シャワーの移動を支援する	6. 浴槽・シャワーの移動を支援する	7. 浴槽・シャワーの移動を支援する	8. 浴槽・シャワーの移動を支援する
歩行	1	1. 歩行を支援する	2. 歩行を支援する	3. 歩行を支援する	4. 歩行を支援する	5. 歩行を支援する	6. 歩行を支援する	7. 歩行を支援する	8. 歩行を支援する
階段	1	1. 階段の移動を支援する	2. 階段の移動を支援する	3. 階段の移動を支援する	4. 階段の移動を支援する	5. 階段の移動を支援する	6. 階段の移動を支援する	7. 階段の移動を支援する	8. 階段の移動を支援する

豊能地区脳卒中地域連携バス

