

ンジャーになる形で情報が拠点病院に提供された。

2、当院では切除胃癌に対しては 1999 年より DG、2000 年からは TG のパスを導入している。今回は DG と TG に対するパスの実態を経時的に検討するとともに術後在院日数 11 日の共通パスの可能について検討し、胃がんパス統一化の可能性を模索した。

(倫理面への配慮)

患者の個人情報とは研究対象としておらず、個人情報なしのデータを用いて検証した。

C. 研究結果

1、診療所で胃がんの告知を行い、病院の病診連携室に受診申込をするが、連携コーディネーター不足が問題点として表面化してきた。また、かかりつけ医が手術や退院前カンファレンスに実際に参加できることもあったが、ほとんどは多忙なため不可能であった。当院で実際に連携パスが適用されたのは 11 例であり、TS-1 服薬症例の連携は 1 例のみであった。患者からはかかりつけ医が手術に参加したことや、地元で継続して診療を受けられることに対して感謝された。かかりつけ医には外科医としての経験が生かせる満足感があり、病院医師には外来診療の負担が軽減された。胃がんの連携パスはツールであり、運用するための準備とシステム作りが不十分であった。抗癌剤投与例に対しては当日検査結果を早急に知る必要があり、病々連携では可能であったが、病診連携ではさらなる相互の工夫が必要である。

2、バリエーション率(正/負)は DG(18%/25%)であり、負のバリエーションのうち術後合併症

によるものが 36%を占めていた。TG の術後在院期間は 21 日→16 日→14 日→12 日と段階的に改訂した。TG14 日パスを使用した 115 例では正バリエーション 42%、負バリエーション 21%であった。正バリエーションのうち術後 13 日目退院(86%),12 日目(17%),11 日目 10%であった。TG での正バリエーション率が高いことを考慮し、過度の入院期間短縮は患者の不安を増すことを配慮しつつ、DG、TG 共通パスを作成した。全国共通パスとしての使いやすさを考慮し、退院日は 11 日目から 14 日目と幅をつけた。退院基準は発熱がないこと、食事摂取量が 1/3 以上であること、排ガス、排便があること、院内歩行が可能であること、疼痛が自制内であること、とした。当日または第 1 病日：胃管抜去、第 2 病日：水分摂取、歩行開始、第 3 病日：硬膜外チューブ、尿道カテ抜去、食事開始、第 5 病日：ドレーン抜去、第 11 病日以降退院とし、食事は軟飯までとした。DG32 例、TG17 例に試行したところ、DG の 91%が術後 11 日までに退院した。TG では術後 11 日までの退院が 59%、14 日目まで 82%であった。

D. 考察

初発単発性治癒切除胃がんデータを根拠として胃がんの連携パス(Stage I および Stage II, III)を作成した。運用を開始したが、未だ軌道にのるには至っていない。今後は運用面で連携パスを軌道にのせる工夫をし、実臨床の一環として認知されるように努力するとともに、定期的な術後フォローアップが延命に寄与しているか否かについても科学的に検証していく必要がある。

予定よりかなり遅れたが胃癌治療ガイド

ラインが改訂された。今後は切除胃がんの術後共通パスおよび胃がんの地域連携パスを胃癌治療ガイドラインに組み込み、全国の先生方にたたき台として利用していただけることを目指していく予定である。

E. 結論

早期胃がん、進行胃がんともに5年間の観察スケジュールとする地域連携パスを作成し、運用を開始した。

また、術後11日目から14日目退院のDG、TG共通パスは実臨床として十分に施行可能であることが検証された。

今後、胃癌治療ガイドライン掲載し、治療の標準化を目指していきたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

梨本篤: 胃がん. がん地域連携パス連携クリティカルパス 日本医療マネージメント学会 監修 pp97-109, じほう、東京、2010

梨本篤: 胃がん全国登録データからみた胃がん治療の現況と問題点について. 癌の臨床 55(10):713-718, 2010.

磯部陽、梨本篤: 胃癌全国登録の現状と展望. 外科治療 102(4):358-364, 2010

2. 学会発表

梨本篤: 消化器癌の化学療法-地域連携-第17回さくらコロンクラブ (大宮) 2010/7/28

梨本篤: 地域連携パスについて-胃が

んを中心に- 五泉市東蒲原郡医師会 学術講演会 (五泉市) 2010/8/20

梨本篤: 新潟における地域連携の現状と方向性. 第1回新潟がん診療連携セミナー (新潟市) 2010/9/9

梨本篤: 胃がんの地域連携パスと胃がん診療標準化パス. 第48回日本癌治療学会総会 (京都市) 2010/10/28

梨本篤: 消化器がんの地域連携パスの実施状況. 平成22年度「日医生涯教育講座」 (長岡市) 2010/10/17

梨本篤: 5大癌における地域連携クリティカルパスの作成と運用. 厚生連村上総合病院学術講演会 (村上市) 2010/11/12

梨本篤: 切除胃がんに対するクリティカルパス(CP)と胃癌治療ガイドライン. 第70回日本臨床外科学会総会特別企画 (横浜) 2010/11/23

柏木夕香、梨本篤: 当院における胃がん術後地域連携パスの今後の展開. 第82回日本胃癌学会総会 (新潟)

2010/3/5

丸山美香、梨本篤: 切除胃癌に対するクリティカルパス. 第82回日本胃癌学会総会 (新潟) 2010/3/5

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な
地域連携クリティカルパスモデルの開発

研究分担者 田城孝雄 順天堂大学医学部公衆衛生学講座 准教授

研究協力者 水野重樹 板橋区医師会理事
杉田尚史 板橋区医師会会長
天木 聡 板橋区医師会副会長
長沢義久 板橋区医師会副会長
佐藤 恵 板橋区医師会理事

研究要旨

昨年度は、かかりつけ医の視点から、乳がん地域連携クリティカルパスの補助ツールとして、『乳がん 私のプレストケア手帳』を作成し、運用実験を行ったが、本年度は、板橋区医師会の協力のもと、多職種連携チーム医療のためのツールの開発・作成を行った。

A. 研究目的

がん診療を行う医療機関は、地域連携クリティカルパスの整備など、医療機関の連携体制を構築すべきであるが、その際には、医師会など関係団体等と協力していくことが望ましい。

連携パスを動かすために必要な仕組み、地域医療ネットワークの構築のあり方を検討し、がん診療連携拠点病院と郡市区医師会および地域の医療機関との連携体制の在り方を提示することを目的とする。

これにより、5大がん地域連携クリティカルパスの運用上の課題、有効性、普及促進方策を明らかにし、効果的運用システムを確立する。

B. 研究方法

昨年度は、かかりつけ医の視点から、乳がん地域連携クリティカルパスの補助ツールとして、『乳がん 私のプレストケア手帳』を作成し、運用実験を行った。

本年度は、板橋区医師会の協力のもと、多職種連携チーム医療のためのツールの開発・作成を行った。

（倫理面への配慮）

ツールの開発のみであり、直接患者に関与するものではない。

C. 研究結果

『私の健康管理手帳』を作成した。（附属資料） かかりつけ医、専門医、理学療法

士、薬剤師、歯科医師、看護師、栄養士、MSW・ケアマネジャーが、それぞれ記載する頁を設けた。

現在、板橋区において、かかりつけ医、コメディカル、ケアマネジャーらが試用し、運用実験を行っている。

D. 考察

地域におけるネットワーク作りとして、板橋区医師会は、かかりつけ医と大規模病院、一般病院、訪問看護師、介護施設、介護職との連携に取り組んでいる。その取り組みの中で、かかりつけ医が、情報共有に必要であると考えた項目を整理し、患者が持ち運べるように、コンパクトにまとめた『私の健康管理手帳』は、がん診療連携拠点病院と郡市区医師会および地域の医療機関との地域医療連携のツールとして活用できる。

この手帳は、多職種連携チーム医療の情報共有ツールとして、有用であり、また現時点では、慢性疾患一般の健康管理を目標にしており、特にがんに特化しているわけではないが、緩和ケア、疼痛緩和などの情報を記載することにより、懸案事項である在宅緩和ケアの地域連携クリティカルパスのプロトタイプとなると考えられる。

E. 結論

多職種連携・チーム医療のツールである『わたしの健康管理手帳』作成し、試験配布、運用実験中、使用経験を集積している。

この『わたしの健康管理手帳』は、①東京都在宅療養手帳のひながたとして、試用されている。また、②在宅緩和ケア療養手帳へ進化させる予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

①第 69 回日本公衆衛生学会総会

板橋区における乳がん地域連携クリティカルパスネットワークの構築

②第 11 回日本クリニカルパス学会学術集会

かかりつけ医の視点で作成した板橋区医師会私のプレストケア手帳

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

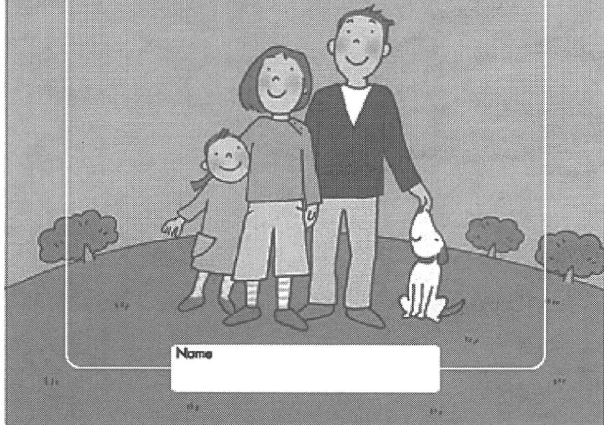
3. その他

特になし



私のブレストケア手帳

—— 乳がんを乗り越えるために ——



平成22年度 厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

「全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な

地域連携クリティカルパスモデルの開発に関する研究（H20-がん臨床一般-002）」

（研究代表者：谷水正人 分担研究者：田城孝雄）

の補助を受けています。

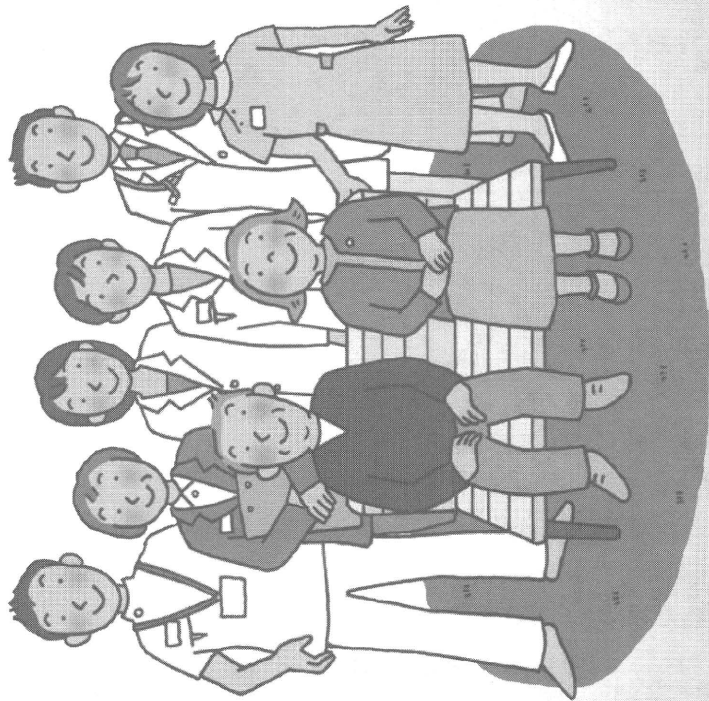
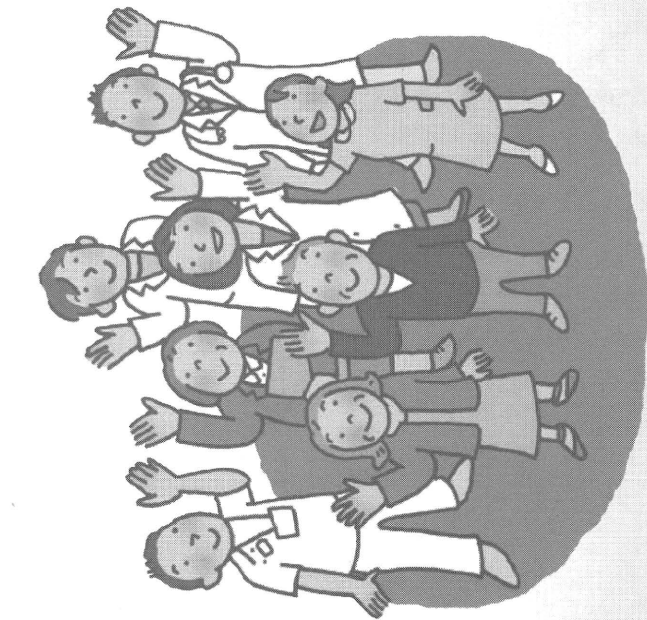
● 監修：田城孝雄（順天堂大学）

● 発行：社団法人 板橋区医師会

板橋区

私の健康管理手帳

— 穏やかな生活を永く送るために —



板橋区 私の健康管理手帳

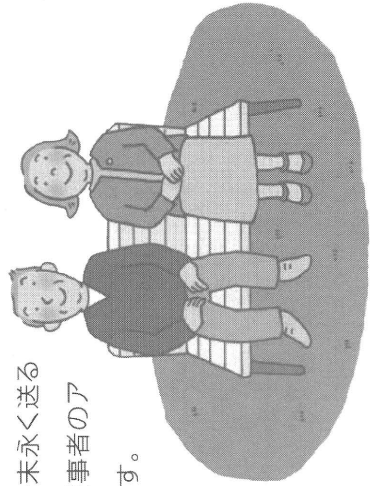
制作：株式会社コンパス

氏名

この手帳について

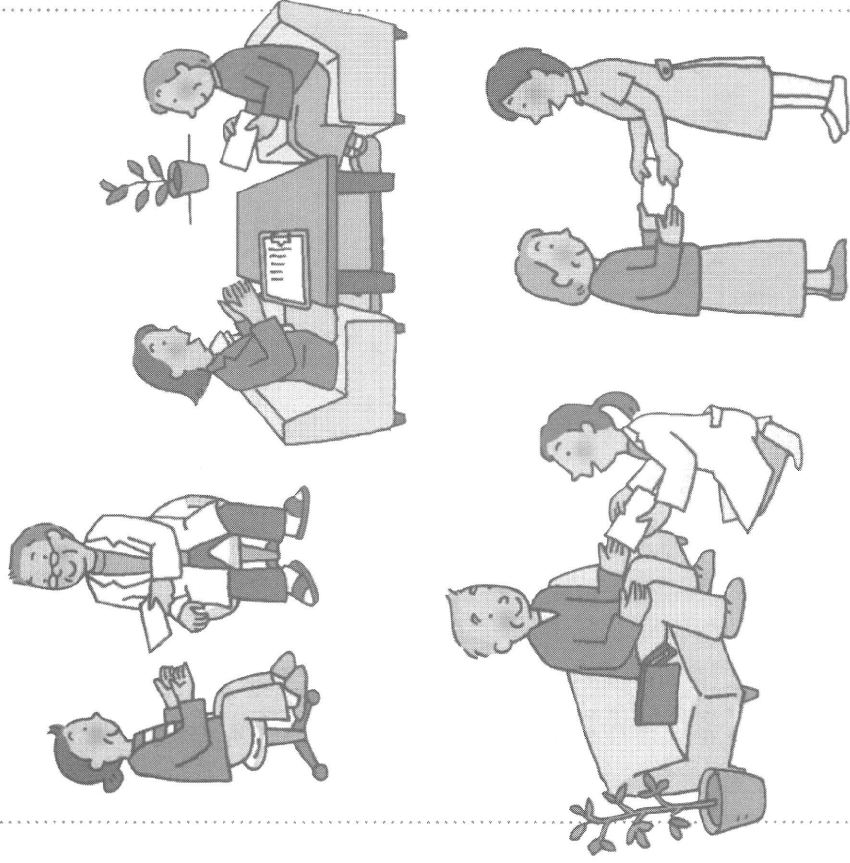
脳卒中や虚血性心疾患、慢性腎臓病や末梢動脈疾患は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病が引き起こす動脈硬化と深く関連し、日常生活に大きな支障を来す疾患です。動脈硬化の発症を抑制しない進行を遅らせることは、これらの疾患の進展や再発を予防することにつながりますが、そのためには、かかりつけ医と専門医の2人の医師が連携して診療にあたることが重要です。また、お薬の正しい飲み方や毎日の食事内容、運動習慣などについて、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士などからアドバイスを受けることも必要ですし、ときには、歯科医師に指導してもらったりすることもありません。さらに、入退院の際は、医療相談室を訪れたり、在宅療養が必要となったときには、地域包括支援センターを訪れたりすることもあると思われます。ここでは、ソーシャルワーカーやケアマネジャーからアドバイスを受けることになるでしょう。

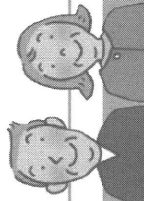
なにはならない普段の生活を永く送るためには、こうした医療従事者のアドバイスが必ず役に立ちます。医療や介護を受けたときは、この手帳を提示し、有効に活用していただければ幸いです。



●「私の健康管理手帳」の活用シーン

医療だけでなく、介護が必要になった場合でも、多くの医療従事者からのアドバイスは必ず役に立ちます。いつでもこの手帳を携帯し、あなたの健康をサポートするための情報を増やしていきましょう。





あなたのプロフィール

アリガナ

氏名 明・大・昭・平 男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(才)

過去最大体重	kg	血液型	A型	B型	AB型	O型	RH (-) (+)	cm
身長	cm	体重	kg	BMI	BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)		腹囲	cm

身体障害者手帳 無 有 (級) 申請予定

性格 几帳面 まじめ 短気 おっとり 頑固 さっぱり おおらか

アレルギー 食物: 薬物: 食物:

既往歴 脳卒中 心筋梗塞 左室肥大/心不全 慢性動脈閉塞 慢性腎臓病 家族歴: 若年発症心血管死

高血圧症 脂質異常症

動脈硬化症 糖尿病の病型 1型・2型・その他

生活環境 自宅 一人暮らし・同居(家族)

家で窓口となる人 業務歴

職業 通勤(電車・バス・徒歩) 嗜好品

趣味 コーヒー 紅茶 緑茶

飲酒 有 無 機会飲酒 週に3回 ほぼ毎日

運動習慣 なし 週回 有 無

(わたしの不安なこと) (これから変えていきたいこと)

(気をつけていること) (これから変えていきたいこと)

※該当部分の にチェック

●食事習慣

食事療法必要

<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患
調理担当	内服管理	インスリン自己注射あり(可 不可)	自己血糖測定	あり・なし	測定器の名前:	
目標カロリー	管理者	可 不可				kcal

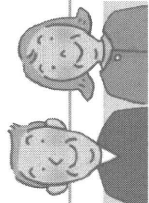
シックデイルール 低血糖時の対応:

●運動習慣

運動療法必要 運動機能障害あり 生活制限と生活機能の状態あり

※下記の該当部分を○で囲む

床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	移動なし
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できるときとできないときがある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ある	ない	



●これまでかかった病気やケガなど

年	年齢	病名・経過

6

●これまでかかった病気やケガなど

年	年齢	病名・経過

7

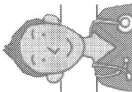
専門医とかかりつけ医のページ

◎ 専門医

医師名

医療機関名

電話番号

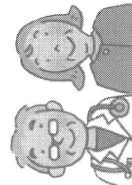
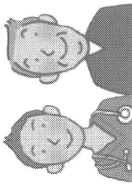


○ かかりつけ医

医師名

医療機関名

電話番号



専門医受診◎ かかりつけ医受診○	年 月 日 カ月後	年 月 日 カ月後	年 月 日 カ月後
受診日時	cm	kg	kg
腹囲・体重	cm	kg	kg
血圧	/		
血糖値<空腹時>	()時間	()時間	()時間
食後()時間	%	%	%
HbA _{1c} (またはGA)			
採血			
TG			
HDL-コレステロール	L/H比	L/H比	L/H比
LDL-コレステロール			
Cre (eGFR)			
尿糖			
尿蛋白	(- ± + ++)	(- ± + ++)	(- ± + ++)
微量アルブミン尿	mg/g cr	mg/g cr	mg/g cr
心電図			
胸部X線			
ABI : 0.9 >			
PWV			
頸動脈エコー; 内膜肥厚>1.0mm			
眼底検査			
足病変、合併症の進行 心疾患イベント発症等			
他科医/多職種への連絡			

年 月 日 カ月後	年 月 日 カ月後	年 月 日 カ月後
cm	cm	cm
kg	kg	kg
/	/	/
()時間	()時間	()時間
%	%	%
L/H比	L/H比	L/H比
(- ± + ++)	(- ± + ++)	(- ± + ++)
mg/g cr	mg/g cr	mg/g cr

※その他の必要な検査結果は専門医からのコメントページにご記入ください。

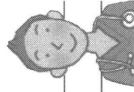
専門医とかかりつけ医のページ

◎ 専門医

医師名

医療機関名

電話番号

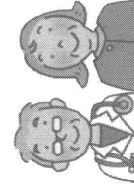


○ かかりつけ医

医師名

医療機関名

電話番号



専門医受診◎ かかりつけ医受診○	年 月 日 カ月後	年 月 日 カ月後	年 月 日 カ月後
受診日時	年 月 日 カ月後	年 月 日 カ月後	年 月 日 カ月後
腹囲・体重	cm / kg	cm / kg	cm / kg
血圧	/	/	/
血糖値<空腹時> 食後()時間	()時間 %	()時間 %	()時間 %
HbA _{1c} (またはGA)	%	%	%
TG			
HDL-コレステロール	L/H比	L/H比	L/H比
LDL-コレステロール			
Cre (eGFR)			
尿糖			
尿蛋白	(- ± + ++)	(- ± + ++)	(- ± + ++)
微量アルブミン尿	mg/g cr	mg/g cr	mg/g cr
心電図			
胸部X線			
ABI : 0.9 >			
PWV			
頸動脈エコー; 内膜肥厚>1.0mm			
眼底検査			
足病変、合併症の進行 心疾患イベント発症等			
他科医/多職種への連絡			

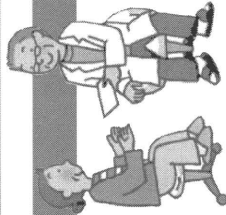
年 月 日 カ月後	年 月 日 カ月後	年 月 日 カ月後
cm / kg	cm / kg	cm / kg
/	/	/
()時間 %	()時間 %	()時間 %
L/H比	L/H比	L/H比
(- ± + ++)	(- ± + ++)	(- ± + ++)
mg/g cr	mg/g cr	mg/g cr

※その他の必要な検査結果は専門医からのコメントページにご記入ください。



かかりつけ医からのコメント

医師名 _____
 医療機関名 _____
 電話番号 _____

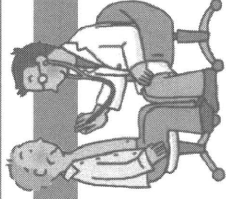


専門医受診日	年	月	日	年	月	日
かかりつけ医サイン	コメント			コメント		
かかりつけ医サイン	コメント			コメント		
かかりつけ医サイン	コメント			コメント		
かかりつけ医サイン	コメント			コメント		

専門医受診日	年	月	日	年	月	日
かかりつけ医サイン	コメント			コメント		
かかりつけ医サイン	コメント			コメント		
かかりつけ医サイン	コメント			コメント		
かかりつけ医サイン	コメント			コメント		



専門医からのコメント



医師名 _____
 医療機関名 _____
 電話番号 _____

専門医受診日	年	月	日	年	月	日
専門科	コメント			コメント		
専門医医師名						
専門科	コメント			コメント		
専門医医師名						
専門科	コメント			コメント		
専門医医師名						

年	月	日	年	月	日	年	月	日
コメント			コメント			コメント		
コメント			コメント			コメント		
コメント			コメント			コメント		
コメント			コメント			コメント		

連携疾患発症日	年	月	日
発症疾患と リスク増大疾患	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 高血圧症
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> その他
管理目標値	血圧		
	脂質		
	糖尿病		



理学療法士のページ

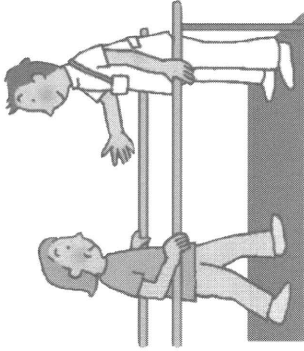
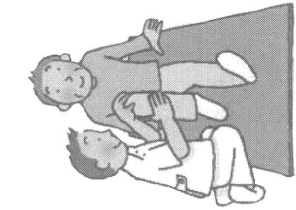
○ 担当者名

病院でのリハビリ
リハビリの種類： PT・OT・ST
心臓リハ

在宅でのリハビリ
通所リハ 在宅リハ



アウトカム	ADL : mRS ()
リハビリ (医療保険・介護保険)	残存機能 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有



<input type="checkbox"/> 通院リハ				
<input type="checkbox"/> 訪問リハ				
診療日	年	月	日	
コメント				
コメント				
コメント				
コメント				
現在の機能評価				
目標点				

<input type="checkbox"/> 通院リハ				
<input type="checkbox"/> 訪問リハ				
診療日	年	月	日	
コメント				
コメント				
コメント				
コメント				
現在の機能評価				
目標点				



薬剤師のページ

● 調剤薬局

薬剤師名 _____

薬局名 _____

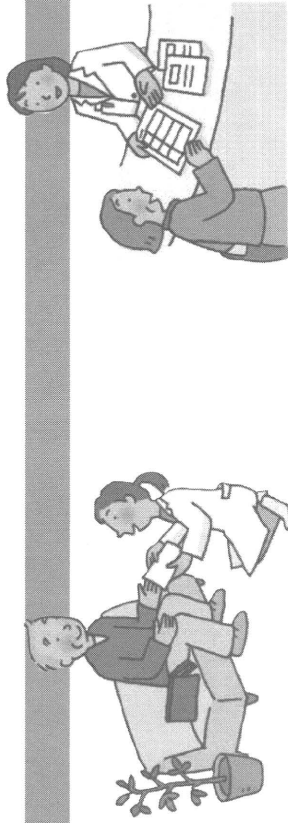
電話番号 _____

● 院内薬局

薬剤師名 _____

施設名 _____

電話番号 _____



<input type="checkbox"/> 通院		年	月	日
<input type="checkbox"/> 訪問		年	月	日
診療日		年	月	日
コメント				
コメント				
※注意薬物				
※注意食物				
麻薬				

注意する項目

- 低血糖時
- シックデイ(病気で食事がとれないとき)

年	月	日	年	月	日

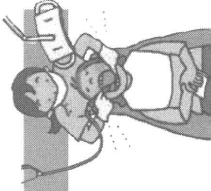
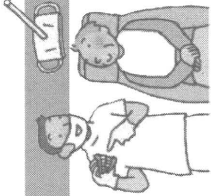


歯科医師のページ

歯科医師名 _____

医療機関名 _____

電話番号 _____



<input type="checkbox"/> 通院診療 <input type="checkbox"/> 訪問診療		年	月	日
診療日				
コメント				
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

※コメント欄には(例)注意薬剤:フルファリン、抗血小板剤、抗血小板剤、ビスフォスフォネート等
 についてご記入ください。

<input type="checkbox"/> 通院診療 <input type="checkbox"/> 訪問診療		年	月	日
診療日				
コメント				
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----



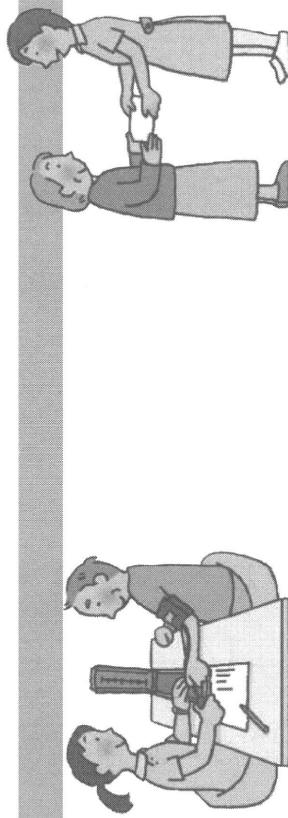
看護師のページ

看護師名 _____
 施設名 _____
 電話番号 _____

リハビリ等
 介護用品 ベッド エアマット その他()

病院				
診療所				
訪問看護				
診療日	年	月	日	
コメント				
コメント				
コメント				

在宅医療処置
 経管栄養(経鼻) 胃瘻 尿管留置カテーテル 気管カニューレ
 吸引処置 褥瘡 その他()



病院			
診療所			
訪問看護			
診療日	年	月	日
コメント			
コメント			
コメント			



栄養士のページ

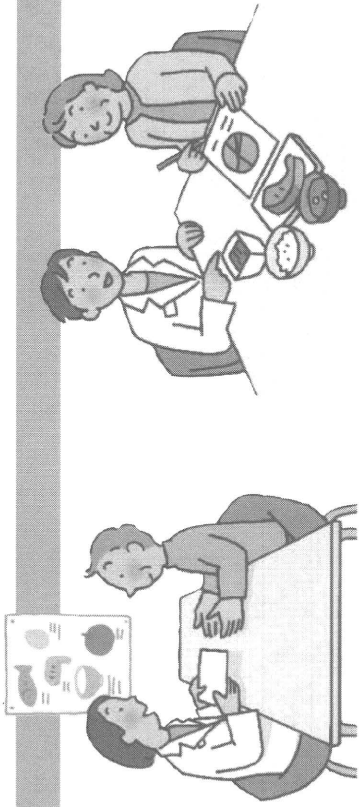
栄養士名 _____

対象疾患
 高血圧症 脂質異常症 糖尿病 腎臓病
 心臓病 慢性呼吸器疾患 肝臓病

制限すべきもの 塩分 蛋白 脂肪

控える食物 _____

積極的に摂取すべき食物 _____

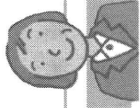


診療日	年	月	日
コメント			

注意する項目

- 低血糖時
 シックデイ (病気で食事がとれないとき)

診療日	年	月	日
コメント			



MSW・ケアマネジャーのページ

氏名 _____

所属施設名 _____

電話番号 _____

記入日 _____年 _____月 _____日

MSW・ケアマネジャー署名 _____

日常生活機能評価()点

生活の場 自宅(独居) 老健 特養 その他() _____

居住環境 住改 済 未 予定() ベッド利用

介護認定 無 支1 支2 介護1 2 3 4 5 予定

障害高齢者生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IV V M HDS-R()点

訪問系 訪問介護 訪問リハビリ 訪問看護 訪問入浴

通所系 通所介護 通所リハビリ 栄養改善 口腔機能

その他 運動器 短期集中リハ 栄養改善 口腔機能

短期入所療養介護・生活介護 居宅療養管理指導

移乗 自立 見守り 一部介助 全介助()

屋内移動 自立 杖 つかまり 歩行器等 車椅子(自走・介助)

屋内移動 自立 杖 歩行器等 介助歩行 車椅子(自走・介助)

食事摂取 自立 見守り 一部介助 全介助()

普通食 お粥 刻み食 ペースト セリー 経管食()

服薬 自立 一部介助 全介助()

排泄排便 自立 介助: トイレ ポータブルトイレ おむつ ※夜間()

排便調整必要 その他()

清潔 自立 介助: 清拭 シャワー 浴槽()

褥瘡・皮膚の問題 無 有()

口腔衛生 全て自歯 部分義歯 総義歯 歯磨き有 歯磨き無

コミュニケーション 全て自歯 部分義歯 総義歯 歯磨き有 歯磨き無

良好 問題有() 良好 外出機会少()

痛み 無 有() 生活リズム

無 有() 規則正しい 不規則()

意欲 有 無() 十分 不十分()

行動の問題 奇声 不潔行為 徘徊 危険行動 その他

良好 昼夜逆転 夜間譫妄

生活・介護上の問題点、特別な状況 無 有

無 有

※ 其他必要な検査結果は専門医からのコメントページにご記入ください。

氏名 _____

所属施設名 _____

電話番号 _____

記入日 _____年 _____月 _____日

MSW・ケアマネジャー署名 _____

日常生活機能評価()点

生活の場 自宅(独居) 老健 特養 その他() _____

居住環境 住改 済 未 予定() ベッド利用

介護認定 無 支1 支2 介護1 2 3 4 5 予定

障害高齢者生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IV V M HDS-R()点

訪問系 訪問介護 訪問リハビリ 訪問看護 訪問入浴

通所系 通所介護 通所リハビリ 栄養改善 口腔機能

その他 運動器 短期集中リハ 栄養改善 口腔機能

短期入所療養介護・生活介護 居宅療養管理指導

移乗 自立 見守り 一部介助 全介助()

屋内移動 自立 杖 つかまり 歩行器等 車椅子(自走・介助)

屋内移動 自立 杖 歩行器等 介助歩行 車椅子(自走・介助)

食事摂取 自立 見守り 一部介助 全介助()

普通食 お粥 刻み食 ペースト セリー 経管食()

服薬 自立 一部介助 全介助()

排泄排便 自立 介助: トイレ ポータブルトイレ おむつ ※夜間()

排便調整必要 その他()

清潔 自立 介助: 清拭 シャワー 浴槽()

褥瘡・皮膚の問題 無 有()

口腔衛生 全て自歯 部分義歯 総義歯 歯磨き有 歯磨き無

コミュニケーション 全て自歯 部分義歯 総義歯 歯磨き有 歯磨き無

良好 問題有() 良好 外出機会少()

痛み 無 有() 生活リズム

無 有() 規則正しい 不規則()

意欲 有 無() 十分 不十分()

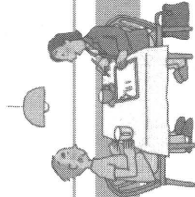
行動の問題 奇声 不潔行為 徘徊 危険行動 その他

良好 昼夜逆転 夜間譫妄

生活・介護上の問題点、特別な状況 無 有

無 有

※ 其他必要な検査結果は専門医からのコメントページにご記入ください。





MSW・ケアマネジャーのページ

氏名 _____

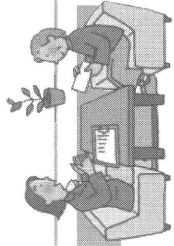
所属施設名 _____

電話番号 _____

記入日 年 月 日

MSW・ケアマネジャー署名		日常生活機能評価()点
生活の場 <input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 同居) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他()		キーパーソン
居住環境	住改 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定() <input type="checkbox"/> ベッド利用	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 予定	
障害高齢者生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
認知症高齢者生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> HDS-R()点	
介護専門 保険	訪問系	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴
	通所系	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 短期集中リハ <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> 口腔機能
その他	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護・生活介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助()	
屋内移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助)	
屋内移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助)	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助() <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ベース <input type="checkbox"/> セリー <input type="checkbox"/> 経管食()	
服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助()	
排泄排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ ※夜間() <input type="checkbox"/> 排便調整必要 <input type="checkbox"/> その他()	
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 浴槽()	
褥瘡・皮膚の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
口腔衛生	<input type="checkbox"/> 全て自歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 歯磨き有 <input type="checkbox"/> 歯磨き無	
コミュニケーション	社会との関わり <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題有() <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 外出機会少()	
痛み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則() 生活リズム	
意欲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無() <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分() 介護力	
行動の問題	<input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 夜間譫妄	
生活・介護上の問題点、特別な状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

※その他の必要な検査結果は専門医からのコメントページにご記入ください。



氏名 _____

所属施設名 _____

電話番号 _____

記入日 年 月 日

MSW・ケアマネジャー署名		日常生活機能評価()点
生活の場 <input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 同居) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他()		キーパーソン
居住環境	住改 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定() <input type="checkbox"/> ベッド利用	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 予定	
障害高齢者生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
認知症高齢者生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> HDS-R()点	
介護専門 保険	訪問系	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴
	通所系	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 短期集中リハ <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> 口腔機能
その他	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護・生活介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助()	
屋内移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助)	
屋内移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助)	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助() <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ベース <input type="checkbox"/> セリー <input type="checkbox"/> 経管食()	
服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助()	
排泄排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ ※夜間() <input type="checkbox"/> 排便調整必要 <input type="checkbox"/> その他()	
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 浴槽()	
褥瘡・皮膚の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
口腔衛生	<input type="checkbox"/> 全て自歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 歯磨き有 <input type="checkbox"/> 歯磨き無	
コミュニケーション	社会との関わり <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題有() <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 外出機会少()	
痛み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則() 生活リズム	
意欲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無() <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分() 介護力	
行動の問題	<input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 夜間譫妄	
生活・介護上の問題点、特別な状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	