

奈良県
脳卒中地域連携パス
手引き

平成24年 1月26日 初版

平成25年 1月 8日 改正

平成25年10月 1日 改正

平成31年 4月 1日 改正

令和 4年 8月 1日 改正

— 目 次 —

1. 目 的	P. 1
2. 適 応 症 例	P. 1
3. 適 応 期 間	P. 2
4. 転 院 の 手 順	P. 3
5. 情 報 管 理	P. 4
6. 転院調整時情報シート	P. 4
7. 評 価 シ ー ト (医 療 者 用 パ ス)	P. 5~9
(1) 記 載 内 容	P. 5
(2) 記 載 区 分	P. 5
(3) 受 け 渡 し と 管 理	P. 5~6
(4) 各 項 目 の 説 明	P. 7~9
8. 連 携 診 療 計 画 書 (患 者 用 パ ス)	P. 10
9. 参 加 医 療 機 関	P. 11
10. 参 加 医 療 機 関 に よ る 検 討 会	P. 11
11. 参 考 資 料	P. 12~16
(1) ① Japan Coma Scale (JCS)	P. 12
② modified Rankin Scale (mRS)	P. 13
(2) バーセルインデックス (Barthel Index 機能的評価)	P. 14
(3) F I M (機能的自立度評価法)	P. 15
(4) 日常生活機能評価票	P. 16
12. 様 式 集	P. 17~29
(1) 転院調整時情報シート(急性期からの転院)	P. 18~20
(2) 転院調整時情報シート(回復期からの転院)	P. 21~23
(3) 評価シート (医療者用パス)	P. 24~28
(4) 連携診療計画書 (患者用パス)	P. 29
(5) 同 意 書	P. 30
(6) 登 録 票	P. 31~32

■ 事 務 局 ■

奈良県 福祉医療部 医療政策局
地域医療連携課
在宅医療・医療連携係内

住 所 : 〒630-8501
奈良市登大路町30番地
電 話 : 0742-27-8676(直通)
FAX : 0742-22-2725

1. 目 的

奈良県における脳卒中疾患について、奈良県保健医療計画において記載した、急性期(救急)医療体制、回復期医療体制、維持期医療体制における一貫した連携体制を構築し、関係医療機関間の連携を強化することにより、患者にとって必要な医療を、確実に受けられる体制を整備するとともに、可能な限り治療の標準化を行い、地域全体での脳卒中治療の向上を目指すため、奈良県脳卒中地域連携パス(以下、連携パスという。)を使用する。

2. 適 応 症 例

連携パスの適応症例は、次の(1)対象疾患のうち(2)転院・退院基準により急性期病院から回復期病院・維持期病院などへ転院・転棟となる症例とする。

(1) 対 象 疾 患

急性発症の「脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血」(ただし、外傷性を除く)

(2) 転 院 ・ 退 院 基 準

① 急性期病院 退院基準(回復期病院への転院基準)

- ・ 脳卒中の急性期治療が終了
- ・ 全身状態が安定
- ・ 原則として、mRSが2～5(BIが0～95)
ただし、mRSが1であっても、リハビリによりADL向上が見込める場合
- ・ 脳卒中発症もしくは術後から、原則2ヶ月以内であること
- ※ 意識障害が遷延し、リハビリによりADL向上が見込めない場合は、維持期病院への転院も有り得る。

② 回復期病院 退院基準

- ・ ADL・歩行能力が入院時目標に到達もしくは1ヶ月間のFIM利得がほぼプラトー(3点未満)。
- ・ 自宅復帰や入所の準備が整っていること。

※ 急性増悪時については、必要に応じて紹介元の急性期病院が対応するものとする。

3. 適 応 期 間

連携パスの適応期間は、それぞれについて次のとおりとする。

- (1) 急性期病院 → 回復期病院 → 維持期病院
- (2) 急性期病院 → 回復期病院 （上記(1)を除く。）
- (3) 急性期病院 → 維持期病院

(1)・(3)の場合 …… 維持期病院を退院または維持期病院への転院から1年経過まで
(2)の場合 …… 回復期病院を退院まで

※ 連携パスの中断(脱落)について

脳卒中の再発や他の疾患などにより、リハビリが継続できないと主治医が判断した場合は、パスを終了する。

4. 転院の手順

適応症例の転院については、次の手順を標準とする。

- ① 患者への説明
主治医などが患者に対して、連携診療計画書を渡し転院についての説明をし、同意書を受け取る。
- ② 転院調整時情報シートを作成
急性期病院の場合は依頼時まで、回復期病院の場合は、1月目・3月目などの経過時点までにおける入力可能な情報を転院調整時情報シートに入力する。
※急性期病院における入力の際、転院調整時情報シートに入力するか、評価シートに入力し、転院調整時情報シートに反映させるかは参加医療機関の選択によるものとする。
- ③ 転院先候補の選定
転院元から転院先へ、診療情報提供書・看護サマリー・転院調整時情報シート・その他必要資料を同時にFAXで送信する。
なお、送信先病院数は、複数同時や1箇所ずつなど本人の意向などにより状況に応じて対応する。
- ④ 受入の可否を回答
受入の可否について、転院先の地域連携担当者から転院元の地域連携担当者に結果を伝える。なお、受信日を含めた平日3日以内の出来るだけ早期に回答するよう努める。
また、受入可能な場合についても、諸条件として、受入可能となるまでの日数等を付すことも可能とする。
- ⑤ 転院先の決定
複数の候補がある場合は、特に速やかに決定する。
- ⑥ 結果を連絡
転院先の決定後は速やかに、転院元の地域連携担当者から転院先の地域連携担当者へ、結果を連絡する。
- ⑦ 評価シートの受け渡し
評価シートに、退院日・退院時評価・転帰を入力する。転院元から転院先へ、評価シートを電子メールで送信する。
なお、転院後、数日以内の早期に送信するよう努める。

5. 情報管理

参加医療機関は、パスの運用にあたっては、専任の担当者を任命し、院内の情報管理に関する規定に従い、適切な管理に努めることとする。

特に、評価シートの送受信にあたっては、送信先の確認・パスワードの設定(英数混合8桁以上)等、セキュリティ対策に十分注意すること。

検討委員会は、パスの運用にかかる情報管理のあり方について、適宜、検証を行うこととする。

6. 転院調整時情報シート

(1) 受け渡し

- ・転院調整を行う際、入力出来ている範囲で打ち出し、診療情報提供書や看護サマリー等と同時に FAX で送信する。

(2) 入力、及び管理

- ・情報入力は、当該シートまたは評価シートによって行う。(各医療機関による選択制)
- ・退院後は、評価シートによって管理・運用を行う。

7. 評価シート（医療者用パス）

(1) 記載内容

- ・ 本シートは、A3サイズ1枚に印刷可能であるが、電子メールによる受け渡しを基本とするため、手書きでなくデータを入力し、電子媒体として管理する。
- ・ 本シートは、医療者用のパスであり、担当する医療者間で使用するものであるが、他の機関での統計処理、患者や家族などによる閲覧など、情報開示の対象となることを考慮して作成する。
- ・ 本シートは、マイクロソフト社のエクセル2003により作成しており、上書き保存時には、バージョンを更新しないこととする。

(2) 記載区分

急性期病院 …… 下記の回復期・維持期記載欄を除くすべての箇所
回復期病院 …… 回復期にかかる病院名等・評価項目・転帰の各箇所
維持期病院 …… 維持期にかかる病院名等・評価項目・転帰の各箇所

(3) 受け渡しと管理

- ・ 急性期病院が評価シートを発行し、適応期間終了後のデータを管理する。
- ・ 発症から3月目に在籍している病院は、評価シートの赤枠内に評価した情報を入力する。
- ・ 事務局は、協議のうえ、各急性期病院から評価シートのデータの提出を求めることができる。

次のとおり評価シートを受け渡しすることにより、それぞれが評価シートのデータを
確認することができるようにする。

- (1) 急性期病院 ① → 回復期病院 ② → 維持期病院 ③ → 退院
 - ① 急性期で保存のうえ、回復期へ送信
 - ② 回復期で保存のうえ、急性期と維持期へ送信
 - ③ 維持期で保存のうえ、急性期と回復期へ送信（退院後に、診療所や施設などへ紹介の場合は、紹介状に印刷したものを添付し情報提供）

- (2) 急性期病院 ① → 回復期病院 ② → 退院（上記(1)を除く。）
 - ① 急性期で保存のうえ、回復期へ送信
 - ② 回復期で保存のうえ、急性期へ送信（退院後に、診療所や施設などへ紹介の場合は、紹介状に印刷したものを添付し情報提供）

- (3) 急性期病院 ① → 維持期病院 ② → 退院
 - ① 急性期で保存のうえ、維持期へ送信
 - ② 維持期で保存のうえ、急性期へ送信（退院後に、診療所や施設などへ紹介の場合は、紹介状に印刷したものを添付し情報提供）

(4) 各項目の説明

院内任意使用欄	院内の患者管理等、任意に使用 他院へ評価シートを送信する場合は記入 情報を削除
パス番号(年管理)	2012年 ○○○○病院 1件目 → 2012-○○○○-01 (エクセルファイルの名前についても、 パス番号とする。)
発症日	2012年3月1日発症 → 2012/3/1
年 令 (発症日時点)	
市町村	市町村名まで 奈良市登大路30番地 → 奈良市
性 別	男性・女性 から選択
病院名	○○○○病院
担当医	○○○科 ○○ ○○
入院日・退院日	2012年3月1日入院 → 2012/3/1
基 本 情 報	
診断名	脳梗塞(血栓)・脳梗塞(塞栓)・ 脳梗塞(ラクナ)・脳出血・ クモ膜下出血・その他() から選択
治療法(手術日)	保存的治療・外科的治療 から選択 2012年2月2日手術 → (2012/2/2)
現状の輸液状況 (中心静脈栄養含)	なし・末梢・中心・その他() から選択
服薬内容	なし・別シートに添付 から選択
発症前認知症	－・＋・不明 から選択 家族からの聞き取りなどから判断
運動機能に影響を与える疾患	自由記載

治療中の既往症 (悪性疾患・心、腎、肺、肝な どの重篤な疾患、気管切 開など、せん妄など)	※医師が患者プライバシーへの配慮が必 要と判断した病名は、別途、紹介状に 記載し、紹介状への記載の有無を選択
社 会 状 況 (可能な限り記載)	
家庭状況	同居・独居などを自由記載
キーパーソン	長女・弟 など 固有名詞は記載しない
在宅復帰の条件	自由記載
ケアマネジャー	〇〇〇〇センター 〇〇 〇〇 など
入院前の介護認定	なし・要支援 1・要支援 2・ 要介護 1・要介護 2・要介護 3・ 要介護 4・要介護 5 から選択
入院前の住居	一軒家・マンション・施設 等
家屋の状況	階段・手すり・トイレ等 要改造 など
評 価 項 目	
評価日	2012年3月1日評価 → 2012/3/1
J C S	0・I・II・III から選択 <11.参考資料を参照>
m R S	0・1・2・3・4・5・6 から選択 <11.参考資料を参照>
コミュニケーション障害	－ … なし ± … 何らかの努力が必要である場合 ＋ … 困難である (せん妄を含む) から選択
高次脳機能障害	－ … 失行・失認・無視などがない ± … 評価不能または評価困難 ＋ … 失行・失認・無視などがある から選択
B I /100	入力用シートから作成する <11.参考資料を参照>

	急性期病院においては測定した場合のみ記載
F I M /126	入力用シートから作成する <11.参考資料を参照> 急性期病院においては測定した場合のみ記載
日常生活機能評価	入力用シートから作成する <11.参考資料を参照>
酸 素	－ ・ ＋ から選択
吸 引	－ ・ ＋ から選択
栄養方法	経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 から選択 ※ 急性期入院時は、「絶食」も選択可能
食 事	自立 ・ 介助 から選択
排 泄	自立 ・ 介助 から選択
移動方法	自立・杖・歩行器・車いす・ベッド から選択
移乗能力	自立 ・ 介助 から選択
リハビリ（単位数／週）	週あたり10単位 → 10
リハビリ（開始日） （意 欲）	2012年2月15日開始 → 2012/2/15 記載は、急性期病院に限る 高 ・ 中 ・ 低 から選択 担当者の主観による 記載は、急性期病院（依頼時）に限る
転 帰	
急性期：「回復期・維持期」から選択し、転帰先の病院名を記載	
回復期：「自宅・死亡・脱落・急性期・回復期・維持期・施設」から選択し、脱落の場合は病名、転帰先が急性期・回復期・維持期の場合は病院名、施設の場合は施設名を記載	
維持期：「自宅・死亡・脱落・入院継続(1年経過)・急性期・回復期・維持期・施設」から選択し、脱落の場合は病名、転帰先が急性期・回復期・維持期の場合は病院名、施設の場合は施設名を記載	
※ 急性期の選択にかかわらず、転帰先の病院は、患者の病状に応じて「回復期」「維持期」の選択を変更することも可能	

8. 連携診療計画書（患者用パス）

各病院が、連携診療計画書を発行し、同意書を保存する。

具体的な手順については、次のとおり。

- ① 連携診療計画書と同意書に病院名等を記入する。
（回復期病院・維持期病院においては、患者が急性期病院で交付を受けた連携診療計画書を利用する。ただし、紛失等の場合は新たに発行する。）
- ② 患者へ連携診療計画書を交付し説明する。
- ③ 同意書についても説明のうえ、記名押印または署名されたものを回収し、保存する。

なお、パスによる転院は同意されていることを前提としているため、転院先へ同意書のコピーを送ることは不要とする。

※ 患者に対して、転院先病院について連携診療計画書の内容を超える説明をした場合は、診療情報提供書にその内容を記載する。

9. 参加医療機関

脳卒中治療をおこなう、奈良県内の医療機関及びそれと連携する医療機関のうち、この手引きによる連携パスの運用に同意し、「登録票」を事務局へ届出した医療機関を、参加医療機関とする。

参加医療機関の間で転院する患者を連携パスの対象とするため、参加医療機関でない医療機関への転院については対象外とする。

10. 参加医療機関による検討会

参加するすべての医療機関の間で、連携パスの内容などの検討をおこなう。

地域連携担当者などの参加により、適宜開催する。

※ 診療報酬上は、定期的(年3回以上)に開催する必要がある。

11. 参 考 資 料

(1) 日本脳卒中学会 脳卒中治療ガイドライン2009 付録

① 表1 Japan Coma Scale (JCS)

<p>Ⅲ. 刺激をしても覚醒しない状態 (3桁の点数で表現) (deep coma 、 coma 、 semicoma)</p>
<p>300. 痛み刺激に全く反応しない 200. 痛み刺激で少し手足を動かしたり顔をしかめる 100. 痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする</p>
<p>Ⅱ. 刺激すると覚醒する状態 (2桁の点数で表現) (stupor 、 lethargy 、 hypersomnia 、 somnolence 、 drowsiness)</p>
<p>30. 痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する 20. 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する 10. 普通の呼びかけで容易に開眼する</p>
<p>Ⅰ. 刺激しないでも覚醒している状態 (1桁の点数で表現) (delirium 、 confusion 、 senselessness)</p>
<p>3. 自分の名前、生年月日が言えない 2. 見当識障害がある 1. 意識清明とは言えない</p>

② 表9 日本版 modified Rankin Scale (mRS) 判定基準書

modified Rankin Scale		参考にすべき点
0	まったく症候がない	自覚症状および他覚徴候がともにない状態である
1	症候はあっても明らかな障害はない： 日常の勤めや活動は行える	自覚症状および他覚徴候はあるが、発症以前から行っていた仕事や活動に制限はない状態である
2	軽度の障害： 発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える	発症以前から行っていた仕事や活動に制限はあるが、日常生活は自立している状態である
3	中等度の障害： 何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える	買い物や公共交通機関を利用した外出などには介助*を必要とするが、通常歩行†、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助*を必要としない状態である
4	中等度から重度の障害： 歩行や身体的要求には介助が必要である	通常歩行†、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助*を必要とするが、持続的な介護は必要としない状態である
5	重度の障害： 寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする	常に誰かの介助*を必要とする状態である
6	死 亡	

* 介助とは、手助け、言葉による指示および見守りを意味する。

† 歩行は主に平地での歩行について判定する。なお、歩行のための補助具(杖、歩行器)の使用は介助には含まない。

(2) 厚生労働省保険局医療課長 厚生労働省保険局歯科医療管理官 通知(平成30年3月5日付)

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
別紙様式7-2 「ADL維持向上等加算に係る評価書」

バーセルインデックス(Barthel Index 機能的評価)

		点数	質問内容	得点
1	食事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終わる	
		5	部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)	
		0	全介助	
2	車椅子からベッドへの移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む)	
		10	軽度の部分介助または監視を要する	
		5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
		0	全介助または不可能	
3	整容	5	自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)	
		0	部分介助または不可能	
4	トイレ動作	10	自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)	
		5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
		0	全介助または不可能	
5	入浴	5	自立	
		0	部分介助または不可能	
6	歩行	15	45M以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず	
		10	45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	
		5	歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能	
		0	上記以外	
7	階段昇降	10	自立、手すりなどの使用に有無は問わない	
		5	介助または監視を要する	
		0	不能	
8	着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	
		5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	
		0	上記以外	
9	排便コントロール	10	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
10	排尿コントロール	10	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
合計得点(/100点)				

※1 得点:0~15点

※2 得点が高いほど、機能的評価が高い。

(3) F I M (Function Independence Measure) 機能的自立度評価法

脳卒中患者の機能評価 SIASとFIMの実際 千野直一編著 シュプリンガー・フェアラーク東京(1997)

評価項目		内容 (要点)
運 動	セルフケア 食事 整容 清拭 更衣:上半身 更衣:下半身 トイレ動作	咀嚼、嚥下を含む食事動作 口腔ケア、手洗い、洗顔、整髪など 風呂、シャワーなどで、背中を除く首から下を洗う 腰より上、義肢装具の装着含む 腰より下、義肢装具の装着含む 衣服の処理、排泄後の清潔、生理用具使用
	排泄コントロール 排尿管理 排便管理	器具や薬剤の使用を含む 器具や薬剤の使用を含む
	移乗 ベッド・椅子・車椅子 トイレ 浴槽・シャワー	それぞれの間の移乗、起立動作を含む 便器へ(から)の移乗 浴槽、シャワー室へ(から)の移乗
	移動 歩行・車椅子 階段	屋内歩行または車椅子移動 12~14段の昇降
認 知	コミュニケーション 理解 表出	聴覚、視覚による理解 言語的または非言語的な表現
	社会的認知 社会的交流 問題解決 記憶	他者との交流、社会的状況への順応 日常生活上の問題解決、適切な決断 必要な情報の記憶

採点基準	介助者	手出し	
7 完全自立	不 要	不 要	
6 修正自立			通常以上の時間、要補助具、安全性の配慮必要
5 監視・準備	必 要	必 要	監視、口頭指示、促し
4 最小介助			75%以上自分で行う、手で触れる程度の介助
3 中等度介助			50%以上、75%未満自分で行う
2 最大介助			25%以上、50%未満自分で行う
1 全介助			25%未満しか自分で行わない

(4) 厚生労働省 保険局 医療課長・歯科医療管理官 通知 (平成30年3月5日付)

基本診療科の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
別紙21

日常生活機能評価票

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
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	介助なし	一部介助	全介助
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)	
口腔清潔	介助なし	介助あり	
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	できる時とできない時がある	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	ない	ある	
※ 得点:0~19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点

12. 様 式 集

- (1) 転院調整時情報シート(急性期からの転院)
- (2) 転院調整時情報シート(回復期からの転院)
- (3) 評価シート(医療者用パス)
- (4) 連携診療計画書(患者用パス)
- (5) 同 意 書
- (6) 登 録 票

転院調整時情報シート(急性期からの転院)

パス番号	2016-県総合-XX
発症日	2016/10/23
年齢(発症日時点)	67
市町村	奈良市
性別	男性
病院名	奈良県総合医療センター
担当医	神経内科 ○○
入院日	2016/10/23

〈基本情報〉

診断名	脳梗塞(血栓)
治療法	保存的治療
手術日	
現状の輸液状況(中心静脈栄養含む)	なし
服薬内容	別シートに添付
発症前認知症 *1	—
運動機能に影響を与える疾患 治療中の既往症 (悪性疾患、心、腎、肺、肝、 気管切開、せん妄など)	特記事項なし
紹介状への記載の有無	(未)

〈社会状況〉

家庭状況(同居・独居など)	同居(妻と二人暮らし)
キーパーソン	妻
在宅復帰の条件	歩行の安定
ケアマネジャー	未
入院前の要介護認定	なし
入院前の住居	一軒家
家屋の状況	未確認

〈評価項目〉

評価時期	入院時	依頼時
評価日	2016/10/23	2016/10/27
JCS	II	I
mRS	4	3
コミュニケーション障害 *2	+	—
高次脳機能障害 *3	±	—
BI /100 *4	30	45
FIM /126 *4	32	32
日常生活機能評価 /19	16	13
酸素	—	—
吸引	—	—
栄養方法	絶食	経口
食事	(未)	介助
排泄	介助	介助
移動方法	ベッド	ベッド
移乗能力	介助	介助
リハビリ(単位数/週)		14
リハビリ(開始日・意欲) *5	2016/11/3	意欲(高)

急性期からの転帰		
----------	--	--

- *1 発症前認知症 —・+・不明… 家族からの聞き取りなどから判断
- *2 コミュニケーション障害 —… なし、±… 何らかの努力が必要である場合、+… 困難である(せん妄を含む)
- *3 高次脳機能障害 —… 失行・失認・無視などが無い、±… 評価不能または評価困難、+… 失行・失認・無視などがある
- *4 BI・FIM… 急性期病院においては測定した場合のみ記載
- *5 リハビリ意欲(高・中・低)… 担当者の主観による

FIM (Function Independence Measure)
機能的自立度評価法 **入カシート**

				急性期	
				入院時	依頼時
				2016/10/23	2016/10/27
評価日合計点				32	32
運動	セルフケア	食事	咀嚼、嚥下を含む食事動作	3	3
		整容	口腔ケア、手洗い、洗顔、整髪など	1	1
		清拭	風呂、シャワーなどで、背中を除く首から下を洗う	1	1
		更衣:上半身	腰より上、義肢装具の装着含む	1	1
		更衣:下半身	腰より下、義肢装具の装着含む	1	1
		トイレ動作	衣服の処理、排泄後の清潔、生理用具使用	1	1
	排泄コントロール	排尿管理	器具や薬剤の使用を含む	1	1
		排便管理	器具や薬剤の使用を含む	1	1
		移乗	ベッド・椅子・車椅子 それぞれの間の移乗、起立動作を含む	1	1
	移動	トイレ	便器へ(から)の移乗	1	1
		浴槽・シャワー	浴槽、シャワー室へ(から)の移乗	1	1
		歩行・車椅子	屋内歩行または車椅子移動	1	1
認知	コミュニケーション	階段	12~14段の昇降	1	1
		理解	聴覚、視覚による理解	4	4
	社会的認知	表出	言語的または非言語的な表現	4	4
		社会的交流	他者との交流、社会的状況への順応	3	3
		問題解決	日常生活上の問題解決、適切な決断	3	3
		記憶	必要な情報の記憶	3	3
7	完全自立	介助者不要	手出し不要		
6	修正自立	介助者必要	手出し必要	通常以上の時間、要補助具、安全性の配慮必要	
5	監視・準備			監視、口頭指示、促し	
4	最小介助			75%以上自分で行う、手で触れる程度の介助	
3	中等度介助			50%以上、75%未満自分で行う	
2	最大介助			25%以上、50%未満自分で行う	
1	全介助			25%未満しか自分で行わない	

日常生活機能評価 **入カシート**

		急性期	
		入院時	依頼時
		2016/10/23	2016/10/27
評価日合計点		16	13
床上安静の指示	0: なし 1: あり	1	1
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0: できる 1: できない	0	0
寝返り	0: できる 1: 何かにつかまればできる 2: できない	2	1
起き上がり	0: できる 1: できない	1	1
座位保持	0: できる 1: 支えがあればできる 2: できない	2	1
移乗	0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助	2	2
移動方法	0: 介助を要しない移動 1: 介助を要する移動(搬送を含む)	1	1
口腔清潔	0: 介助なし 1: 介助あり	1	1
食事摂取	0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助	0	1
衣服の着脱	0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助	2	2
他者への意思の伝達	0: できる 1: できる時とできない時がある 2: できない	2	1
診療・療養上の指示が通じる	0: はい 1: いいえ	1	0
危険行動	0: ない 1: ある	1	1

B I (Barthel Index) 入カシート

		急性期		
		入院時	依頼時	
		2016/10/23	2016/10/27	
		評価日 合計点	30	45
食 事	10 : 自立、自助具などの装着可。標準的時間内に食べ 終わる 5 : 部分介助（例えば、おかずを切って細かくしてもらう） 0 : 全介助	0	5	
車椅子か らベッド への移乗	15 : 自立、ブレーキ、フットレストの操作も 含む（非行自立も含む） 10 : 軽度の部分介助または監視を要する 5 : 座ることは可能であるが、ほぼ全介助 0 : 全介助または不可能	5	10	
整 容	5 : 自立（洗面、整髪、歯磨き、髪剃り） 0 : 部分介助または不可能	5	5	
トイレ 動作	10 : 自立、衣服の操作、後始末を含む。ポータブル便器 などを使用している場合はその洗浄も含む 5 : 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0 : 全介助または不可能	0	5	
入 浴	5 : 自立 0 : 部分介助または不可能	0	0	
歩 行	15 : 45m以上の歩行。補装具（車椅子、歩行器は除く）の 使用の有無は問わず 10 : 45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 5 : 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 0 : 上記以外	5	5	
階段昇降	10 : 自立、手すりなどの使用の有無は問わない 5 : 介助または監視を要する 0 : 不能	0	0	
着 替 え	10 : 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5 : 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で 行える 0 : 上記以外	5	5	
排便コン トロール	10 : 失禁なし、浣腸、坐薬の取扱いも可能 5 : ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取扱いに介助を 要する者も含む 0 : 上記以外	5	5	
排尿コン トロール	10 : 失禁なし。収尿器の取り扱いも可能 5 : ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する 者も含む 0 : 上記以外	5	5	

転院調整時情報シート(回復期からの転院)

パス番号	2016-県総合-XX
発症日	2016/10/23
年齢(発症日時点)	67
市町村	奈良市
性別	男性
回復期病院名	奈良県総合リハビリテーションセンター
担当医	神経内科 ○○
急性期病院名	奈良県総合医療センター
急性期病院の入院日	2016/10/23

〈基本情報〉

診断名	脳梗塞(血栓)
治療法	保存的治療
手術日	
現状の輸液状況(中心静脈栄養含む)	なし
服薬内容	別シートに添付
発症前認知症 *1	—
運動機能に影響を与える疾患 治療中の既往症 (悪性疾患、心、腎、肺、肝、 気管切開、せん妄など)	特記事項なし
紹介状への記載の有無	(未)

〈社会状況〉

家庭状況(同居・独居など)	同居(妻と二人暮らし)
キーパーソン	妻
在宅復帰の条件	歩行の安定
ケアマネジャー	未
入院前の要介護認定	なし
入院前の住居	一軒家
家屋の状況	未確認

〈評価項目〉

評価時期	入院時	1月目	3月目
評価日	2016/11/9	2016/12/9	2017/2/9
JCS	I	I	0
mRS	2	2	1
コミュニケーション障害 *2	—	—	—
高次脳機能障害 *3	—	—	—
BI /100 *4	60	60	75
FIM /126 *4	51	61	84
日常生活機能評価 /19	10	4	2
酸素	—	—	—
吸引	—	—	—
栄養方法	経口	経口	経口
食事	介助	自立	自立
排泄	介助	介助	自立
移動方法	歩行器	自立	自立
移乗能力	自立	自立	自立
リハビリ(単位数/週)	10	10	10

回復期からの転帰		
----------	--	--

- *1 発症前認知症 —・+・不明 … 家族からの聞き取りなどから判断
 *2 コミュニケーション障害 — … なし、± … 何らかの努力が必要である場合、+ … 困難である(せん妄を含む)
 *3 高次脳機能障害 — … 失行・失認・無視などが無い、± … 評価不能または評価困難、+ … 失行・失認・無視などがある
 *4 BI・FIM … 急性期病院においては測定した場合のみ記載

奈良県脳卒中地域連携パス

FIM (Function Independence Measure) 機能的自立度評価法				回復期		
				入院時 2016/11/9	1月目 2016/12/9	3月目 2017/2/9
評価日 合計点				51	61	84
運動	セルフケア	食事	咀嚼、嚥下を含む食事動作	4	4	4
		整容	口腔ケア、手洗い、洗顔、整髪など	2	3	3
		清拭	風呂、シャワーなどで、背中を除く首から下を洗う	2	3	5
		更衣:上半身	腰より上、義肢装具の装着含む	3	4	5
		更衣:下半身	腰より下、義肢装具の装着含む	4	4	5
	排泄コントロール	トイレ動作	衣服の処理、排泄後の清潔、生理用具使用	5	5	6
		排尿管理	器具や薬剤の使用を含む	2	3	4
		排便管理	器具や薬剤の使用を含む	2	2	4
	移乗	ベッド・椅子・車椅子	それぞれの間の移乗、起立動作を含む	1	2	4
		トイレ	便器へ(から)の移乗	2	2	4
	移動	浴槽・シャワー	浴槽、シャワー室へ(から)の移乗	2	2	3
		歩行・車椅子	屋内歩行または車椅子移動	2	3	6
階段		12~14段の昇降	3	4	6	
認知	コミュニケーション	理解	聴覚、視覚による理解	4	5	6
		表出	言語的または非言語的な表現	4	5	6
	社会的認知	社会的交流	他者との交流、社会的状況への順応	3	3	5
		問題解決	日常生活上の問題解決、適切な決断	3	4	4
		記憶	必要な情報の記憶	3	3	4
7	完全自立	介助者不要	手出し不要			
6	修正自立	介助者必要	手出し必要	通常以上の時間、要補助具、安全性の配慮必要		
5	監視・準備			監視、口頭指示、促し		
4	最小介助			75%以上自分で行う、手で触れる程度の介助		
3	中等度介助			50%以上、75%未満自分で行う		
2	最大介助			25%以上、50%未満自分で行う		
1	全介助			25%未満しか自分で行わない		

日常生活機能評価		回復期		
		入院時 2016/11/9	1月目 2016/12/9	3月目 2017/2/9
評価日 合計点		10	4	2
床上安静の指示	0: なし 1: あり	1	1	0
どちらかの手を胸元 まで持ち上げられる	0: できる 1: できない	0	0	0
寝返り	0: できる 1: 何かにつかまればできる 2: できない	1	0	0
起き上がり	0: できる 1: できない	0	0	0
座位保持	0: できる 1: 支えがあればできる 2: できない	1	0	0
移乗	0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助	1	1	1
移動方法	0: 介助を要しない移動 1: 介助を要する移動(搬送を含む)	1	0	0
口腔清潔	0: 介助なし 1: 介助あり	1	0	0
食事摂取	0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助	1	0	0
衣服の着脱	0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助	2	1	1
他者への 意思の伝達	0: できる 1: できる時とできない時がある 2: できない	1	1	0
診療・療養上の 指示が通じる	0: はい 1: いいえ	0	0	0
危険行動	0: ない 1: ある	0	0	0

B I (Barthel Index) 入カシート		回復期		
		入院時	1月目	3月目
評価日 合計点		2016/11/9	2016/12/9	2017/2/9
		60	60	75
食 事	10 : 自立、自具などの装着可。標準的時間内に食べ終える 5 : 部分介助 (例えば、おかずを切って細かくしてもらう) 0 : 全介助	5	5	10
車椅子からベッドへの移乗	15 : 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む (非行自立も含む) 10 : 軽度の部分介助または監視を要する 5 : 座ることは可能であるが、ほぼ全介助 0 : 全介助または不可能	10	10	10
整 容	5 : 自立 (洗面、整髪、歯磨き、髪剃り) 0 : 部分介助または不可能	5	5	5
トイレ動作	10 : 自立、衣服の操作、後始末を含む。ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む 5 : 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0 : 全介助または不可能	5	5	5
入 浴	5 : 自立 0 : 部分介助または不可能	5	5	5
歩 行	15 : 45m以上の歩行。補装具 (車椅子、歩行器は除く) の使用の有無は問わず 10 : 45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 5 : 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 0 : 上記以外	10	10	15
階段昇降	10 : 自立、手すりなどの使用の有無は問わない 5 : 介助または監視を要する 0 : 不能	5	5	5
着 替 え	10 : 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5 : 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0 : 上記以外	5	5	10
排便コントロール	10 : 失禁なし、浣腸、坐薬の取扱いも可能 5 : ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取扱いに介助を要する者も含む 0 : 上記以外	5	5	5
排尿コントロール	10 : 失禁なし。収尿器の取り扱いも可能 5 : ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 0 : 上記以外	5	5	5

評価シート

入力箇所

医師入力箇所

回復期・維持期
入力欄

発症から3月目に在籍
している病院 入力欄

院内 任意使用欄	※他院送信時には、記入情報を削除すること		バス番号	2016-県総合-XX		急性期		回復期		維持期	
			発症日	2016/10/23		病院名	奈良県総合医療センター		奈良県総合リハビリテーションセンター		
			年齢(発症日時点)	67才		担当医	神経内科 ○○		神経内科 ○○		
			市町村・性別	奈良市	男性	入院日・退院日	2016/10/23	2016/11/9	2016/11/9	2017/1/4	

基本情報	診断名	脳梗塞(血栓)		現状の輸液状況 (中心静脈栄養)	なし		運動機能に影響を与える疾患 治療中の既往症 (悪性疾患・心、腎、肺、肝などの重篤な 疾患、気管切開など、せん妄など)	特記事項なし			
	治療法(手術日)	保存的治療		服薬内容	別シートに添付						
			発症前認知症(*1)	-							

※紹介状への記載の有無

(未)

社会状況 (可能な限り記載)	家庭状況 (同居・独居など)	同居(妻と二人暮らし)		キーパーソン	妻		ケアマネジャー	未		入院前の住居	一軒家	
			在宅復帰の条件	歩行の安定		入院前の要介護認定	なし		家屋の状況	未確認		

発症から3月(90日)目
2017/1/21

評価項目	評価時期	急性期			回復期				維持期			
		入院時	依頼時	退院時	入院時	1月目	3月目	退院時	入院時	3月目	6月目	退院時(又は1年目)
	評価日	2016/10/23	2016/10/27	2016/11/9	2016/11/9	2016/12/9	2017/2/9	2017/1/4	2016/0/0	2016/0/0	2016/0/0	2016/0/0
JCS		II	I		I	I	0					
mRS		4	3		2	2	1					
コミュニケーション障害(*2)		+	-		-	-	-					
高次脳機能障害(*3)		±	-		-	-	-					
BI /100(*4)		30	45	50	60	60	75	0	0	0	0	0
FIM /126(*4)		32	32	50	51	61	84	0	0	0	0	0
日常生活機能評価 /19		16	13	11	10	4	2	0	0	0	0	0
酸素		-	-		-	-	-					
吸引		-	-		-	-	-					
栄養方法		絶食	経口		経口	経口	経口					
食事		(未)	介助		介助	自立	自立					
排泄		介助	介助		介助	介助	自立					
移動方法		ベッド	ベッド		歩行器	自立	自立					
移乗能力		介助	介助		自立	自立	自立					
リハビリ(単位数/週)			14		10	10	10					
リハビリ(開始日・意欲)		2016/11/3	意欲(高)									

発症から3月目
2022/4/5

転帰			急性期からの転帰			回復期からの転帰			維持期からの転帰
----	--	--	----------	--	--	----------	--	--	----------

*1 発症前認知症 - ・ + ・ 不明 … 家族からの聞き取りなどから判断

*2 コミュニケーション障害 - … なし
± … 何らかの努力が必要である場合
+ … 困難である(せん妄を含む)

*3 高次脳機能障害 - … 失行・失認・無視などがない
± … 評価不能または評価困難
+ … 失行・失認・無視などがある

*4 BI・FIM … 急性期病院においては測定した場合のみ記載

*5 リハビリ単位数 意欲(高・中・低) … 担当者の主観による

B I (Barthel Index) 入力シート

評価日 合計点		急性期			回復期			退院時 2017/1/4	維持期			
		入院時 2016/10/23	依頼時 2016/10/27	退院時 2016/11/9	入院時 2016/11/9	1月目 2016/12/9	3月目 2017/2/9		入院時 2016/0/0	3月目 2016/0/0	6月目 2016/0/0	退院時(又は1年目) 2016/0/0
		30	45	50	60	60	75		0	0	0	0
食事	10: 自立、自助具などの装着可。標準的時間内に食べ終える 5: 部分介助(例えば、おかずを切って細かくしてもらう) 0: 全介助	0	5	5	5	5	10					
車椅子からベッドへの移乗	15: 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) 10: 軽度の部分介助または監視を要する 5: 座ることは可能であるが、ほぼ全介助 0: 全介助または不可能	5	10	10	10	10	10					
整容	5: 自立(洗面、整髪、歯磨き、髪剃り) 0: 部分介助または不可能	5	5	5	5	5	5					
トイレ動作	10: 自立、衣服の操作、後始末を含む。ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む 5: 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0: 全介助または不可能	0	5	5	5	5	5					
入浴	5: 自立 0: 部分介助または不可能	0	0	5	5	5	5					
歩行	15: 45m以上の歩行。補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず 10: 45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 5: 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 0: 上記以外	5	5	5	10	10	15					
階段昇降	10: 自立、手すりなどの使用の有無は問わない 5: 介助または監視を要する 0: 不能	0	0	0	5	5	5					
着替え	10: 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5: 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0: 上記以外	5	5	5	5	5	10					
排便コントロール	10: 失禁なし、洗腸、坐薬の取扱いも可能 5: ときに失禁あり、洗腸、坐薬の取扱いに介助を要する者も含む 0: 上記以外	5	5	5	5	5	5					
排尿コントロール	10: 失禁なし。尿管の取り扱いも可能 5: ときに失禁あり、尿管の取り扱いに介助を要する者も含む 0: 上記以外	5	5	5	5	5	5					

FIM (Function Independence Measure)

機能的自立度評価法

入カシート

評価日
合計点

		急性期			回復期			維持期						
		入院時	依頼時	退院時	入院時	1月目	3月目	退院時	入院時	3月目	6月目	退院時(又は1年目)		
		2016/10/23	2016/10/27	2016/11/9	2016/11/9	2016/12/9	2017/2/9	2017/1/4	2016/0/0	2016/0/0	2016/0/0	2016/0/0		
		32	32	50	51	61	84	0	0	0	0	0		
運動	セルフケア	食事	咀嚼、嚥下を含む食事動作	3	3	4	4	4						
		整容	口腔ケア、手洗い、洗顔、整髪など	1	1	2	2	3	3					
		清拭	風呂、シャワーなどで、背中を除く首から下を洗う	1	1	2	2	3	5					
		更衣:上半身	腰より上、義肢装具の装着含む	1	1	2	3	4	5					
		更衣:下半身	腰より下、義肢装具の装着含む	1	1	2	4	4	5					
		トイレ動作	衣服の処理、排泄後の清潔、生理用具使用	1	1	4	5	5	6					
	排泄コントロール	排尿管理	器具や薬剤の使用を含む	1	1	2	2	3	4					
		排便管理	器具や薬剤の使用を含む	1	1	2	2	2	4					
		移乗	ベッド・椅子・車椅子	それぞれの間の移乗、起立動作を含む	1	1	2	1	2	4				
			トイレ	便器へ(から)の移乗	1	1	2	2	2	4				
	移動	浴槽・シャワー	浴槽、シャワー室へ(から)の移乗	1	1	2	2	2	3					
		歩行・車椅子	屋内歩行または車椅子移動	1	1	2	2	3	6					
		階段	12~14段の昇降	1	1	3	3	4	6					
	認知	コミュニケーション	理解	聴覚、視覚による理解	4	4	4	4	5	6				
表出			言語的または非言語的な表現	4	4	5	4	5	6					
社会的認知		社会的交流	他者との交流、社会的状況への順応	3	3	3	3	3	5					
		問題解決	日常生活上の問題解決、適切な決断	3	3	4	3	4	4					
		記憶	必要な情報の記憶	3	3	3	3	3	4					
		7	完全自立	介助者不要	手出し不要									
6	修正自立	介助者不要	手出し不要	通常以上の時間、要補助具、安全性の配慮必要										
5	監視・準備	介助者不要	手出し不要	監視、口頭指示、促し										
4	最小介助	介助者必要	手出し必要	75%以上自分で行う、手で触れる程度の介助										
3	中等度介助	介助者必要	手出し必要	50%以上、75%未満自分で行う										
2	最大介助	介助者必要	手出し必要	25%以上、50%未満自分で行う										
1	全介助	介助者必要	手出し必要	25%未満しか自分で行わない										

日常生活機能評価 入カシート


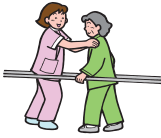

評価日 合計点	急性期		急性期	回復期			退院時 2017/1/4	維持期			
	入院時	依頼時	退院時	入院時	1月目	3月目		入院時	3月目	6月目	退院時(又は1年目)
	2016/10/23	2016/10/27	2016/11/9	2016/11/9	2016/12/9	2017/2/9		2016/0/0	2016/0/0	2016/0/0	2016/0/0
床上安静の指示 0: なし 1: あり	1	1	0	1	1	0					
どちらかの手を胸元 まで持ち上げられる 0: できる 1: できない	0	0	0	0	0	0					
寝返り 0: できる 1: 何かにつかまればできる 2: できない	2	1	1	1	0	0					
起き上がり 0: できる 1: できない	1	1	1	0	0	0					
座位保持 0: できる 1: 支えがあればできる 2: できない	2	1	1	1	0	0					
移乗 0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助	2	2	1	1	1	1					
移動方法 0: 介助を要しない移動 1: 介助を要する移動(搬送を含む)	1	1	1	1	0	0					
口腔清潔 0: 介助なし 1: 介助あり	1	1	1	1	0	0					
食事摂取 0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助	0	1	1	1	0	0					
衣服の着脱 0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助	2	2	2	2	1	1					
他者への 意思の伝達 0: できる 1: できる時とできない時がある 2: できない	2	1	1	1	1	0					
診療・療養上の 指示が通じる 0: はい 1: いいえ	1	0	0	0	0	0					
危険行動 0: ない 1: ある	1	1	1	0	0	0					

このシートに服薬内容を添付する(方法は任意)

連携診療計画書

・脳卒中の治療は、急性期病院での治療と、回復期病院や維持期病院でのリハビリテーションを中心とした治療によって行われます。
 ・それには、地域における病院がそれぞれの医療機能に応じて連携し、患者さんに切れ目のない医療を提供する必要があります。
 ・この連携診療計画書は、連携する病院で治療やリハビリテーションが一貫して行われ、患者さんが早期に自宅に帰れることを目的として作成されるものです。

患者様 お名前	
------------	--

分類	急性期病院		回復期病院		維持期病院
施設名	(入院日 年 月 日) 病院 説明日 年 月 日 説明者氏名		(入院日 年 月 日) 病院 説明日 年 月 日 説明者氏名		(入院日 年 月 日) 病院 説明日 年 月 日 説明者氏名
期間	2週間程度				
目標	症状を安定化させます		日常生活動作の向上を目指します		安心してご自宅で生活できることを目指します
治療 リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳の状態を調査 ・ 点滴治療を開始 ・ 危険因子の評価 (タバコ・血圧・糖・脂質・心臓) ・ 再発予防の食事・薬を開始 ・ リハビリテーションを開始 ・ 手術 ・ 病状や予後についての説明 		<p>診察 継続した薬の処方</p> <p>リハビリ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 起き上がりの練習 ・ 移乗動作の練習 ・ 車いす移動の練習 ・ 飲み込みの訓練 ・ 日常生活の訓練(トイレ・入浴・服) ・ 脳の高次機能回復の訓練 ・ 機能回復の見通しの説明 <p>在宅へ向けての調整</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅改修などのアドバイス ・ 介護認定・障害者認定などの申請手続きの説明 		<p>診察 継続した薬の処方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日常生活動作の維持訓練 ・ 食事・運動の指導 ・ 再発徴候や日常生活動作の維持方法の説明 

※ 急性増悪時には、必要に応じて紹介元の急性期病院が対応します。

同意書

私は、下記のことについて説明を受けましたので、診療情報が連携病院間で共有されることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名：

代諾者氏名（続柄）

※記名押印または署名

ご本人ができない場合は、ご家族または代理人、保証人が記名押印または署名してください。

記

- ・脳卒中の治療は、急性期病院での治療と、回復期病院や維持期病院でのリハビリテーションを中心とした治療によって行われます。
- ・それには、地域における病院がそれぞれの医療機能に応じて連携し患者さんに切れ目のない医療を提供することが必要です。
- ・連携診療計画書は、連携する病院で治療やリハビリテーションが一貫して行われ、患者さんが早期に自宅に帰れることを目的として作成されるものです。
- ・連携病院が患者さんに切れ目のない医療を提供するためには、転院が速やかに行われることが重要です。そのため、転院に必要な情報については、電子メールまたはFAXにより連携病院間で迅速に情報の伝達を行います。なお、患者さんのプライバシー等に配慮し、電子メールにより伝達される情報は、連携病院間でしかわからないパスワードにより暗号化します。
- ・今後の脳卒中治療の発展のため、診療情報については匿名化を行ったうえで、関係者が症例研究に使用することがあります。

令和 年 月 日

医療機関名：

担当医氏名：

説明者氏名：

<< 奈良県 脳卒中 地域連携パス 登録票 >>

令和2年2月28日

奈良県 脳卒中 地域連携パス 検討委員会 御中

- 急性期登録
- 回復期登録
- 維持期登録
- 内容変更
- 中止

医療機関	名称:	医療法人〇〇会 〇〇病院
	住所:	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇-〇
	代表TEL:	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	ホームページアドレス:	http://www.〇〇〇〇〇〇

※二重線枠内については、奈良県ホームページによる公開項目です。

地域連携	担当者:	〇〇 〇〇
	TEL:	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	FAX:	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	メールアドレス:	〇〇〇〇@〇〇〇.〇〇.jp

脳卒中 担当 医師名	〇〇 〇〇
------------	-------

① 施設概要 (病床数:床)	総病床数	内、一般病床	内、医療療養型	内、介護療養型	内、精神科病床	内、結核病床	内、感染症病床
	200	150	50	50			
	内、亜急性期病床	内、回復期リハ病床	内、難病・障害者病床		SCU	地域連携室設置	
						有 5人	
	救急告示病院	臨床研修指定施設	地域支援病院	がん拠点病院	DPC対象	オーダーリングシステム	電子カルテ
	○	×	×	×	○	有	有
	心大血管リハ	脳血管リハ	運動器リハ	呼吸器リハ	訪問リハ(PT)	訪問リハ(OT)	訪問リハ(ST)
	(Ⅱ)	(Ⅰ)	(Ⅰ)	×	×	×	
通所リハ(併設)	特養(併設)	老健(併設)	グループホーム	届出入院基本料の区分			
○	×	○	×				

② 職員数 (単位:人)	神経内科医師		脳外科医師		内科医師		リハビリ医師		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
	3	1	4		20		1		4		1			

③	貴院への入院申し込み手順 出来るだけ具体的に記載してください。(連絡場所や必要書類、所用日数など)														
	①地域連携室へ電話で申し込む ②〇〇〇〇 ③〇〇〇〇 ④〇〇〇〇……														
	担当者のお名前		〇〇 〇〇												
貴院指定の入院申し込み書式				無				医療機関向け入院手順書				有			

④	貴院での入院判定会議等の手順と開催頻度など							
	① 受け入れ判定会議の有無		有		② 受け入れ判定会議の開催頻度		週1回	
	③ 受け入れ判定会議の曜日		水曜日		④ 受け入れ判定会議以外の対応		可	
	※ 判定会議に向けての留意事項 例 Drが所用のため開催できない時がある							
〇〇〇〇……								

⑤	受け入れ可能な医療区分(維持期・医療療養型の施設)			コメント	
	受け入れ可否	医療区分1	医療区分2	医療区分3	〇〇〇〇……
		×	○	×	

⑥	リハビリ入院対象の主な疾患（回復期の施設） 例 ①脳血管疾患 ②骨関節疾患 ③脊髄損傷 ④神経難病 ⑤廃用症候群 など	
	脳血管疾患、骨間接疾患など	
	受け入れにあたってリハビリ転入院が困難な患者状態をお知らせ下さい	
	○○○○……	
外来リハビリの有無について		ある場合外部から受け入れはどのような手順かを記載してください
外来リハビリ	有	○○○○……
外部からの受け入れ	有	

⑦	受け入れ可能患者の状態(回復期・維持期の施設) 記載は○・×・△でお願いします。 △の場合は受け入れできる条件について記載してください。例 MRSA保菌者 △痰以外は受け入れ可能					
	患者状態	可否	受け入れ条件	患者状態	可否	受け入れ条件
	MRSA保菌者	○		遷延性意識障害	○	
	気管切開	○		重度認知症	△	
	重度嚥下障害	△	程度による	人工呼吸器	×	
	NGチューブ留置	○		経静脈的栄養法	○	
	胃ろう	○		人工透析療法	○	
高額注射使用	△		高次脳機能障害	○		

⑧	入院時に必要なもの、持参してもらうもの 例 保険証・受給者証類、タオル、コップ、運動靴かリハビリ靴、洗面用具一式 など		
	保険証、受給者証、……		
	保険外費用について(概算でも可)		
	① 1ヶ月の入院費用概算	約50,000円	② リース料金 月額 円
③ 部屋代(個室) 1日	5,000円	④ 部屋代(個室以外) 日・月 円	
⑤ その他保険外負担 (品目・金額)			

⑨	送迎の対応について(転院時等に関して)		送迎の対応 無
	送迎の状況 具体的に対応方法を記載してください。例 介護タクシーを病院で手配・依頼 or 病院で送迎		
	○○○○……		
	最寄り駅・バス停などからのアクセスについて(駅等からの送迎車があれば記載してください)		
① 電車 最寄り駅:	近鉄○○駅 徒歩10分	② バス 最寄りのバス停:	徒歩 分
③ 送迎車の運行	発着する駅:	駅	分おき 定員: 名

⑩	他機関にPRしたい点、貴院の特徴など 例 回復期:力を入れているリハビリ疾患 維持期:リハビリ時間数 など	
	○○○○……	

⑪	紹介元あるいは紹介先への要望など	
	○○○○……	