Ⅳ　資料

１．脳卒中地域連携診療計画書

２．脳卒中地域連携パス専用シート Ver6.1
　急性期用記入シート
　回復期用記入シート
　維持期用記入シート
　リハビリテーション専門職記入シート（急性期・回復期）
　リハビリテーション専門職記入シート（維持期）

３．日常生活機能評価表
　地域連携計画加算用
　介護事業者フィードバック用

４．脳卒中地域連携パスＰＣ入力手順

５．リハビリ専門職記入シート（急性期・回復期）の入力の手引き

６．栄養部分に関する入力の手引き

脳卒中地域連携診療計画書

氏名	青森　花子　　殿	年齢	48	病名		発症日		説明日	

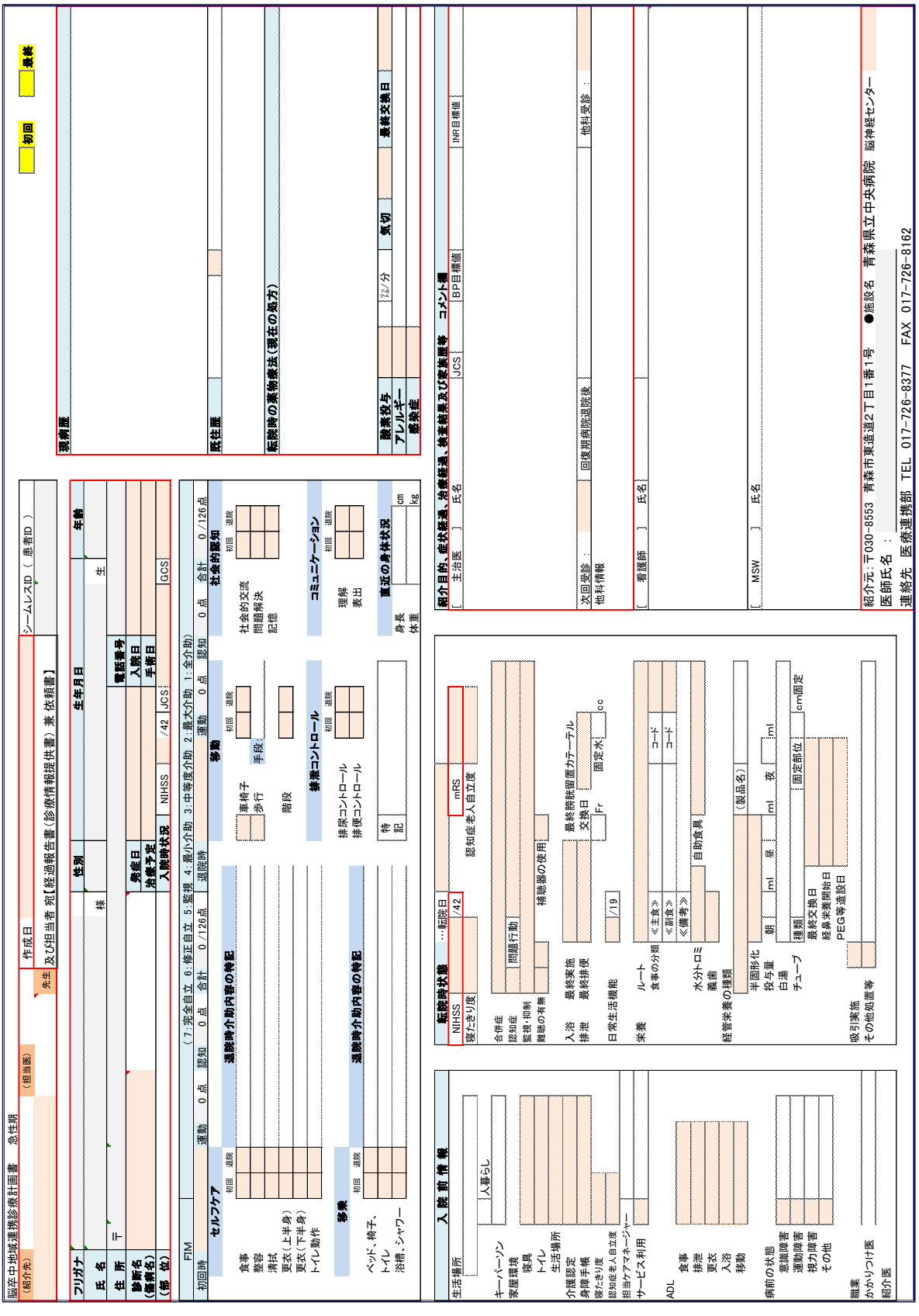
分類	急性期病院	回復期病院	維持期施設
施設名	青森県立中央病院　脳神経センター	連携する医療機関	療養施設・介護施設・かかりつけ医など
期間	発症から5週目まで	転院から6ヶ月後まで	発症から約6ヶ月目以降
看護目標	病状を安定させます	日常生活動作の向上を目指します	再発防止を行います
治療・リハビリテーション	□ 脳の状態を調べます □ 点滴治療を開始します □ 危険因子の評価を行います （タバコ・血圧・糖・脂質・心臓） □ 再発予防の食事・薬を開始します □ リハビリテーションを開始します □ 病状に応じて手術を行います	□ 起き上がりの練習をします □ 移乗動作の練習をします □ 車椅子移動の練習をします □ 歩行練習を行います □ 飲込みの訓練をします □ 日常生活の訓練をします （トイレ・食事・着衣など） □ 脳の高次機能回復を訓練します 	複数の医療施設が連携して機能の回復や維持のための治療を実施します □ 再発防止のための診療を行います □ 日常生活動作の維持訓練を行います
退院基準	自宅で生活できる運動能力があり，自宅での訓練方法も理解している	家族の介護により自宅での生活および通院が可能	家族の介護により自宅での生活および通院が可能
転院基準	症状は安定しているが，立位や歩行などに障害があり，回復期病院での訓練の必要性を理解している	継続した医療が必要．あるいは家族による介護が困難	
説明	病状や予後について説明します 治療方針をご承諾いただきます	機能訓練の見通しなどを説明します 治療方針をご承諾いただきます	危険因子の食事・運動を指導します 再発徴候や日常生活動作の維持方法について説明します
その他	自宅復帰時には日常生活が行いやすいように改修などのアドバイスを行います 必要に応じ介護認定・障害者認定などの申請手続きについてお手伝いします		

この診療計画書は、計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。
病状に応じて変更することがありますのでご了承ください。病名も今後の検査で変更される場合があります。
上記の計画書を運用するにあたり必要な情報は、急性期病院と回復期病院間では、
NOBORIサービス（PHRネットワーク）の地域連携パス機能にて共有します。

患者（あるいは家族）署名

2．脳卒中地域連携パス専用シート Ver6.1

急性期



●資格別コメント

退院時情報

基礎情報

リハへの協力

禁忌・配慮事項・訓練中のリスク等 ＊特記がある場合のみ

趣味嗜好や興味など特記 ＊ある場合のみ

目標値　血圧 上限　／　脈拍 上限

その他：リハ中断がある場合はその理由を記載

共通評価項目

1 認知機能低下　（HDS-R　／30）　（＊MMSE 必要時　／30）

2 見当識障害

3 日常的なコミュニケーション手段　□発話　□筆談　□yes/no　□他　□補聴器

4 Brunnstrom.Stage

初回	□	右	上肢		手指		下肢		□	左	上肢		手指		下肢	
最終	□	右	上肢		手指		下肢		□	左	上肢		手指		下肢	

5 筋緊張異常

6 協調性障害

7 感覚障害

8 関節可動域制限

9 筋力　握力(kg)　右　左

10 疼痛

個別評価項目

11 高次脳機能障害

症状 1　2　3　4　5

12 基本動作能力　点数　＊安定性や条件等記載（実施していない場合は、非実施と記載）

寝返り		
起き上がり		
坐位保持		
＊開始日	／	
立ち上がり		
立位保持		
ABMSⅡ合計点数	0	点

禁止（非実施）：1点、全介助：2点、部分介助：3点、見守り：4点、修正自立：5点、自立：6点

歩行		
＊開始日	／	
階段		

手段：　＊10m歩行速度　秒　／　歩　＊測定出来た場合

13 STEF　右　点　左　点　＊測定出来た場合のみ

特記

14 嚥下・言語　嚥下障害の有無　嚥下グレード　摂食機能療法算定開始

失語症の有無　失語症タイプ　重症度

構音障害の有無　発話明瞭度

他

15 装具使用

＊コメント

＊ADL上特記すべきことや経過において記す必要がある場合
＊添付書類がある場合はありにチェックし書類名を記入
＊プログラム内容で特記すべきことがある場合

［ 理学療法士 ］　氏名　添付書類　■　あり

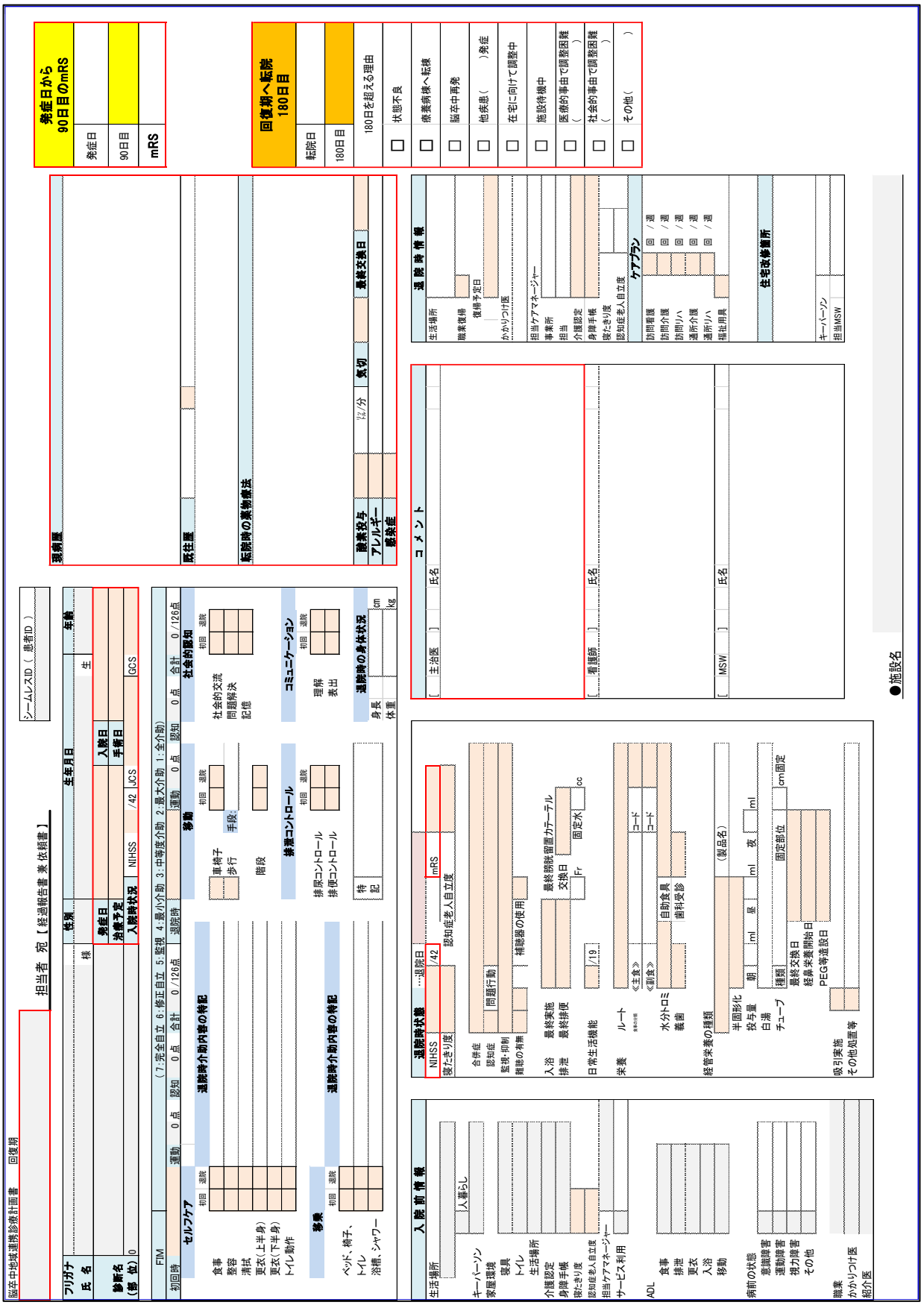
［ 作業療法士 ］　氏名　添付書類　□　あり

［ 言語聴覚士 ］　氏名　添付書類　□　あり

備考

備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保健医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

回復期


脳卒中地域連携診療計画書　回復期
担当者　宛【経過報告書 兼 依頼書】
シームレスID（患者ID）
フリガナ
氏　名
様
性別
生年月日
年齢
生
診断名
（発 症）0
発症日
治療予定
入院時状況
NIHSS
/42
JCS
GCS
入院日
手術日
FIM
（7.完全自立 6.修正自立 5.監視 4.最小介助 3.中等度介助 2.最大介助 1.全介助）
初回時
運動
0 点
認知
0 点
合計
0 /126点
退院時
セルフケア
退院時介助内容の特記
食事
整容
清拭
更衣（上半身）
更衣（下半身）
トイレ動作
移乗
ベッド、椅子、トイレ
浴槽、シャワー
移動
車椅子
歩行
手段
階段
排泄コントロール
排尿コントロール
排便コントロール
コミュニケーション
理解
表出
社会的認知
社会的交流
問題解決
記憶
退院時の身体状況
身長
体重
cm
kg
特記
既病歴
現病歴
転院時の薬物療法
服薬投与
アレルギー
感染症
/分
気切
最終交換日
発症日から
90日目のmRS
発症日
90日目
mRS
回復期へ転院
180日目
転院日
180日目
180日を超える理由
状態不良
療養病棟へ転棟
脳卒中再発
他疾患（　　）発症
在宅に向けて調整中
施設待機中
医療的事由で調整困難（　　）
社会的事由で調整困難（　　）
その他（　　）
退院時情報
生活場所
職業復帰
復帰予定日
かかりつけ医
担当ケアマネージャー
事業所
担当
介護認定
身障手帳
寝たきり度
認知症老人自立度
ケアプラン
訪問看護
訪問介護
訪問リハ
通所介護
通所リハ
福祉用具
回 / 週
住宅改修箇所
キーパーソン
担当MSW
コメント
主治医
氏名
看護師
MSW
入院前情報
人暮らし
キーパーソン
家屋環境
寝具
トイレ
生活場所
介護認定
身障手帳
寝たきり度
認知症老人自立度
担当ケアマネージャー
サービス利用
ADL
食事
排泄
更衣
入浴
移動
病前の状態
意識障害
運動障害
視力障害
その他
職業
かかりつけ医
紹介医
退院時状態
…退院日
/42
NIHSS
mRS
寝たきり度
認知症老人自立度
合併症
認知症
問題行動
監視・抑制
離床の有無
補聴器の使用
入浴
最終実施
排泄
最終排便
最終尿留置カテーテル
交換日
Fr
cc
固定水
日常生活機能
/19
栄養
ルート
≪主食≫
≪副食≫
コード
水分トロミ
義歯
自動食具
歯科受診
経管栄養の種類
（製品名）
半固形化
投与量
朝
昼
夜
ml
白湯
チューブ
種類
固定部位
cm固定
最終交換日
経鼻栄養開始日
PEG等造設日
吸引実施
その他処置等
●施設名

●資格別コメント

退院時情報

基礎情報

リハへの協力

趣味嗜好や異味など特記 ＊ある場合のみ

その他:リハ中断がある場合はその理由を記載

禁忌・配慮事項・訓練中のリスク等 ＊特記がある場合のみ

目標値	血圧上限	／	脈拍上限

共通評価項目

1 認知機能低下 （HDS-R ／30） （＊MMSE 必要時 ／30）

2 見当識障害

3 日常的なコミュニケーション手段 □発話 □筆談 □yes/no □他 □補聴器

4 Brunnstrom.Stage

急性期退院時	□	右	上肢	0	手指	0	下肢	0	□	左	上肢	0	手指	0	下肢	0
回復期退院時	□	右	上肢		手指		下肢		□	左	上肢		手指		下肢	

5 筋緊張異常

6 協調性障害

7 感覚障害

8 関節可動域制限

9 筋力 握力(kg) 右 左

10 疼痛

個別評価項目

11 高次脳機能障害

症状 1 2 3 4 5

12 基本動作能力 点数 ＊安定性や条件等記載（実施していない場合は、非実施と記載）

寝返り		
起き上がり		
坐位保持		
＊開始日	／	
立ち上がり		
立位保持		
ABMSⅡ合計点数	0 点	（禁止（非実施）:1点、全介助:2点、部分介助:3点、見守り:4点、修正自立:5点、自立:6点）
歩行		
＊開始日	／	手段: ＊10m歩行速度 秒 ／ 歩 ＊測定出来た場合
階段		

13 STEF 右 点 左 点 ＊測定出来た場合のみ

特記

14 嚥下・言語 嚥下障害の有無 嚥下グレード 摂食機能療法算定開始

失語症の有無 失語症タイプ 重症度

構音障害の有無 発話明瞭度

他

15 装具使用

＊コメント ＊ADL上特記すべきことや経過において記す必要がある場合のみ
＊添付書類がある場合はありにチェックし書類名を記入
＊プログラム内容で特記すべきことがある場合

[理学療法士] 氏名	添付書類	□	あり	

[作業療法士] 氏名	添付書類	□	あり	

[言語聴覚士] 氏名	添付書類	□	あり	

脳卒中地域連携診療計画書

担当者　宛【 経過報告書 兼 依頼書 】

シームレスID（患者ID）
0

フリガナ 氏　名	様	性	生年月日　　生		年齢
診断名		既 往 症			
（部　位）		治療予定		発症日	
感染症		手術日		入院日	

現病歴・症状：	
転院時受けている薬物療法：	
アレルギー：	

達成目標	ステップ 1（ADL全介助レベル）		ステップ 2（ベッド上動作レベル）		ステップ 3（車いすレベル）		ステップ 4（歩行可能レベル）		ステップ 5（応用歩行可能レベル）	
次ステップへの達成度	□ ベッド上臥床		□ 寝返り 介助度:	開始日	□ 車いす移乗 介助度:	開始日	□ 平行棒歩行 介助度:	開始日	□ 階段昇降 介助度:	開始日
	□ ギャッチ座位 介助度:		□ 起き上がり 介助度:	開始日	□ 車いす駆動 介助度:	開始日	□ 歩行器歩行 介助度:	開始日	□ 屋外歩行 介助度:	開始日
	***	***	□ 端坐位 介助度:	開始日	□ 起立～立位 介助度:	開始日	□ 杖歩行 介助度:	開始日	***	***
	発症前 ステップ	***	***	***	***	***	□ 独歩 介助度:	開始日	最終到達 ステップ	***

入 院 前 情 報

生活場所：
（　　）
人暮らし
キーパーソン
介護認定：（　　）
身障手帳：（　　）
寝たきり度：　認知症老人自立度：
担当ケアマネージャー：

ADL
- 食事：
- 排泄：
- 更衣：
- 入浴：
- 移動：

家屋構造
- 階段：
- 手すり：
- 寝具：
- トイレ：
- 建物：

職業：
かかりつけ医：
紹介医：

転院時状態　（　　）…転院日

□	NIHSS	/42	□	Barthel Index	/100
□	mRS	**	□	FIM	/126

***	**		
寝たきり度：	ランク（　）	認知症老人自立度：	ランク（　）
***	**		
合併症：			
監視・抑制：			
問題行動：			
認知症：			
栄養投与：			
***	**		
ADL動作：	介助度	コメント	
食　事			
入　浴		最終実施日：	
排　泄	最終排便日：	カテーテル更新日：	
移　動			
更　衣			
整　容			
日常生活機能：	/19		
高次脳機能：			
嚥下障害：		嚥下・NST・PEG 記載：	
言語障害：			
補装具製作：			
その他：			

コ メ ン ト

[主治医]（　　）

[看護師]（　　）

[MSW]（　　）

[　　]（　　）

退 院 時 情 報

生活場所：
職業復帰：
復帰予定日
かかりつけ医：
担当ケアマネージャー：

介護認定：（　　）
身障手帳：（　　）
寝たきり度：　認知症老人自立度：
ケアプラン：

訪問看護		回	／週
訪問介護		回	／週
訪問リハ		回	／週
通所介護		回	／週
通所リハ		回	／週

福祉用具：
住宅改修箇所：

キーパーソン：
担当MSW：

施設名

維持期

資格別コメント		
	理学療法士：（氏名）（　　）	作業療法士：（氏名）（　　）	言語聴覚士：（氏名）（　　）

３．日常生活機能評価表

青森脳卒中地域連携パス連絡協議会
地域連携診療計画加算

青森県立中央病院
医療連携部　行き
FAX番号　017－726－8162

シームレスID番号

当機関が受け入れた患者　　の状況をお知らせします。

医療機関名　　報告者名

日 常 生 活 機 能 評 価 表

患者の状況	初回受診時 年　月　日 得点		
	0点	1点	2点
1. 床上安静の指示	なし	あり	
2. どちらかの手を胸元まで待ち上げられる	できる	できない	
3. 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
4. 起き上がり	できる	できない	
5. 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6. 移乗	できる	見守り 一部介助が必要	できない
7. 移動方法 （主要なもの1つ）	介助を 要しない移動	介助を要する移動	
8. 口腔清潔	できる	できない	
9. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
10. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
11. 他者への意思伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
12. 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13. 危険行為への対応	ない	ある	
合計得点	点		

※初回受診時に、各項目に該当する得点の箇所に〇をつけ合計得点を出し記入する。
※得点：0～19点
※得点が低いほど、生活自立度が高い。

青森市民病院
地域医療連携室
FAX番号　017－734－2177

青森脳卒中地域連携パス連絡協議会
地域連携診療計画加算

シームレスID番号

当機関が受け入れた患者 [　　] の状況をお知らせします。

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　報告者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日 常 生 活 機 能 評 価 表

患者の状況	初回受診時 年　月　日 得点		
	0点	1点	2点
1. 床上安静の指示	なし	あり	
2. どちらかの手を胸元まで待ち上げられる	できる	できない	
3. 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
4. 起き上がり	できる	できない	
5. 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6. 移乗	できる	見守り 一部介助が必要	できない
7. 移動方法 （主要なもの1つ）	介助を 要しない移動	介助を要する移動	
8. 口腔清潔	できる	できない	
9. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
10. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
11. 他者への意思伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
12. 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13. 危険行為への対応	ない	ある	
合計得点	点		

※初回受診時に、各項目に該当する得点の箇所に〇をつけ合計得点を出し記入する。
※得点：0～19点
※得点が低いほど、生活自立度が高い。

青森脳卒中地域連携パス連絡協議会
介護事業者フィードバック用

青森県立中央病院
医療連携部　行き
FAX番号　017－726－8162

シームレスID番号

当機関が受け入れた患者 [　　] の状況をお知らせします。

介護事業者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　報告者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日 常 生 活 機 能 評 価 表

患者の状況	回復期医療機関退院後　6ケ月目		
	年　　月　　日		
	得点		
	0点	1点	2点
1. 床上安静の指示	なし	あり	
2. どちらかの手を胸元まで待ち上げられる	できる	できない	
3. 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
4. 起き上がり	できる	できない	
5. 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6. 移乗	できる	見守り 一部介助が必要	できない
7. 移動方法 （主要なもの1つ）	介助を 要しない移動	介助を要する移動	
8. 口腔清潔	できる	できない	
9. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
10. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
11. 他者への意思伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
12. 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13. 危険行為への対応	ない	ある	
合計得点	点		

※初回受診時に、各項目に該当する得点の箇所に〇をつけ合計得点を出し記入する。
※得点：0～19点
※得点が低いほど、生活自立度が高い。

青森市民病院
地域医療連携室
FAX番号　017－734－2177

青森脳卒中地域連携パス連絡協議会
介護事業者フィードバック用

シームレスID番号

当機関が受け入れた患者 [　　] の状況をお知らせします。

介護事業者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　報告者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日 常 生 活 機 能 評 価 表

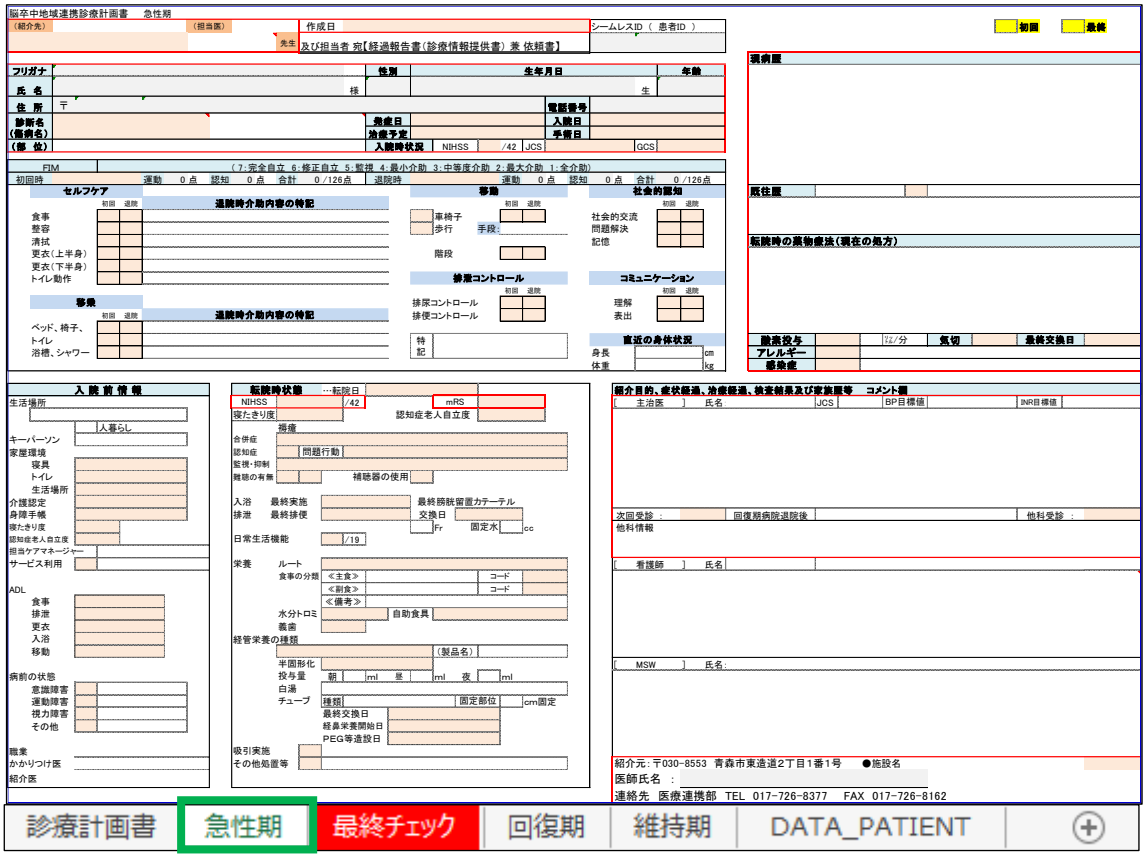
患者の状況	回復期医療機関退院後　6ケ月目		
	年　　月　　日		
	得点		
	0点	1点	2点
1. 床上安静の指示	なし	あり	
2. どちらかの手を胸元まで待ち上げられる	できる	できない	
3. 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
4. 起き上がり	できる	できない	
5. 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6. 移乗	できる	見守り 一部介助が必要	できない
7. 移動方法 （主要なもの1つ）	介助を 要しない移動	介助を要する移動	
8. 口腔清潔	できる	できない	
9. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
10. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
11. 他者への意思伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
12. 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13. 危険行為への対応	ない	ある	
合計得点	点		

※初回受診時に、各項目に該当する得点の箇所に〇をつけ合計得点を出し記入する。
※得点：0～19点
※得点が低いほど、生活自立度が高い。

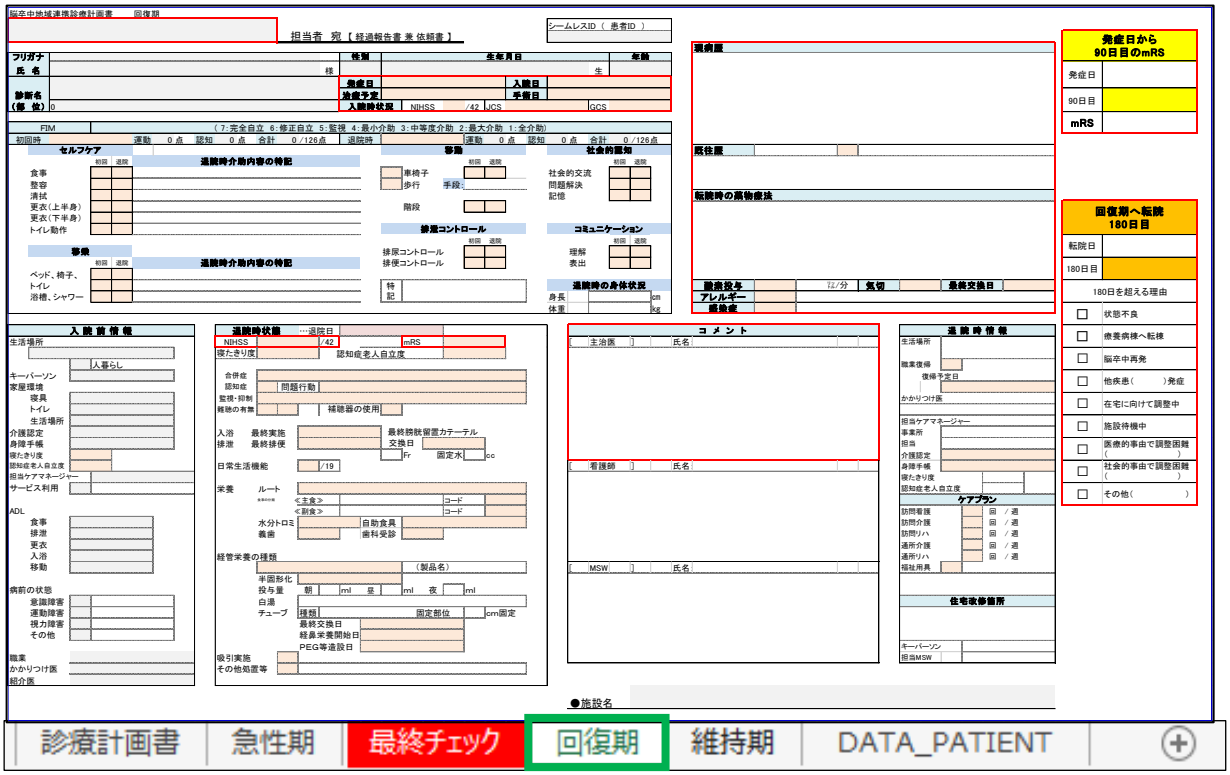
４．脳卒中地域連携パスＰＣ入力手順

（１）使用するシート

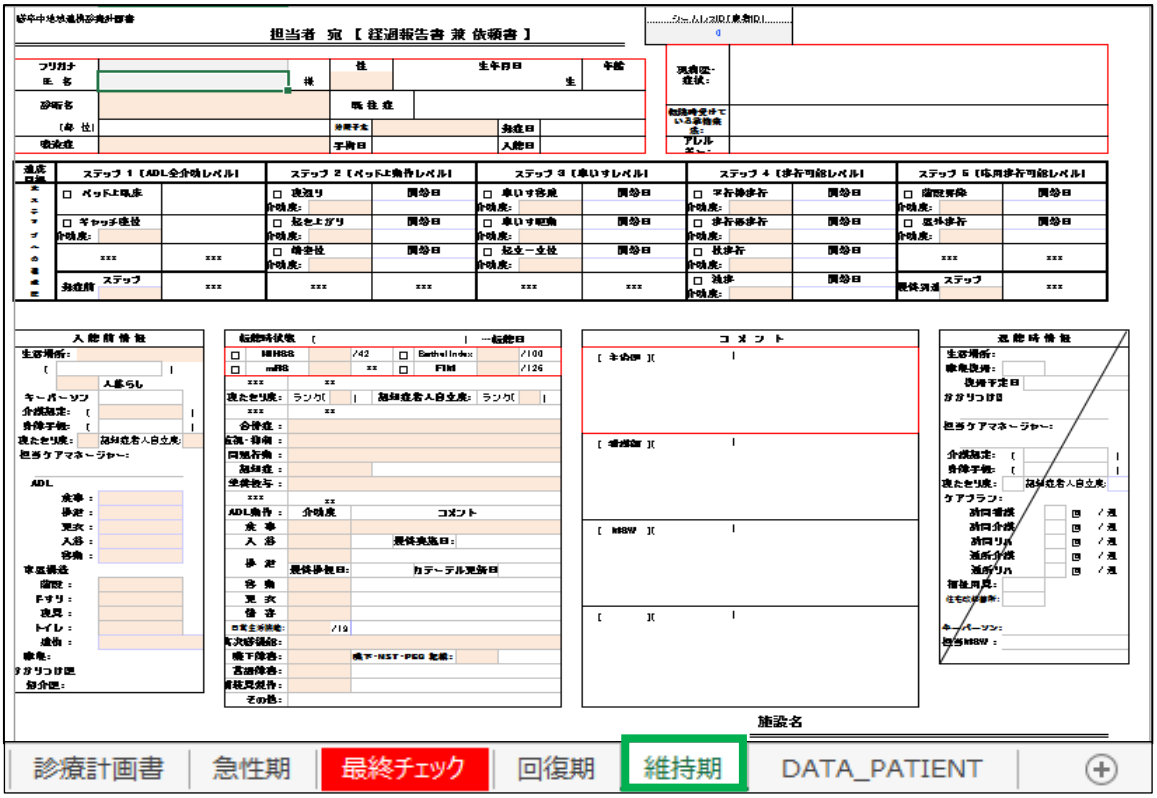
①　急性期病院



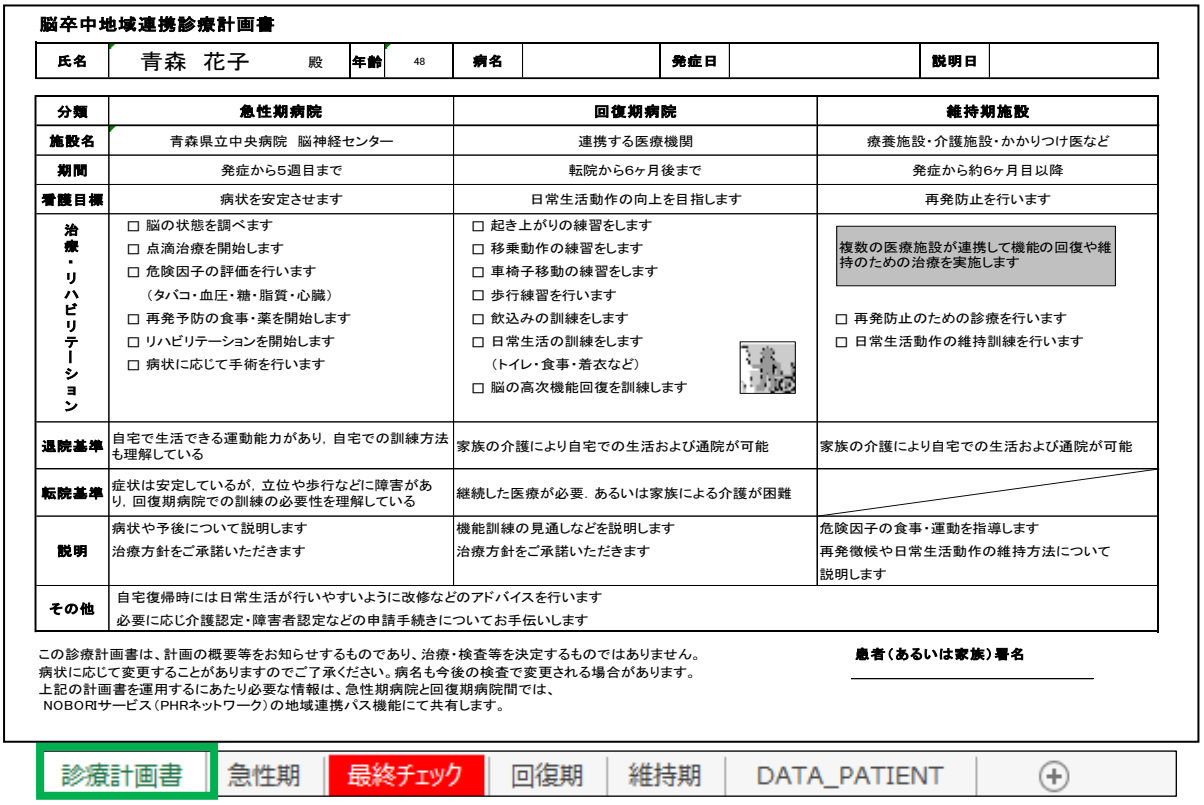
②　回復期医療機関



③　維持期医療機関



④　診療計画書



脳卒中地域連携診療計画書

氏名	青森　花子　殿	年齢	48	病名		発症日		説明日	

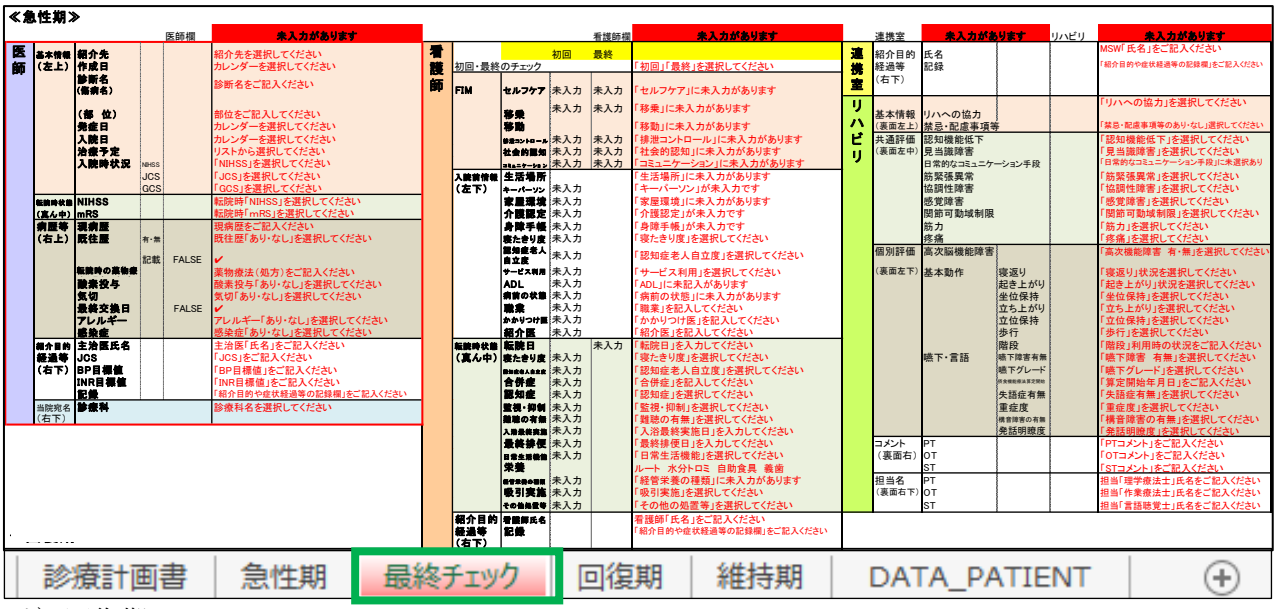
分類	急性期病院	回復期病院	維持期施設
施設名	青森県立中央病院　脳神経センター	連携する医療機関	療養施設・介護施設・かかりつけ医など
期間	発症から5週目まで	転院から6ヶ月後まで	発症から約6ヶ月目以降
看護目標	病状を安定させます	日常生活動作の向上を目指します	再発防止を行います
治療・リハビリテーション	□ 脳の状態を調べます □ 点滴治療を開始します □ 危険因子の評価を行います （タバコ・血圧・糖・脂質・心臓） □ 再発予防の食事・薬を開始します □ リハビリテーションを開始します □ 病状に応じて手術を行います	□ 起き上がりの練習をします □ 移乗動作の練習をします □ 車椅子移動の練習をします □ 歩行練習を行います □ 飲込みの訓練をします □ 日常生活の訓練をします （トイレ・食事・着衣など） □ 脳の高次機能回復を訓練します	複数の医療施設が連携して機能の回復や維持のための治療を実施します □ 再発防止のための診療を行います □ 日常生活動作の維持訓練を行います
退院基準	自宅で生活できる運動能力があり，自宅での訓練方法も理解している	家族の介護により自宅での生活および通院が可能	家族の介護により自宅での生活および通院が可能
転院基準	症状は安定しているが，立位や歩行などに障害があり，回復期病院での訓練の必要性を理解している	継続した医療が必要．あるいは家族による介護が困難	
説明	病状や予後について説明します 治療方針をご承諾いただきます	機能訓練の見通しなどを説明します 治療方針をご承諾いただきます	危険因子の食事・運動を指導します 再発徴候や日常生活動作の維持方法について説明します
その他	自宅復帰時には日常生活が行いやすいように改修などのアドバイスを行います 必要に応じ介護認定・障害者認定などの申請手続きについてお手伝いします		

この診療計画書は、計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。
病状に応じて変更することがありますのでご了承ください。病名も今後の検査で変更される場合があります。
上記の計画書を運用するにあたり必要な情報は、急性期病院と回復期病院間では、
NOBORIサービス（PHRネットワーク）の地域連携パス機能にて共有します。

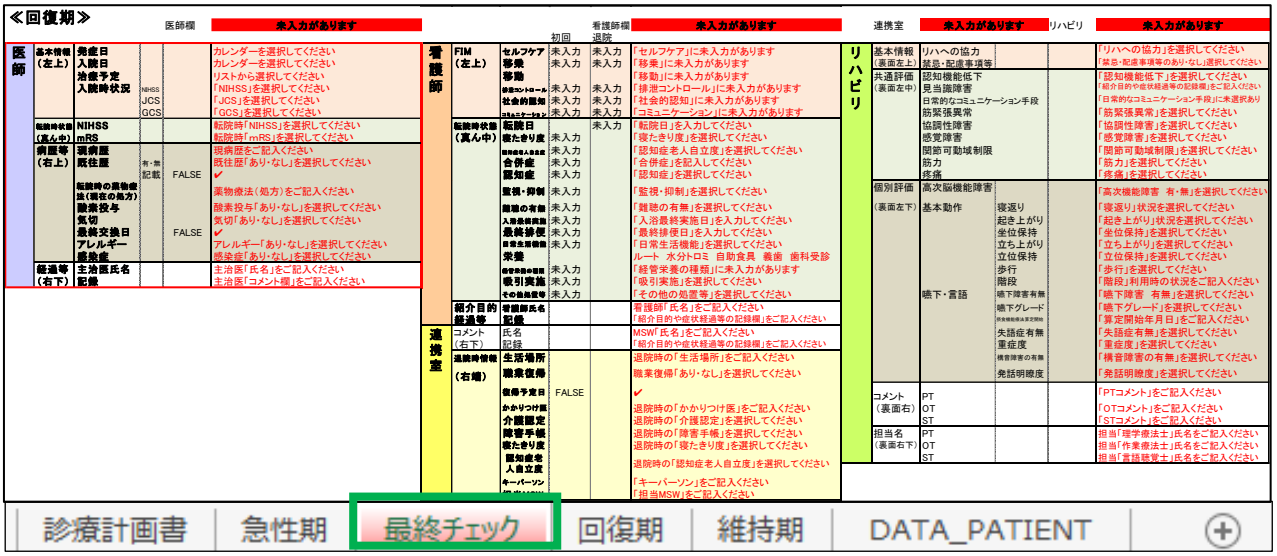
患者（あるいは家族）署名

④　最終チェックシート（未入力チェック用）
　　未入力があると赤字でコメントが表示される

ア）急性期



イ）回復期



※未入力が無い場合は以下のとおり全て「✔」となり、職種欄に「ＯＫ」と表示される

（2）入力方法

≪共通事項≫

① のセル…プルダウンリスト及びポップアップ画面からの選択部分です。

② のセル…自動転記及び自動計算部分です。

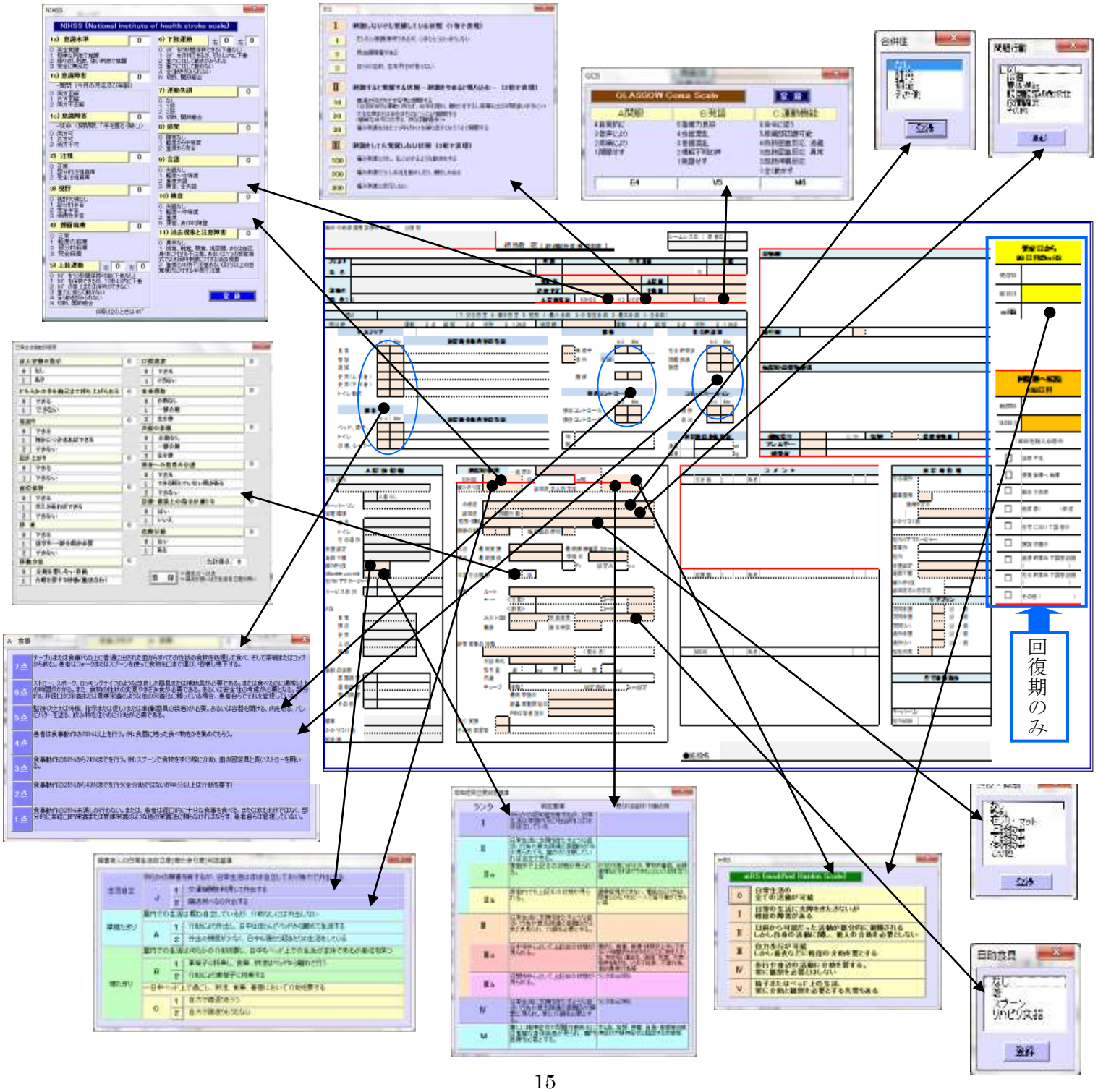
③ ポップアップ画面の設定がされているセルにアイコンを合わせると、ユーザーフォームが表示されます。

④ 急性期及び回復期用記入シートでは、生年月日以外の日付部分が西暦表示となり、カレンダー選択機能（直接入力も可能）が付いています。

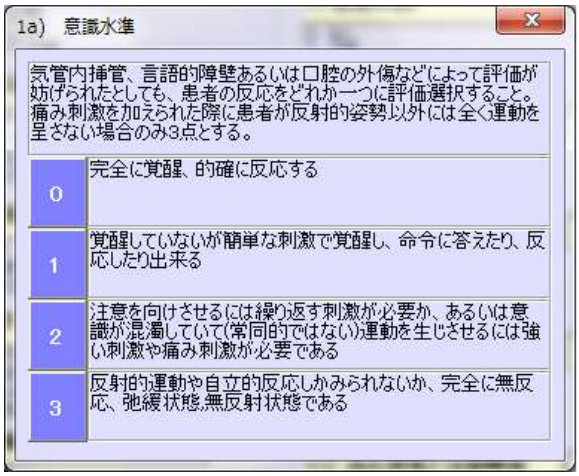
≪急性期・回復期用記入シート≫

① ポップアップ画面での選択部分と表示例（急性期には「退院時情報」はありません。）

※「合併症」、「問題行動」、「監視・抑制」、「自助食具」は複数選択が可能です。



② ＮＩＨＳＳの詳細ユーザーフォーム



※「NIHSS」の各項目（黄色部分）をクリックすると、詳細のユーザーフォームが表示されます。詳細のユーザーフォームからレベルを選択してください。

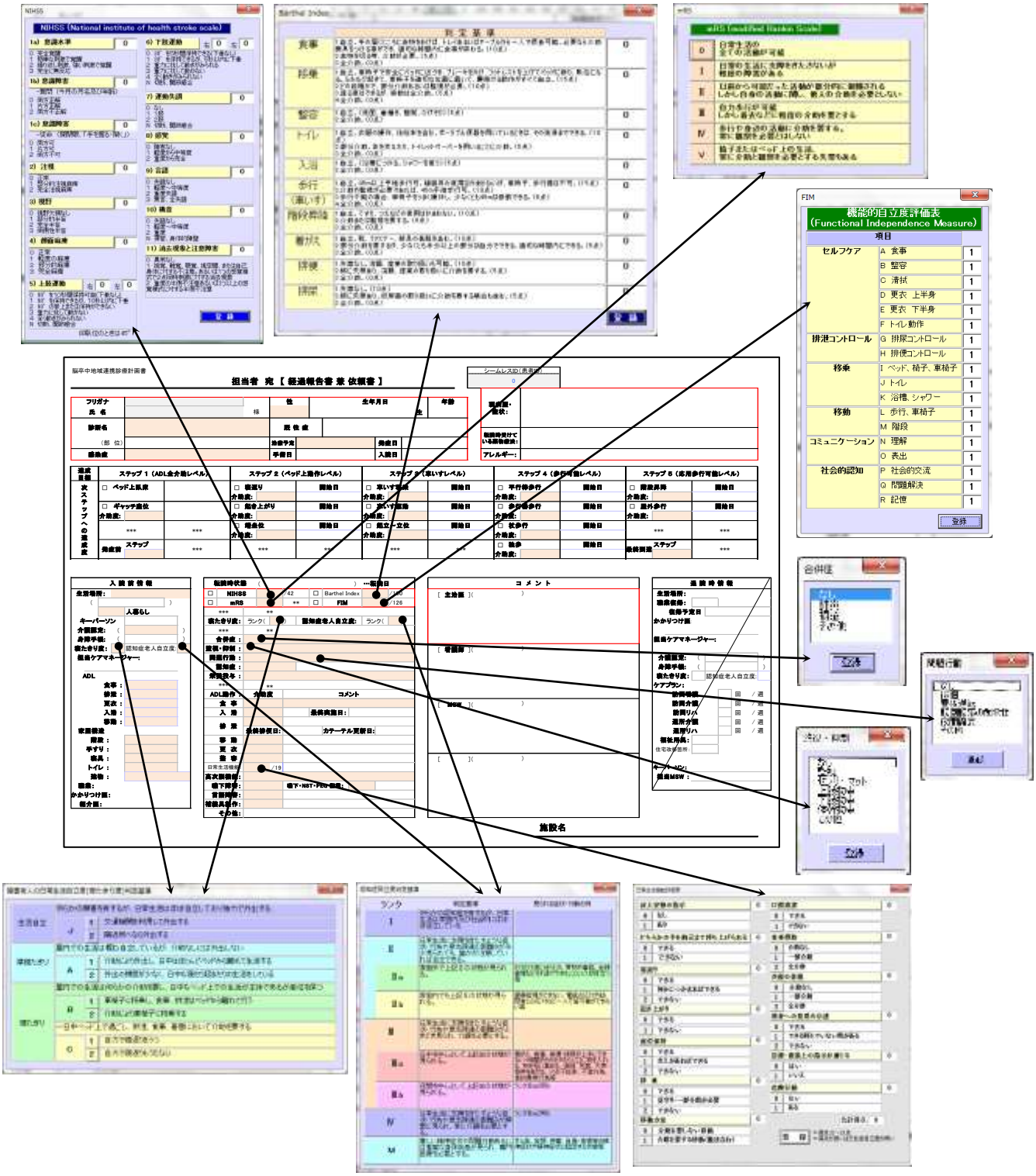
③　プルダウンリストでの選択部分

患者属性	紹介先（急性期シートのみ）	入院前情報	寝具	退院時情報	職業復帰
	治療予定		トイレ		介護認定
	診断名（傷病名）		生活場所		身障手帳
	既往歴　有無		介護認定		訪問看護
	酸素投与		身障手帳		訪問介護
	気切		サービス利用		訪問リハ
	アレルギー		食事		通所介護
	感染症		排泄		通所リハ
FIM	食事　初回・退院		更衣		福祉用具
	整容　初回・退院		入浴		
	清拭　初回・退院		移動		
	更衣（上半身）　初回・退院		意識障害		
	更衣（上半身）　初回・退院		運動障害		
	トイレ動作　初回・退院		視力障害		
	ベッド、椅子　初回・退院	転院時状態	認知症		
	トイレ　初回・退院		難聴の有無		
	浴槽、シャワー　初回・退院		補聴器の使用		
	車椅子		栄養　ルート		
	歩行		栄養　食事の分類　主食コード		
	車椅子　初回・退院		栄養　食事の分類　副食コード		
	排尿コントロール　初回・退院		栄養　水分トロミ		
	排便コントロール　初回・退院		栄養　義歯		
	社会的交流　初回・退院		経管栄養の種類		
	問題解決　初回・退院		半固形化		
	記憶　初回・退院		吸引実施		
	理解　初回・退院		その他処置等		
	表出　初回・退院				
リハビリテーション専門職記入シート（急性期・回復期）の選択部分全般					

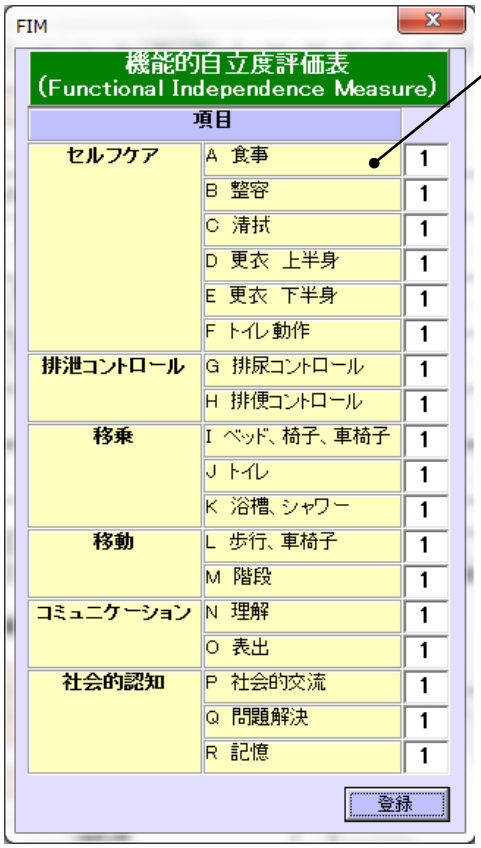
≪維持期用記入シート≫

① ポップアップ画面での選択部分と表示例

※「合併症」、「監視・抑制」、「問題行動」は複数選択が可能です。



② ＦＩＭの詳細ユーザーフォーム



※「FIM」の小項目（例：A 食事）をクリックすると、詳細のユーザーフォームが表示されます。詳細のユーザーフォームから点数を選択してください。

③ プルダウンリストでの選択部分

患者属性	性別	入院前情報	生活場所	転院時状態	認知症
	診断名		介護認定		栄養投与
	治療予定		食事		食事
	感染症		排泄		入浴
ADLステップ	介護度（全般）		更衣		排泄
	ステップ　発症前		入浴		移動
	ステップ　最終到達		移動		更衣
			階段		整容
			手すり		高次脳機能
			寝具		嚥下障害
			トイレ		嚥下・ＮＳＴ・ＰＥＧ記載
					言語障害
					補装具製作

（3）データ管理

急性期病院と回復期医療機関間は、「NOBORI サービス（PHR ネットワーク）」の地域連携パス機能でやり取りします。具体的な方法は下記のとおりです。

① 事前準備

使用するパソコンは個人情報保護のため、必ずセキュリティ対策のなされたものとしてください。

＜ＰＨＲネットワークを利用するためのセキュリティ要件＞

＊コンピュータウイルス、マルウェア、ワーム等、様々な形態・呼称を持つ不正ソフトウェア対策のため、不正ソフトのスキャン用ソフトウェア（ウイルス対策ソフト）をパソコンにインストールし、有効化していること。
＊セキュリティ・ホール（脆弱性）が報告されているソフトウェアへの修正プログラム（パッチ）、利用していないサービスや通信ポートの無効化／遮断などのセキュリティ対策を実施していること。
＊製品出荷時にパスワード等が設定されている情報機器等については、製品出荷時のパスワード等から変更していること。
＊ＯＳやブラウザなど、開発元においてサポート期限が終了しているソフトウェアやライセンスの有効期限が切れたソフトウェアは使用しないこと。

② 入力

ダウンロードしたデータファイルを開く時、『コンテンツの有効化』をクリックしてください。

③ 保存

入力したデータは、ファイル右上の入力確定（サーバーへデータ送信）をクリックし、アップロードして保存します。

（５）達成目標の設定

①各施設における退院・転院基準

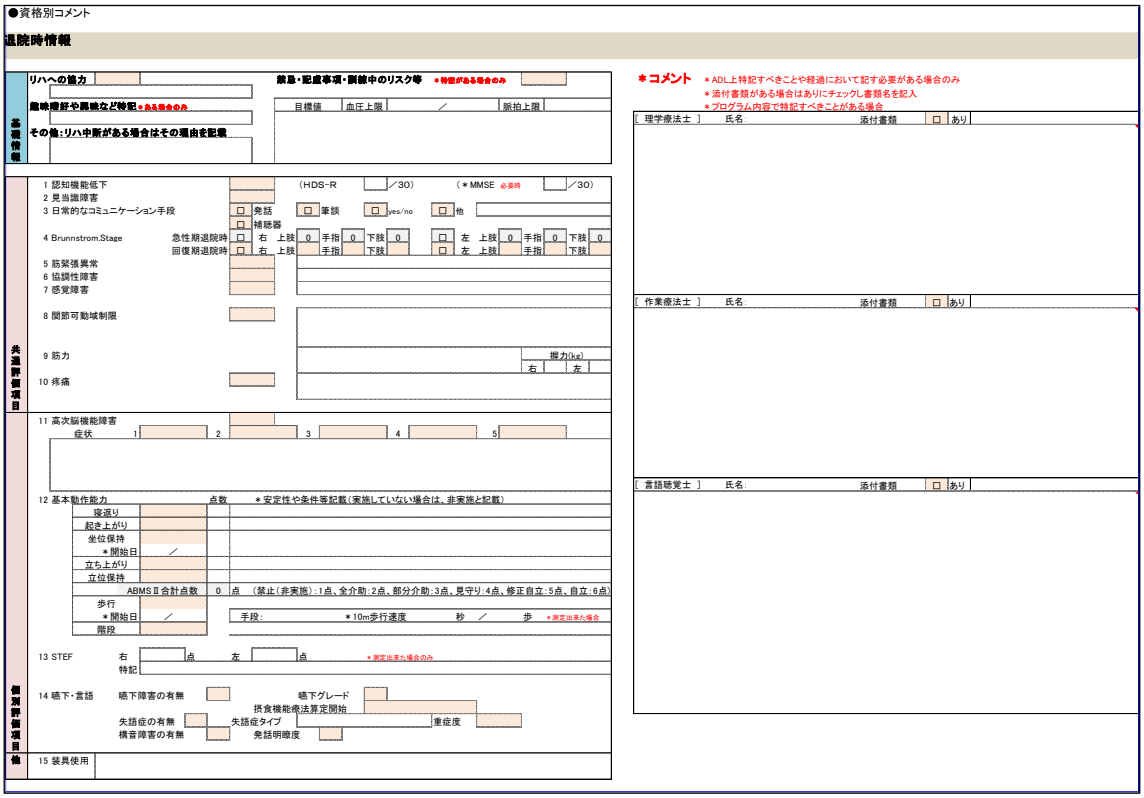
施設ごとの基準は以下のとおりとなっています。

	退院	転院	施設入所
急性期	○自宅での生活が可能な運動能力 ○自宅でのリハビリ継続の必要性を理解し同意している。	○自力歩行が困難であるか、意識障害などの神経症状を有しているが症状は安定している。 ○現状では自宅での生活は困難であり、転院先の医療機関でリハビリを行う必要性を理解している。	
回復期	○外来での通院が可能。セルフケアが自立、または家族介護により在宅生活が可能。	○継続した医療が必要。	○セルフケアに介護を要するが､家族による介護が困難。
維持期	○外来での通院が可能。セルフケアが自立、または家族介護により在宅生活が可能。		○セルフケアに介護を要するが､家族による介護が困難。

②在院日数

急性期は発症～３５日、回復期は転院～１８０日程度と設定しています。

５．リハビリテーション専門職用シート（急性期・回復期）の入力の手引き



【基礎情報】

リハへの協力

リハビリ実施について患者の協力が得られる場合は**「あり」**を選択します。訓練場面での拒否や理解力低下等のため協力が得られない場合は**「なし」**を選択してください。

具体的なことについては下記の空欄に記載してください。

禁忌・配慮事項・訓練中のリスク等

リハビリを実施する際に何らかの禁忌事項や配慮すべき点、またリスク管理上で指示等がある場合には**「あり」**、無い場合は**「なし」**を選択してください。具体的なことについては下記の空欄若しくはコメント欄に記載してください。

その他

入院経過中にリハビリの中断があった場合は、その期間、理由などを記載してください。

【評価項目】

（１）認知機能低下

HDS-R が 20 点以下の場合や、高次脳機能障害がある場合は**「あり」**を選択し、**「(11) 高次脳機能障害」**に詳細を記載してください。

意識障害があり認知機能の精査が困難であった場合は**「疑い」**を選択します。

上記のいずれにも当てはまらず、認知機能に問題ない場合は**「なし」**を選択します。

（2）見当識低下

日時（年、曜日、月日）、現在の居場所を質問し、どちらか一方または両方が不正解の場合は見当識障害**「あり」**を選択します。日時、居場所共に正答した時は見当識障害**「なし」**を選択します。

意識障害で精査困難な場合は**「疑い」**を選択します。

（3）日常的なコミュニケーション

会話が可能な場合は**「発話」**に■チェックを付けてください。また**「筆談」**や「yes/no」反応によるコミュニケーション手段を使用している場合は、あてはまる項目に■チェックを付けてください。

またその他の手段を用いている場合は、**「他」**に■チェックを付けその内容を記載してください。

例　コミュニケーションノート、伝の心等

（4）Brunnstrom Stage

今回の発症麻痺側に■チェックを付けてください。

初回と最終評価時の上肢・手指・下肢ステージについて**「Ⅰ」～「Ⅵ」**を選択してください。

陳旧性の麻痺についてはステージのみを選択してください。

（5）筋緊張異常

視診、触診、他動運動、動作時に筋緊張の異常がある場合に**「あり」**を選択します。また、異常な筋緊張を呈している筋群と緊張の状態を空欄に記載してください。筋緊張異常がない場合は**「なし」**を選択してください。

（6）協調性障害

協調性障害の有無を**「あり」「なし」「疑い」**から選択してください。

「あり」や**「疑い」**の場合は、臨床所見を記載してください。

（7）感覚障害

感覚障害の有無を**「あり」「なし」「疑い」**から選択してください。

「あり」や**「疑い」**の場合は、臨床所見を記載してください。

（8）関節可動域制限

関節可動域制限がある場合は**「あり」**を選択します。また、可動域制限がある部位と可動域（角度）を記載してください。

関節可動域制限がない場合は**「なし」**を選択してください。

（9）筋力

筋力低下が認められる部位や程度を記載してください。

左右の握力を記載してください。

(10) 疼痛

疼痛の有無を**「あり」「なし」**から選択してください。

「あり」の場合、部位や程度、発生時期などを記載してください。

(11) 高次脳機能障害

高次脳機能障害がある場合は**「あり」**を選択し、症状を**「半側空間無視」、「失行」、「失認」、「遂行機能障害」、「記憶障害」、「その他」**から選択してください。高次脳機能関連の評価結果・評価日、日常生活場面で問題が見られている点などをコメント欄に記載してく ださい。失語がある場合は、「(14) 嚥下・言語」の項で記入してください。

高次脳機能障害がない場合は**「なし」**を選択してください。

意識障害等で精査困難な場合は**「疑い」**を選択します。

(12) 基本動作能力

それぞれの項目のできる動作能力について**「禁止」「全介助」「部分介助」「見守り」「修正自立」「完全自立」**から選択します。**「寝返り」「起き上がり」「坐位保持」「立ち上がり」「立位保持」の項目**については、下記の採点基準に沿って点数も入力してください。安定性や条件等の補足が必要な場合は、右側の空欄に記載してください。

「坐位保持」、「歩行」については開始日を入力します。

歩行速度の測定が可能な方は、10m最大歩行について時間と歩数を記載してください。

《評価方法・評価基準》

「寝返り」、「起き上がり」、「座位保持」、「立ち上がり」、「立位保持」の評価は、Ability for Basic Movement Scale Ⅱ (ABMSⅡ）を参考に実施します。方法及び採点基準は以下の通りです。

寝返り

ベッド上にて背臥位から側臥位まで寝返る。方向はどちらからでも構わない。ベッド柵を使用すれば、修正自立となる。

起き上がり

ベッド上にて背臥位から端座位までの一連の動作。方向はどちらでも構わない。ベッド柵を使用すれば修正自立となる。

坐位保持

足底は床に接し、背もたれに寄りかからない。手は大腿部に置き、30 秒間以上保持。手でベッド柵やベッドの縁を把持が必要な場合は修正自立となる。

立ち上がり

上肢を使用せずに立ち上がる。ベッドの高さは約 45～50ｃｍ。ベッド柵や平行棒を使用すれば修正自立となる。

立位保持

足幅は任意で、寄りかからずに 30 秒間以上保持する。ベッド柵や平行棒を使用すれば修正自立となる。

《採点基準》

禁止(非実施)1 点　：医学的な面（不安定なバイタルサイン、合併症）から動くことを禁止されている、またはできない、行っていない。

全介助　　2 点　：75%以上の介助

部分介助　3 点　：75％以下の介助

見守り　　4 点　：見守りや口頭指示を必要とする

修正自立　5 点　：ベッド柵や手すりを使用する場合。

完全自立　6 点　：ベッド柵や手すりを把持せず可能

「歩行」と**「階段」**の評価方法と評価基準は以下の通りです。

歩行

《評価方法》　患者へ 50ｍの距離を歩いてもらう。

《評価基準》

禁　止　　：医学的な面から歩行が禁止されている（安静度)、または歩行できない、行っていない。

全介助　　：どんなに介助しても 15ｍしか歩行できない。

部分介助　：15ｍ以上の距離を 75％未満の介助であるくことができる。

見守り　　：見守りや口答指示で 50ｍ以上の距離を歩くことができる。

修正自立　：杖・歩行器、装具などを使い、連続 50ｍ以上を歩くことができる。

完全自立　：補助具無しに、連続 50ｍ以上を歩くことができる。

階段

《評価方法》　患者へひと続き（12～14 段）の階段を昇降してもらう。

《評価基準》

禁　止　　：医学的な面から禁止されている（安静度)、または階段昇降はできない、行っていない。

全介助　　：どんなに介助しても 4～6 段しかできない。

部分介助　：75％未満の介助で昇降ができる。

見守り　　：補助具の有無にかかわらず、昇降するかたわらで見守りや口答指示が必要。

修正自立　：杖・手摺り、装具などを使い、昇降する。

完全自立　：補助具無しに、昇降する。

(13) STEF

STEF の左右の点数を記載してください。特記事項があればコメントを記入してください。

(14) 嚥下・言語

嚥下障害の有無

嚥下障害がある場合**「あり」**、ない場合**「なし」**を選択して下さい。

嚥下グレード

対象者の現在のグレードを**「1」～「10」**から選択して下さい。

摂食機能療法算定開始

摂食機能療法の算定を開始した日を記載して下さい。

失語症の有無

失語症がある場合**「あり」**、ない場合**「なし」**、精査困難だが疑いがある場合**「疑い」**を選択して下さい。

失語症のタイプ

失語症のタイプを記入して下さい。

重症度

失語症の重症度を**「重度」、「中等度」、「軽度」**から選択してください。

構音障害の有無

構音障害がある場合**「あり」**、ない場合**「なし」**、精査困難だが疑いがある場合**「疑い」**を選択して下さい。

発話明瞭度

対象者の現在の発話明瞭度を**「1」～「5」**から選択してください。

(15) 装具使用

使用している装具と使用場面について記載してください。

６．栄養部分に関する入力の手引き

（１）栄養ルート

併用している場合は、看護師コメント欄に記入して下さい。

（２）食事の分類

食事は主食・副食とも自施設の名称を記入して下さい。

さらに嚥下食対応表などを参考に当てはまる食事コードを選択して、必ず入力下さい。

（３）水分トロミ

水分にトロミをつけていない場合は「なし」を選択して下さい。

トロミをつけている場合はトロミの程度を「薄いとろみ」「中間のとろみ」「濃いとろみ」から選択して下さい。

各濃度の詳細については嚥下対応表マニュアルにありますので参考にして下さい。

なお、水ゼリーなどの場合は、コメント欄に記載して下さい。

（４）自助食具

自助食具を使用している場合は名称を選択して下さい。(複数選択可)

（５）義歯

義歯を使用している場合は「使用中」を選択して下さい。

義歯を持っているが合わないため使用してなかったり、入院前から使用していない場合は「未使用」を選択して下さい。

義歯を持っていない場合は「なし」を選択して下さい。

（６）経管栄養の種類

プルダウンリストから選択してください。

製品名を記載してください。

（７）半固形化

半固形化は多くの場合、「REF-P1」か「ネオハイトロミール」を使用していると思いますので、これらは選択欄から選択して下さい。

半固形化タイプの経腸栄養剤を使用している場合は、経管栄養の製品名の欄に名称を記載して、「行なっている（その他)」を選択して下さい。

観点などで固形化を子なっている場合は「行なっている（その他)」を選択して、看護師コメント欄にその旨を記載して下さい。

（8）投与量

朝・昼・夜投与以外の場合、例えば 1 日 4 回以上投与している場合や、低速持続投与の場合などは看護師コメント欄に記載して下さい。

（9）白湯

白湯の投与方法もかなりバラツキがあるのでフリーコメントになっています。記載方法としては、毎食後 100ml 投与、20 時に 500ml1 回投与、などと記載して下さい。

(10) PEG 等造設日

PEG 以外、PTEG や腸瘻などもここに造設日を記載して下さい。