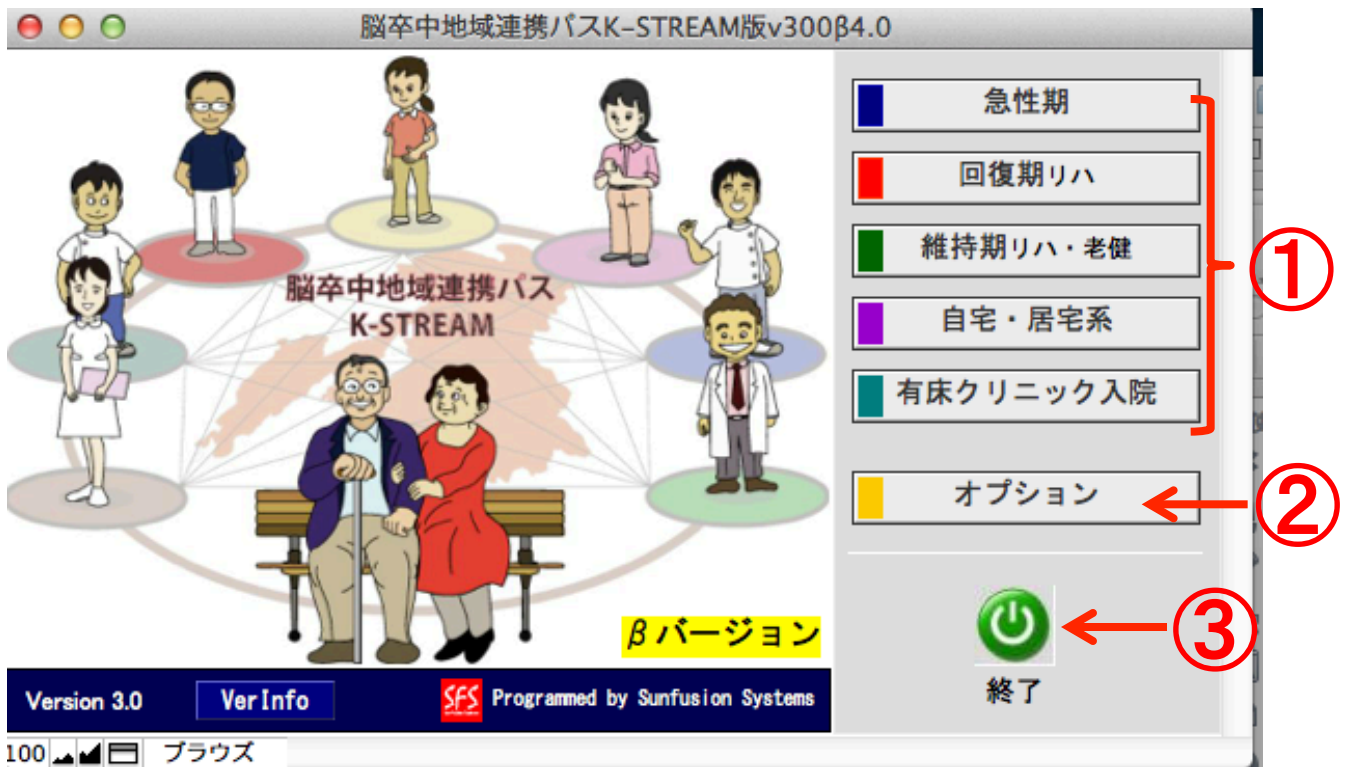


脳卒中地域連携パスv3.00 K-STREAM版入力マニュアル 目次

- 2～7頁：基本事項
- 8～12頁：急性期
- 13～15頁：回復期リハ
- 16～18頁：維持期リハ・老健
- 19頁：自宅・居宅系
- 20頁：有床クリニック
- 21頁：データ書出取込機能
- 23～25頁：シート・パス印刷
- 26～27頁：入力ブランク防止機能
- 28頁：病期別必須入力項目

本バージョンを導入後、「オプションメニュー」の「旧データ取込」ボタンから、旧バージョンのデータを移行してください。
21頁参照



メニュー画面

①各パス選択ボタン

データ入力の対象施設を選択すると、それぞれのデータ入力画面へ移動します。

②オプション

選択すると『脳卒中地域連携パス』シート同士でのデータ書き出し、取り込み処理画面へ移動します。データ提出・取込の際、使用してください。

③終了ボタン

入力後はメニュー画面でパスを終了できます。☒ボタンでも終了できます。

【入力画面】

The screenshot shows a web-based medical data entry interface. At the top, there is a navigation bar with several buttons: 削除 (Delete), 全て表示 (Show All), 検索 (Search), 新規 (New), シート・パス印刷 (Print Sheet/Pass), and メニューへ (To Menu). Red circles with numbers 1 through 7 are placed above these buttons, with arrows pointing to them. Below the navigation bar is a header for '脳卒中地域連携シート' (Stroke Regional Collaboration Sheet). The main area contains patient information for '山田太郎' (Yamada Taro), including birth date 'S46.7.4', age '40', and gender '男' (Male). There are several input fields for '急性期病院ID' (Acute Care Hospital ID), '急性期病院入院日' (Acute Care Hospital Admission Date), and checkboxes for '急性期病院' (Acute Care Hospital), '回復期病院' (Recovery Hospital), and '維持期・クリニック' (Maintenance/Clinic). A '未入力項目数' (Number of Uninput Items) box shows '2'. A '未入力データ抽出' (Extract Uninput Data) button is also present. A message at the bottom states '『病院名』が未入力です。' (Hospital name is not input). On the right side, there is a '登録データ' (Registered Data) table with columns 'No' and '患者名' (Patient Name). The table lists 8 patients, with the 5th patient being '山田太郎' (Yamada Taro). A red box highlights a button in the top right corner of the main area.

基本ボタンの説明

- ①新規の患者データの 입력は新規をクリックして下さい。データ 입력が開始できます。
- ② 입력したレコードを検索するために使用します。
- ③全レコードが表示されます。
- ④レコードを削除します。
- ⑤印刷する際に使用します。地域連携シート、地域連携パス、食機能連携ユニットパスから選択します。
- ⑥メニュー画面に戻ります。
- ⑦左をクリックすると入力画面、右をクリックするとリスト画面の選択ができます。

【リスト画面】

脳卒中地域連携バスK-STREAM版v300β2.0

レコード 6 合計 (未ソート)

レイアウト: LIST 表示方法の切り替え: プレビュー

脳卒中地域連携シート 削除 全て表示 検索 新規

急性期病院ID	急性期入院日	患者名	生年月日	年齢	性別	入院回数	急性期病院	回復期病院	維持期/クリニック
00001	2009/06/02	厚生太郎	1928.12.5	80	男		する		
123456789	2012/03/02	山田太郎	1971.7.4	40	男	1	あり	あり	あり
00001	2009/06/02	厚生太郎	1928.12.5	80	男				
123456789	2012/03/02	山田太郎	1971.7.4	40	男	1	あり	あり	あり
				0					
				0					

各入力欄から直接入力できます。

●をクリックすると入力画面へ移行します。

データ入力の際の注意点

1. 仮名、漢字は全角を使用してください。
2. 英数字は半角で使用してください。
3. ハイフン(-)は使用しないでください。
4. チェックボックスはクリックで選択、再度クリックするとチェックを消去できます。
5. 保存は自動的に行われます。

【入力画面】

脳卒中地域連携シート

患者情報
患者名: 山田太郎 生年月日: S46.7.4 40歳 性別: 男 [第1回目入院]

急性期病院ID: 123456789 (ハイフンなし) 地域連携診療加算請求 急性期病院: あり 未入力項目数: 2
急性期病院入院日: 2012/03/02 回復期病院: あり 未入力データ抽出
維持期・クリニック: あり

【病院名】が未入力です。

急性期 回復期リハ 維持期リハ・老健 自宅・居宅系 有床クリニック入院

病院名: [] [転帰]
主治医: []
発症日: 2012/03/02
急性期ID: 123456789
入院日: 2012/03/02
退院日: 2012/03/14
在院日数: 12日

●自宅(親族宅含む) ()
○回復期リハ病院 ()
○療養型病床群 ()
○老人保健施設 ()
○居宅系施設※ ()
○有床クリニック ()

No	患者名	年齢	性別
1	渋谷 幸弘	45	男
2	中西 重範	40	男
3	厚生太郎	80	男
4	岡田 利佳	32	女
5	山田太郎	40	男
6	田中義男	79	男
7		0	
8		0	

①まず患者情報を入力.

急性期病院ID, 急性期病院入院日は重要必須項目.

急性期ID: 半角数字で入力. ハイフン(-)は省く.

急性期病院入院日: 記入欄横のマークからカレンダー入力可能.

生年月日入力後年齢が自動的に計算されます.

例) 1950/01/20 s25/1/20

地域連携診療加算請求は、記入欄から『する』『しない』のドロップリストより選択.

②各施設の入力画面

各施設のタブを選択することで、対象患者の施設別入力画面が表示.

③患者リスト

患者名をクリックで入力画面に移動.

連携パスのルール

【パスのルール】

==== [脳卒中地域連携パスのルール] =====

- 1.再発や合併症で急性期病院内に転院したらパス終了。
胃瘻や頭蓋骨形成などの目的の一時転院はこの限りにあらず。
- 2.死亡でパス終了

==== [危険因子管理目標] =====

(PI-INR)
70歳未満 2.0 - 3.0
70歳以上 1.6 - 2.6

(脂質異常症)
LDL-コレステロール < 120mg/dℓ
HDL-コレステロール ≥ 40mg/dℓ
T-G < 150mg/dℓ

(降圧)
血圧管理 < 140/80

(減塩)
6g/日以下、体重コントロール

==== [退院/転院の基準] =====

■急性期

- 1) 急性期治療が終了していること (※ 退院：在宅が可能であること)
- 2) 全身状態が安定していること (※ 転院：準備が出来ていること)

■回復期

- 1) ADLが在宅可能であり在宅への準備が出来ていること
- 2) 回復期リハの効果プラトーであること
- 3) 維持期への準備が出来ていること

■維持期

- 1) ADLが在宅可能であり在宅への準備が出来ていること
- 2) 回復期リハの効果プラトーであること
- 3) 維持期への準備が出来ていること

登録データ一覧

No	患者名	年齢	性別
1	厚生太郎	80	男
2	山田太郎	40	男
3	厚生太郎	80	男
4	山田太郎	40	男
5		0	
6	123	?	男

未入力項目数 11
未入力データ抽出

が未入力です。

必須日 ... 必須日

地域連携パスのルール

4

ホーム、ケアハウスなどを含む

下さい。

: 1-2ヵ月)

-3ヵ月)

-5ヵ月)

④脳卒中地域連携パスのルール

脳卒中地域連携パスのルールのボタンをクリックすると、上の【パスのルール】の画面が表示されます。入力の参考にしてください。

⑤未入力項目数

表示シートに必須項目の未入力があれば項目数が表示されます。また未入力の必須項目には▶マークが表示されます。確認して入力してください。

未入力項目数

必須項目未入力マーク

青字項目

青枠

No	患者名	年齢	性別
1	渋谷 幸弘	45	男
2	中西 重範	40	男
3	厚生太郎	80	男
4	岡田 利佳	32	女
5	山田太郎	40	男
6	田中義男	79	男
7		0	
8		0	

ADL	発症前	退院時
mRS	3	4
日常生活機能評価		4
JCS		200

回復期のリハを選択して下さい。			
A	軽障リハコース (mRS1~3 : 1-2ヵ月)		
B	標準リハコース (mRS4 : 2-3ヵ月)		
C	重障リハコース (mRS5 : 3-5ヵ月)		

※青字の項目/青枠の項目は必須入力項目を示しております。未入力時は上部“未入力項目数”にカウント表示されます。

《急性期》

急性期 回復期リハ 維持期リハ・老健 自宅・居宅系 有床クリニック入院

重要必須項目 必須項目

【脳卒中地域連携バスのルール】

1 病院名:

主治医:

発症日: 2012/03/02

急性期ID: 123456789

入院日: 2012/03/02

退院日: 2012/03/14

在院日数: 13日

■ 脳卒中ノート発行: あり なし

2

3

4

【転帰】

自宅（親族宅含む）

回復期リハ病院

療養型病床群

老人保健施設

居宅系施設 ※

有床クリニック

死亡 ※特老、グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウスなどを含む

回復期のリハを選択して下さい。

A	軽障リハコース（mRS1～3：1-2ヵ月）
<input checked="" type="radio"/> B	標準リハコース（mRS4：2-3ヵ月）
C	重障リハコース（mRS5：3-5ヵ月）

参照	ADL	発症前	退院時
詳細入力	mRS	<input checked="" type="radio"/>	4
	日常生活機能評価	<input checked="" type="radio"/>	4
	JCS	<input checked="" type="radio"/>	200

[診断・急性期治療]

急性期シートの入力

- ① 病院名、主治医、発症日を入力。
病院名は重要必須項目なので必ず入力。
入院日、退院日を入力すると在院日数は自動計算されます。
脳卒中ノートの発行の有無もチェックしてください。
- ② 該当する転帰のラジオボタンをチェック。施設名称名称を入力してください。
- ③ 発症前後のmRS、退院時の日常生活機能評価、JCSはを入力します。
死亡退院の場合は日常生活機能評価、JCSの入力は不要。
- ④ 転帰が回復期リハ病院のときはかならず予想される回復期のリハコースを選択してください。表内をクリックするとA,B,Cに○が表示されます。

[mRS・日常生活機能評価表記載詳細]

(1) →

(2) →

	ADL	発症前	退院時
参照	mRS		
詳細入力	日常生活機能評価		
	JCS		

入力欄

(1)mRS

上記→の参照ボタンをクリックすると下の表が表示されますので参照してください。

m-RS (modified-Rankin Scale) 閉じる

0	日常生活のすべての活動が可能
1	症候はあるが日常生活に支障を来す障害はない
2	以前から可能だった活動が部分的に制限される。しかし自身の活動に関し、他人の介助を必要としない。
3	自力歩行が可能。しかし着衣などに軽度の介助を要する。
4	歩行や身の活動に介助を要する。常に観察を必要とはしない。
5	椅子またはベッド上の生活、常に介助と観察を必要とする。失禁もある。
6	死亡

他人の助けを借りずに入浴、トイレ、買い物、食事の準備およびお金の管理の全てができますか？

はい ↓ いいえ ↓

2 ← いいえ ↓ はい → 3

全ての日常動作を上手くできますか？
前より遅くても、やり方を変えてもよいです。

他人の助けを借りず部屋移動できますか？

はい ↓ いいえ ↓

完全に元通りに日常動作が行えますか？

他人の助けを借りず寝た姿勢から座ることができますか？

はい ↓ いいえ ↓

(2) 日常生活機能評価表、
 詳細入力ボタンをクリックすると下の表が表示されます。
 各項目のラジオボタンを選択すると、総得点が自動表示
 (直接総得点を入力することも可)。
 印刷ボタンで日常生活機能評価表を印刷。

注意: 前画面の入力項目にカーソルがあると「別ウィンドウで
 変更中のため、このウィンドウで変更不可」とのアラートが出
 ることがあるので、はずしておくこと。

入力_日常生活機能評価表_急性期

日常生活機能評価表【急性期】 手引き 印刷 閉じる

病院名				評価日			
患者名		性別		生年月日		年齢	0
急性期病院ID※				急性期病院入院日※			

※これらを入力すると後日他施設とのデータ連結ができます。

患者の状況	点数	評価内容
1 床上安静の指示	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	0なし 1あり
2 手を胸元まで持ち上げられる	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	0:できる 1:できない
3 寝返り	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	0:できる 1:何かにつかまればできる 2:できない
4 起き上がり	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	0:できる 1:できない
5 座位保持	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	0:できる 1:支えがあればできる 2:できない
6 移乗	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	0:できる 1:見守り・一部介助が必要 2:できない
7 移動方法	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	0:介助を要しない移動 1:介助を要する移動(搬送を含む)
8 口腔清潔	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	0:できる 1:できない
9 食事摂取	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助
10 衣服の着脱	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助
11 他者への意思の伝達	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	0:介助なし 1:できる時とできない時がある 2:できない
12 診療・療養上の指示が通じる	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	0:はい 1:いいえ
13 危険行動	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1	0:ない 1:ある
合計		

日常生活機能評価 (手引き)

評価説明 1. 安静の指示 2. 手の持ち上げ 3. 寝返り 4. 起き上がり

【日常生活機能評価 評価の手引き】

1. 評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
2. 評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
3. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟に入院した患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。
 なお当該患者が転院前の病院で地域連携診療計画評価料が算定されている場合については、入院時の日常生活機能評価について、当該患者の診療計画の中に記されている日常生活機能評価を用いること。
4. 評価は記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。
5. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
6. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
7. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
8. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。
 動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
9. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、担当の看護師、理学療法士等によって記録されていること。

《急性期》

1

[診断・急性期治療]

▶ <input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> ラクナ梗塞	<input type="checkbox"/> ヘパリン	<input type="checkbox"/> アスピリン	<input type="checkbox"/> 血管内治療
	<input type="checkbox"/> アテローム血栓症	<input type="checkbox"/> ワルファリン	<input type="checkbox"/> クロピドグレル	<input type="checkbox"/> アピキサバン
▶ <input type="checkbox"/> 脳出血 出血量 (<input type="text"/>) ml	<input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓症	<input type="checkbox"/> エダラボン	<input type="checkbox"/> シロスタゾール	<input type="checkbox"/> エドキサバン
	<input type="checkbox"/> TIA	<input type="checkbox"/> オザグレル	<input type="checkbox"/> ダビガトラン	
	<input type="checkbox"/> t-PA	<input type="checkbox"/> アルガトロバン	<input type="checkbox"/> リバーロキサバン	
	<input type="checkbox"/> その他の脳梗塞 (<input type="text"/>)			
	<input type="checkbox"/> 被殻出血	<input type="checkbox"/> 混合型	<input type="checkbox"/> 保存的療法	
	<input type="checkbox"/> 視床出血	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 定位的血腫除去術	
▶ <input type="checkbox"/> くも膜下出血	<input type="checkbox"/> 皮質下出血	<input type="checkbox"/> AVM	<input type="checkbox"/> 開頭血腫除去術	
	<input type="checkbox"/> 小脳出血	<input type="checkbox"/> モヤモヤ病	<input type="checkbox"/> 内視鏡による血腫除去	
	<input type="checkbox"/> 脳幹出血	<input type="checkbox"/> アミロイドアンギオパシー		
	<input type="checkbox"/> 尾状核出血	<input type="checkbox"/> その他の原因		
	<input type="checkbox"/> その他の脳出血 (<input type="text"/>)			
	<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤	<input type="checkbox"/> クリッピング	<input type="checkbox"/> 水頭症 (<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> モヤモヤ病
<input type="checkbox"/> AVM	<input type="checkbox"/> スパズム	<input type="checkbox"/> 出血源不明(画像検索無し)		
▶ <input type="checkbox"/> その他の原因 (<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> コイル	<input type="checkbox"/> 出血源不明(画像検索有り)		

2

[まだ治療中の合併症]

3

[かかりつけ医]

4

[胃 瘻]

作成日: タイプ: サイズ: Fr 作成病院:

①診断・急性期治療では左の診断名のチェックボックスをチェックし、次いで治療内容もチェックしてください。

②転院時、治療中の合併症があれば内容を入力してください。

③かかりつけ医の情報があれば入力してください。

④胃瘻増設があれば、入力してください。

《急性期》

① 以下は地域連携パスの項目です。

リハの 継続	<input type="checkbox"/> 意識障害あり	食 事 感 染	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり (経口 , 経管 , 経口+経管)
治療の 継続	抗凝固薬 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ワルファリン 退院時のPT-INR (<input type="text"/>) ダビガトラン (<input type="text"/>) リバーロキサバン (<input type="text"/>) アピキサバン (<input type="text"/>) エドキサバン (<input type="text"/>)		
	抗血小板薬 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (<input type="text"/>) 脂質異常症 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (<input type="text"/>) 糖尿病管理 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (<input type="text"/>) 降圧薬管理 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (<input type="text"/>)		
	<input type="checkbox"/> 喫煙あり (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 弾性ストッキング着用あり <input type="checkbox"/> 水頭症管理あり (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 気管切開あり <input type="checkbox"/> 合併症あり (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 褥瘡管理あり		
在 宅 準 備	介護保険 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 転院依頼日 (<input type="text"/>)		

② 【食機能連携ユニットパス】

[入力画面へ](#)

未入力
項目数 12

③ 【K-PLUS (虚血性脳卒中レジストリ)】

[入力画面へ](#)

[登録基準](#)

未入力
項目数 60

①継続が必要な情報については、各項目のチェックボックスにチェックをいれ、内容を入力してください。

②・③食機能連携ユニットパス、K-PULSの入力が必要な場合はこちらより別ウィンドウを表示して入力してください。

注意:前ウィンドウの入力項目にカーソルがあると「別ウィンドウで変更中のため、このウィンドウで変更不可」とのアラートが出ることもあるので、はずしておく。前ウィンドウで入力項目でない部分をクリックするとカーソルが外れる。

《回復期》

急性期 | **回復期リハ** | 維持期リハ・老健 | 自宅・居宅系 | 有床列2対入院

① 病院1: [] 病院2: []
急性期病院: [] から転院

② 【転居】
 自宅（親族宅含む）
 療養型病床群
 老人保健施設
 居宅系施設※
 有床クリニック

主治医 [] 回復期ID [] 入院日 [] 退院日 [] 在院日数 []

■ 脳卒中ノート発行: あり なし

③ 急性期病院へ転院 (病院: []) (原因: [])
 死亡 (原因: [])

※「病院2」に入力する際は「病院1」のデータも入力してください。

【リハコース・ADL】 ※ 日付は日常生活機能評価以外の項目の評価日を示す。

ADL	月	入院時	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	退院時
A									
B									
C									
B1									
F1M									
日常生活機能評価				2	0				
JCS									

④ ケアを選択して下さい (維持期リハ・老健のみ)
a 標準ケアコース [日: 25以上・2-3ヵ月]
b 重症ケアコース [日: 0-20・3-6ヵ月]

⑤ 入院中の重大な合併症 (※ [F53K] を入力して下さい。)
 脳卒中再発 (脳梗塞 脳出血 その他)
 肺炎
 その他 ([])

⑥ 回復期退院時
抗凝固薬 (有 無)
ワルファリン 退院時のPT-INR ([]) ダビガトラン ([]) リバーロキサパン ([])
アピキサラン ([]) エドキサパン ([])
抗血小板薬 (有 無) ([]) 脳質異常症 (有 無) ([])
糖尿病管理 (有 無) ([]) 降圧薬管理 (有 無) ([])
 視覚あり ([])
 水腫管理あり ([])

⑦ 治療の継続
 合併症の治療指示 ([])
 弾性ストッキング離脱 時期指示 ([])
 気管切開管理指示 ([])
 褥瘡管理指示 ([])

【食機輸送携ユニットパス】 入力画面へ 未入力項目数 6

※退院時は経過と別に必ず入力して下さい

回復期シートの入力

①病院名、紹介元の急性期病院名、主治医、回復期ID、入院日、退院日、在院日数を入力。入・退院日はカレンダーから入力。在院日数は自動計算されます。

発症2ヶ月以内に回復期病院1から転院を受けた回復期病院2では受け取った病院1のデータを入力した後で病院2のデータを入力してください。

脳卒中ノート発行したときはチェックしてください。

②転帰：

該当する転帰先をチェックしてください。

「療養型病床群」「老人保健施設」を選択した場合は④のケアコースをチェックしてください。

③リハコース・ADL：

入院時から退院まで、毎月、A～Cのリハコース、BI、FIM、日常生活機能評価、JCS、評価日(カレンダー入力)を入力してください。退院時のデータは必須ですので必ず入力してください。ただし、死亡退院の場合は入力不要(不可)です。

④ケアコース：

転帰が「療養型病床群」「老人保健施設」の場合ケアコースをa,bから選択してください。

⑤合併症：

入院中、重大な合併症が生じた場合、入力してください。

⑥地域連携パス(医療者用)に必要な項目を入力できます。

⑦食機能ユニット連携パスの入力画面を表示

[BIの解説]

③→の参照ボタンをクリックすると下の解説が表示されますので参照してください。

項目	配点	基準の内容
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える
	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 移乗	15	自立、ブレーキ、フットレスの操作も含む（歩行自立も含む）
	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、髪剃り）
	0	部分介助または不可能
4 トイレ	10	自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブルトイレ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、身体を支える、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 (車椅子)	15	4.5m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ない
	10	4.5m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
	5	歩行不能の場合、車いすにて4.5m以上の操作可能
	0	上記以外
7 階段昇降	10	自立・手すりなどの使用の有無は問わない
	5	自立・手すりなどの使用の有無は問わない
	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	10	失禁なし、浣腸、座薬の取り扱いも可能
	5	時に失禁あり、浣腸、座薬の取り扱いに介助を要するものも含む
	0	上記以外
10 排尿	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能
	5	時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む
	0	上記以外

[日常生活機能評価表]

入院時から退院時まで入力してください。
死亡退院の場合は入力不要(不可)

入力_日常生活機能評価表_回復期													
日常生活機能評価表【回復期リハ】													
病院名		患者名	性別	生年月日	年齢	0						退院時	
急性期病棟ID※		急性期病棟入院日※		※これらを入力すると後日他施設とのデータ連携が									
患者の状況	入院時	1カ月	2カ月	3カ月	4カ月	5カ月	6カ月	退院時	評価内容				
1 床上安静の指示	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	なし 1あり			
2 手を胸元まで持ち上げられる	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	できる 1できない			
3 寝返り	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	できる 1何かにつかまればできる 2できない			
4 起き上がり	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01				
5 座位保持	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02				
6 移乗	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02				
7 移動方法	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01				
8 口腔清潔	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01				
9 食事摂取	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	介助なし 1一部介助 2全介助			
10 衣服の着脱	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	介助なし 1一部介助 2全介助			
11 他者への意思の伝達	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	00 02	介助なし 1できる時とできない時がある 2できない			
12 診療・療養上の指示が通じる	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	はい 14,15,16			
13 危険行動	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	00 01	ない 1ある			
合計													

※退院時は必ず入力して下さい

《維持期リハ・老健》

急性期 回復期リハ **維持期リハ・老健** 自宅・居宅系 有床クリニック入院 【脳卒中地域連携パスのルール】

① ▶ [療養型病院・老健.1] () 急性期病院: から転院
 [療養型病院・老健.2] () 回復期病院: から転院

②

	病院1	病院2
主治医	<input type="text"/>	<input type="text"/>
維持期ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>
入院日	<input type="text"/>	<input type="text"/>
退院日	<input type="text"/>	<input type="text"/>
在院日数	<input type="text"/>	<input type="text"/>

③ ▶ [転帰] 自宅 (親族宅含む) ()
 療養型病床群 ()
 老人保健施設 ()
 居宅系施設 ※ ()
 有床クリニック ()
※特老、グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウスなどを含む

■ 脳卒中ノート発行: あり なし
 ▶ 急性期病院へ転院 (病院:) (原因:)
 死亡 (原因:)

④ ※「病院2」に入力する際は「病院1」のデータも入力してください。
 【ケアコース・ADL】 ※ 日付は日常生活機能評価以外の項目の評価日を示す。

月	入院時	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	データ提出時	退院時
ADL									
aケアコース									
bケアコース									
参照	日常生活自立度 (寝たきり度)								
詳細入力	日常生活機能評価								
	要介護度								
参照	BI								
	FIM								
	JCS								

【入院中の重大な合併症 (※ □(チェック)を入力して下さい。)]

⑤ 脳卒中再発 (脳梗塞 脳出血 その他 ())
 肺炎
 その他 ()

⑥ 以下は地域連携パスの項目です。

維持期 退院時	抗凝固薬 (<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) ワルファリン 退院時のPT-INR (<input type="text"/>) ダビガトラン (<input type="text"/>) リバーロキサパン (<input type="text"/>) アピキササン (<input type="text"/>) エドキサパン (<input type="text"/>)
	抗血小板薬 (<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) (<input type="text"/>) 脂質異常症 (<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) (<input type="text"/>) 糖尿病管理 (<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) (<input type="text"/>) 降圧薬管理 (<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 喫煙あり (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 水頭症管理あり (<input type="text"/>)

⑦ 【食機能連携ユニットパス】 未入力項目数 **6**

維持期リハ・老健シートの入力

①〔療養型病院・老健1〕に病院名または施設名、紹介先の施設名の欄を入力してください。〔療養型病院・老健1〕から転院を受けた〔療養型病院・老健2〕では受け取った前病院のデータを入力した後に続けて入力してください。

②主治医、維持期ID、入院日、退院日、在院日数を入力してください。

入院日、退院日はカレンダー入力できます。在院日数は自動計算されます。

③該当する転帰先を入力してください。急性期病院への転院、死亡退院の場合、内容を入力してください。

④ケアコース・ADL:入院から退院までa、bのケアコース、BI、FIM、日常生活機能評価、JCS評価日(カレンダー入力)を入力してください。

入力方法は回復期と同様。12～14ページを参照。

日常生活自立度は17ページを参照。

⑤入院、入所中、重大な合併症が生じた場合、入力してください。

⑥地域連携パス(医療者用)に必要な項目をここで入力できます。

⑦食機能ユニット連携パスの入力画面を表示

注意:前画面の入力項目にカーソルがあると「別ウィンドウで変更中のため、このウィンドウで変更不可」とのアラートが出ることもあるので、はずしておくこと。

(1) 日常生活自立度は→の参照ボタンをクリックすると、下表が表示されますので、参照して入力してください。

[ケアコース・ADL] データ提出日: _____

ADL \ 月	入院時	1	2	3	4	5	6	データ提出時	退院時
aケアコース									
bケアコース									
参照 日常生活自立度 (寝たきり度)									
詳細 日常生活機能評価									
要介護度									
参照 BI									
FIM									
JCS									

解説_日常生活自立度 閉じる

日常生活自立度 (寝たきり度)

生活自立	ランクJ	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 「1」…交通機関等を利用して外出する 「2」…隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 「1」…介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 「2」…外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 「1」…車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 「2」…介助により車椅子に移乗する
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 「1」…自力で寝返りをうつ 「2」…自力では寝返りも出来ない

100 ブラウズ

《 自宅・居宅系 》

急性期 回復期リハ 維持期リハ・老健 **自宅・居宅系** 有床リニク入院 【脳卒中地域連携バスのルール】

① 自宅/居宅系: 自宅 居宅系 (居宅系施設: _____)
 かかりつけ医: _____ (在宅支援クリニック)
 かかりつけ医ID: _____

② [転帰]
 急性期病院へ転院 (病院: _____) (原因: _____)
 死亡 (日付: _____) (原因: _____)
 [入院中の重大な合併症 (※ (チェック) を入力して下さい。)]
 脳卒中再発 (脳梗塞 脳出血 その他 _____)
 肺炎
 その他 (_____)
 訪問診療 訪問リハ 気管切開 TPN管理 経管栄養
 訪問看護 訪問介護 褥瘡 胃瘻

③ [ADL] ※ 日付は日常生活機能評価以外の項目の評価日を示す。

月	来院日	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	最終評価
参照	m-RS							④
参照	日常生活自立度 (寝たきり度)							
詳細入力	日常生活機能評価							
	在宅医療							
	通院							
	入院 (老健へ)							
	転院 (急性期へ)							

※「自宅・居宅系」「有床クリニック入院」共通

- ① 自宅、居宅を選択し、居宅系施設であれば施設名も入力してください。かかりつけ医、かかりつけ医IDも入力してください。
- ② 転帰先が急性期病院への転院のとき、転院先の病院名、原因を含め入力してください。
死亡、また入院中の重大な合併症の場合はその内容も含め入力をしてください。
- ③ 来院日より1か月ごとのADL、評価日(カレンダー入力)を入力してください。mRS、日常生活機能評価の入力は7ページを参照。日常生活自立度は維持期の17ページを参照。

《有床クリニック入院》

急性期 回復期リハ 維持期リハ・老健 自宅・居宅系 **有床クリニック入院** 【脳卒中地域連携パスのルール】

① 施設名: (急性期病院以外)
 主治医:
 入院ID: (有床クリニックID)
 入院日: (有床クリニック入院日)
 退院日:
 在院日数:

② 【転帰】
 急性期病院へ転院 (病院:) (原因:)
 死亡 (日付:) (原因:)
 自宅・居宅へ

【入院中の重大な合併症 (※ (チェック) を入力して下さい。)】
 脳卒中再発 (脳梗塞 脳出血 その他)
 肺炎
 その他 ()

③ 【ADL】 ※ 日付は日常生活機能評価以外の項目の評価日を示す。

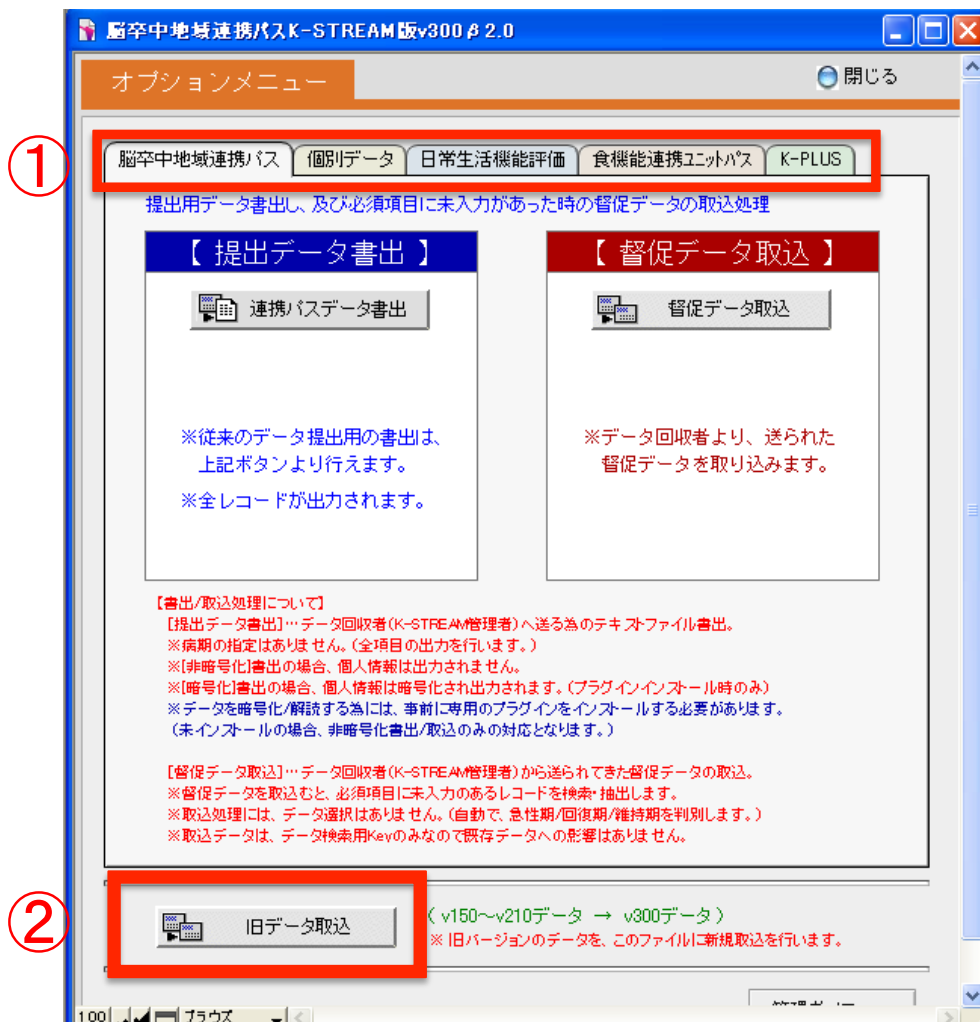
月	来院日	1カ月	2カ月	3カ月	4カ月	5カ月	6カ月	最終評価
参照	m-RS							④
参照	日常生活自立度 (暮らしきり度)							
詳細入力	日常生活機能評価							
	在宅医療							
	通院							
	入院 (老健へ)							
	転院 (急性期へ)							

※「自宅・居宅系」「有床クリニック入院」共通

①病院名、主治医、入院IDを入力してください。
 入院日、退院日を入力すると在院日数は自動計算されます。

②③④の項目は【自宅、居宅系】の18ページと同様に入力してください。

【オプションメニュー】



- ① メニュー画面から「オプション」を選択すると上画面が表示。連携パスに関する各データの書出・取込ができます。

事務局への定期的データ提出の際は「脳卒中地域連携パス」の「提出データ書出」ボタンで全項目のデータの書出処理を行う。

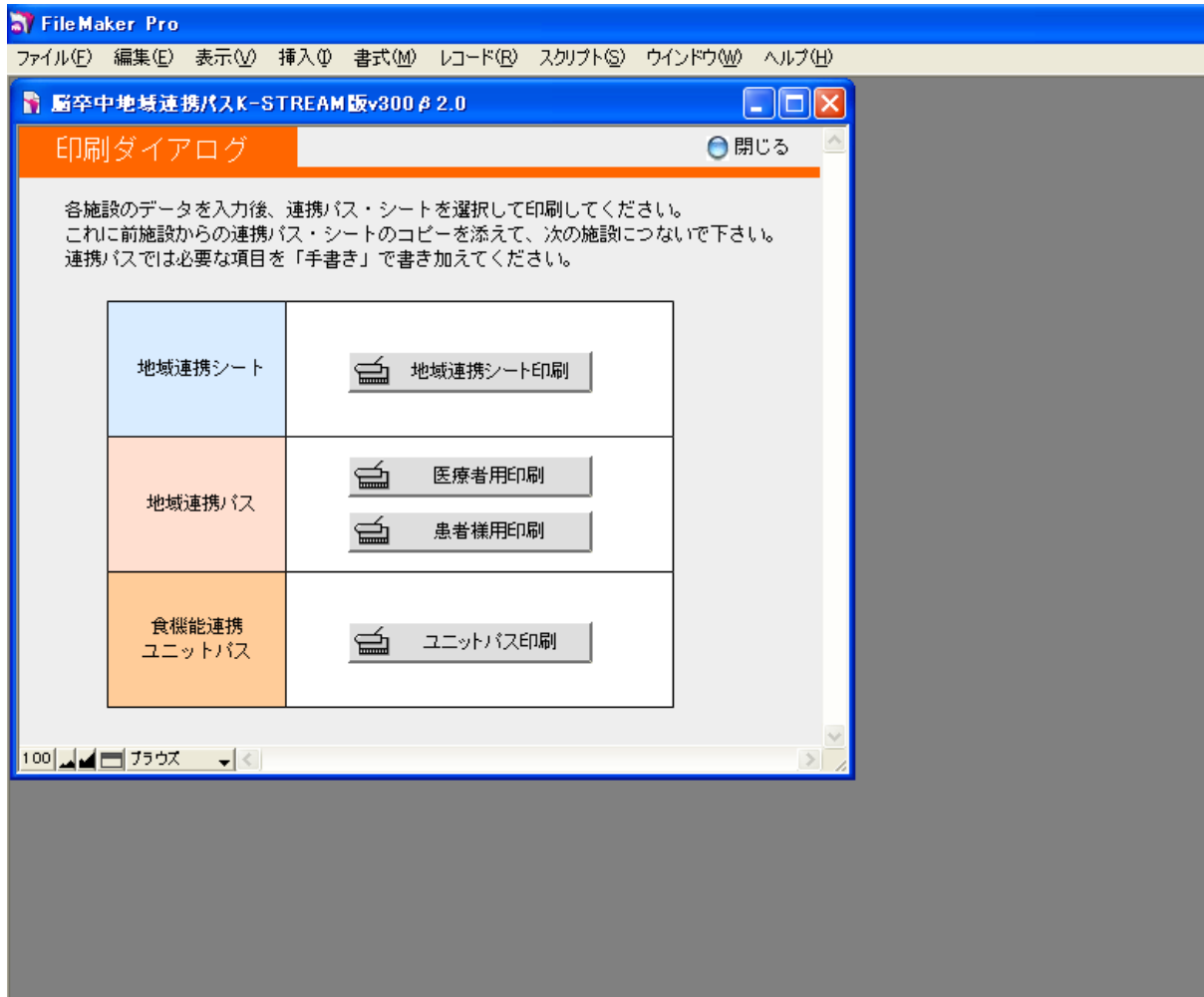
注意:「日常生活機能評価」,「食機能連携ユニットパス」,「K-PLUS」だけのデータを書出・取込をするときはそれぞれのタブから表示される画面で書出・取込を行う。全項目書出をしないように。

- ② 旧バージョンのデータを新バージョンに取り込む

【シート・パス印刷】

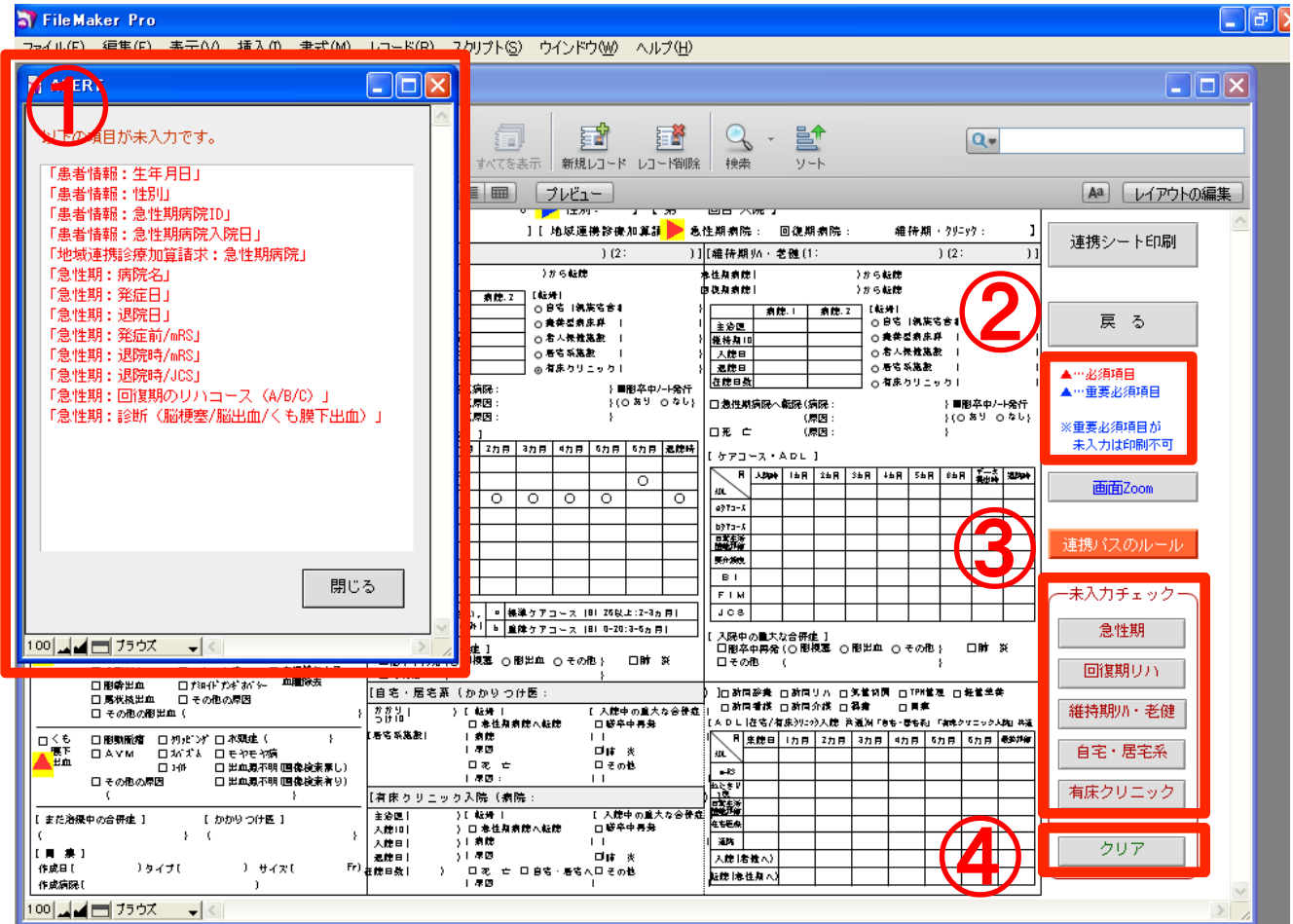
基本ボタンのシート・パス印刷ボタンをクリックすると下の画面が表示されます。データ入力後、必要なパス、シートを選択して印刷して下さい。

印刷画面は次のページを参照してください。



【シート・パス印刷】

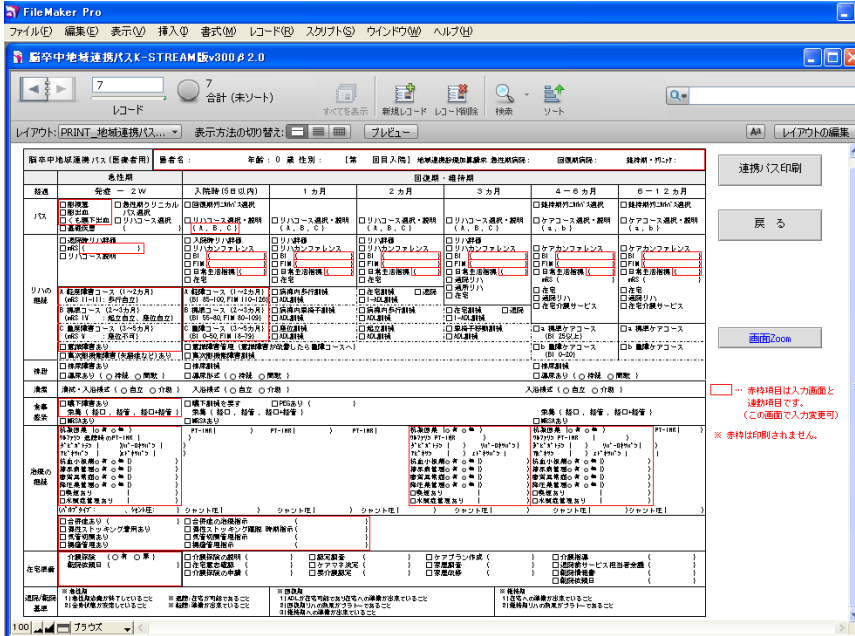
シート・パス印刷画面で、地域連携シートを選択すると下の画面が表示されます。



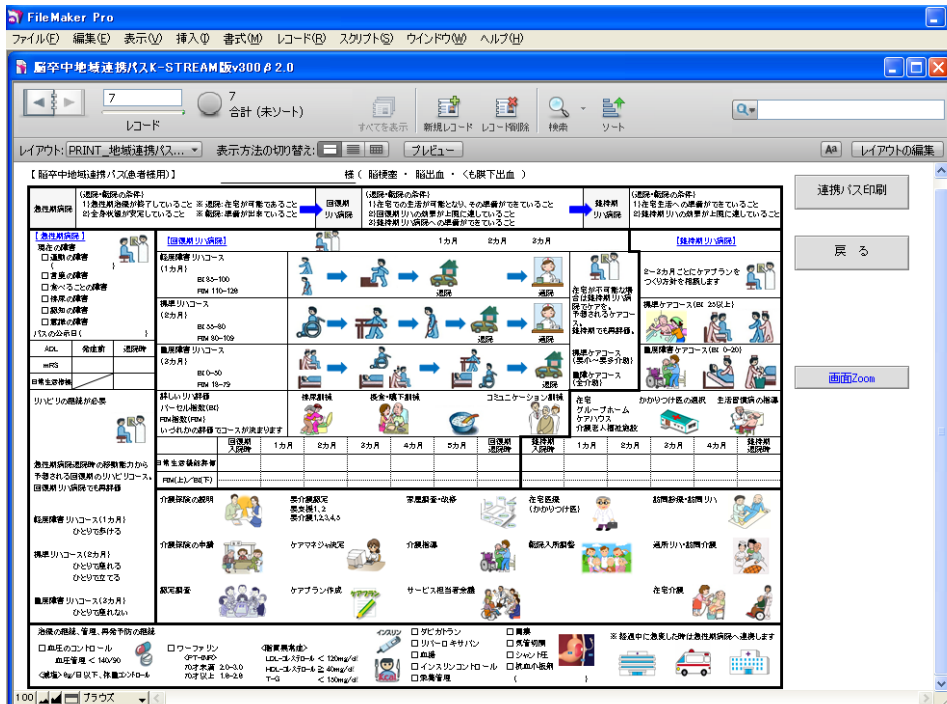
- ①各機関での未入力項目が表示されます。
- ②必須項目の説明です。シート内で必須項目が青、赤の△で表示されます。未入力では印刷ができません。
- ③①の未入力各ALERTが各機関のシートに切り替わります。
- ④クリアボタンをクリックすると画面のALERT、△表示を画面から消すことができます。印刷前に使用して下さい。

【シート・パス印刷】

シート・パス印刷画面で、地域連携パスの医療者用印刷を選択すると下の画面が表示されます。入力画面で入力したデータが反映されます。



シート・パス印刷画面で、地域連携パスの患者様用印刷を選択すると下の画面が表示されます。



ブランク表示機能

【急性期】

【回復期リハ】

【維持期リハ・老健】

【必須項目】

- ①「地域連携診療加算請求(急性期)」
- ②「病院名」
- ③「発症日」
- ④「退院日」
- ⑤「転帰」
- ⑥「mRS(発症前)」
- ⑦「mRS(退院時)」
- ⑧「日常生活機能評価(退院時)」
- ⑨「JCS(退院時)」
- ⑩「回復期のリハコース」
- ⑪「診断(脳梗塞/脳出血/くも膜下出血)」

【必須項目】

- ①「地域連携診療加算請求(回復期)」
- ②「病院1」
- ③「急性期病院からの転院」
- ④「回復期ID(病院1)」
- ⑤「入院日(病院1)」
- ⑥「退院日(病院1)」
- ⑦「転帰」
- ⑧「リハコース入院時(A/B/C)」
- ⑨「BI(入院時)+FIM(入院時)」
- ⑩「BI(退院時)+FIM(退院時)」
- ⑪「日常生活機能評価(退院時)」
- ⑫「JCS(入院時)」
- ⑬「JCS(退院時)」
- ⑭「ケアコース(a/b)」

【必須項目】

- ①「地域連携診療加算請求(維持期・クリニック)」
- ②「療養型病院・老健1」
- ③「維持期ID」
- ④「入院日」
- ⑤「退院日」
- ⑥「転帰」

ブランクデータ入力督促機能



1. 事務局より入力施設に「督促データ」をメールで送付.例) ○

○病院.tab

2. オプション→「脳卒中地域連携パス」から「督促データ」を取りこむ.

脳卒中地域連携バスK-STREAM版v300B6.0

4 / 7 該当件数 (未ソート)

レコード 新規レコード 検索 ソート

レイアウト: 管理用_回復期 表示方法の切り替え: プレビュー

必須入力 (回復期)

患者情報 患者名: 厚生太郎 生年月日: S3.12.5 80 歳 性別: 男 【第 回目入院】

急性期病院ID: 00001 地域連携診療加算請求 急性期病院: する 未入力項目数 4

急性期病院入院日: 2009/06/02 回復期病院: 維持期・加算:

『地域連携診療加算請求』が未入力です。

現在対象レコードには、必須項目に未入力があります。
以下必須項目を全て入力後、右「データ書出 (再提出)」ボタンをクリックして下さい。

No	必須項目名	入力値	備考
1	病院名 1	中西病院	
2	急性期病院		
3	回復期ID (病院1)	000001	
4	入院日 (病院1)	2008/02/25	
5	退院日 (病院1)	2008/04/11	
6	転帰	<input type="radio"/> 自宅 (親族宅含む) <input type="radio"/> 老人保健施設 <input type="radio"/> 有床クリニック <input checked="" type="radio"/> 療養型病床群 <input type="radio"/> 居宅系施設 ※ <input type="radio"/> 急性期病院へ転院 <input type="radio"/> 死亡	※特老、グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウスなどを含む
7	ADLリハコース	(入院時) A: <input type="checkbox"/> B: <input type="checkbox"/> C: <input type="checkbox"/>	A, B, Cのいずれかを選択
8	BI / FIM	(入院時) BI: 100 FIM: 29	参照
9	BI / FIM	(退院時) BI: 33 FIM: 3	値が不明な場合は、「不明」を入力
10	日常生活機能評価	(退院時) : 15	値が不明な場合は、「不明」を入力
11	JCS	(入院時) :	値が不明な場合は、「不明」を入力
12	JCS	(退院時) :	値が不明な場合は、「不明」を入力
13	ケアコース	<input checked="" type="radio"/> 標準ケアコース [BI 25以上 : 2-3ヵ月] <input type="radio"/> 重障ケアコース [BI 0-20 : 3-6ヵ月]	a, bのいずれかを選択 ※維持期リハ老健のみ

※「▶」マークが表示している項目を入力して下さい。

100% ブラウズ

3. 「催促データ入力画面」が表示.

4. 未入力項目を入力

5. 再入力後再提出データ作成

6. 再送付

注意. 再入力作業中断後, 再開するときには再取込操作が必要.

中断までに再入力したデータは保存される.

【病期別必須入力項目】

【急性期】

- ① 地域連携診療加算請求 [急性期病院]
- ② 病院名
- ③ 発症日
- ④ 退院日
- ⑤ 転帰
- ⑥ mRS (発症前)
- ⑦ mRS (退院時)
- ⑧ 日常生活機能評価 (退院時)
- ⑨ JCS (退院時)
- ⑩ 回復期のリハコース
- ⑪ 診断結果 [脳梗塞/脳出血/くも膜下出血]

【回復期リハ】

- ① 地域連携診療加算請求 [回復期病院]
- ② 病院 1
- ③ 急性期病院から転院 (急性期病院名)
- ④ 回復期 I D (病院 1)
- ⑤ 入院日 (病院 1)
- ⑥ 退院日 (病院 1)
- ⑦ 転帰 (転帰orエンドポイント)
- ⑧ ADLコース [A / B / C]
- ⑨ B I (入院時)
- ⑩ B I (退院時)
- ⑪ F I M (入院時)
- ⑫ F I M (退院時)
- ⑬ J C S (入院時)
- ⑭ J C S (退院時)

【維持期リハ・老健】

- ① 地域連携診療加算請求 [維持期・クリニック]
- ② 療養型病院・老健 1
- ③ 維持期 I D (病院 1)
- ④ 入院日 (病院 1)
- ⑤ 退院日 (病院 1)
- ⑥ 転帰 (転帰orエンドポイント)

【自宅・居宅系】

- ① かかりつけ医 (在宅支援クリニック)
- ② かかりつけ医 I D
- ③ 転帰 (エンドポイント)
- ④ 来院日 ADL [mRS/日常生活自立度/日常生活機能評価]

【有床クリニック入院】

- ① 施設名 (急性期病院以外)
- ② 入院 I D (有床クリニック I D)
- ③ 入院日 (有床クリニック入院日)
- ④ 退院日
- ⑤ 転帰 (転帰orエンドポイント)
- ⑥ 来院日 ADL [mRS/日常生活自立度/日常生活機能評価]