

厚生科学研究研究費補助金

医療技術評価総合研究事業

脳卒中地域クリティカルパスの開発に関する研究

平成13年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 岩田 清二

平成14(2002)年3月

## 目次

### I. 総括研究報告書

脳卒中地域クリティカルパスの開発に関する研究	—————	1
岩田清二		

### II. 分担研究報告

1. ①ネットワークサーバの設置管理とソフト設計に関する研究	———	6
大田哲生		
(資料) 1. 患者・施設情報フォーマット		
2. 診療ネットワーク概念図		
②クリティカルパスの開発に関する研究	-----	30
大田哲生		
(資料) クリティカルパス		
2. 救命救急センターと回復期リハとの連携に関する研究	—————	36
森 健太郎		
(資料) クリティカルパス		
3. 地域救急病院の役割と回復期リハとの連携に関する研究	—————	51
青柳昌樹		
(資料) クリティカルパス		
4. 回復期リハ病院と地域医療機関との連携に関する研究	—————	70
黒澤崇四		
(資料) クリティカルパス		
5. 地域リハ広域支援センターの役割と効果	—————	84
稲田晴生		
6. 隣接医療圏（中部）総合病院のかかわりに関する研究	—————	87
袴田康弘		
7. 隣接医療圏（東部）総合病院のかかわりに関する研究	—————	88
築地治久		

平成13年度厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）  
総括研究報告書

脳卒中地域クリティカルパスの開発に関する研究

主任研究者 岩田清二 慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター教授・所長

分担研究者 大田哲生 慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター  
リハビリテーション科医長  
森健太郎 順天堂大学伊豆長岡病院 脳神経外科助教授  
青柳昌樹 三島社会保険病院 脳神経外科主任部長  
黒澤崇四 NTT東日本伊豆病院 診療センター長  
稲田晴生 中伊豆リハビリテーションセンター センター長  
袴田康弘 静岡県立総合病院 総合診療科医長  
築地治久 伊東市立伊東市民病院 管理者

研究の要旨

寝たきり、要介護の最大原因である脳卒中を対象として、地域における患者動態、急性期医療資源やリハビリテーション資源について調査を行い、貴重な医療資源を合理的かつ効率的に活用し、地域の医療の質の向上を図るため、地域の特性を考慮した急性期から回復期さらには維持期までの一貫した脳卒中地域クリティカルパスの開発およびクリティカルパスが円滑に運用されるためのITを活用した地域完結型診療ネットワークの構築について研究した。

A. 研究目的

平成元年12月時点で、平成11年には「寝たきり老人」が約120万人と予測され、それに対応するため、平成2年ゴールドプランが策定され、「寝たきり老人ゼロ作戦」が始まった。その後、平成6年には「新寝たきり老人ゼロ作戦」が、平成11年には介護保険の導入を前に、新寝たきり老人ゼロ作戦を発展させた「ゴールドプラン21」が策定された。その中で総合的な疾病管理の推進として、地域リハビリテーション体制の整備、介護予防の推進などの施策が盛り込まれている。このような施策はある程度の成果を上げてはいるものの、「寝たきりゼロ」には、なおほど遠いのが現状である。

そこで本研究では、寝たきり、要介護の最大原因である脳卒中を対象として、地域の貴重な急性期医療資源やリハビリテーション資源を合理的かつ効率的に活用し、地域の医療の質の向上などを図るため、急性期から回復期さらには維持期までの一貫した脳卒中地域クリティカルパスを開発し、併せてクリティカルパスが円滑に運用されるためのITを活

用した地域診療ネットワークを構築することを目的とした。これにより各施設間の患者の流れが円滑になり、適切な時期に適切な回復期リハビリテーション病院に転院し、患者のニーズにあった適切なリハビリテーション医療・介護を提供することができ、結果として早期社会復帰、障害の軽減、介護予防、ひいては医療費・介護費の節減などの経済効果が期待できる。

## B. 研究方法

本研究の中核をなすものは地域クリティカルパスの開発とITを活用した地域完結型診療ネットワークの構築と検証である。

救命救急センターと地域救急病院は脳卒中を Brain Attack として捉えた上、回復期との連携を考慮した院内クリティカルパスを策定する。回復期リハビリテーション病院は急性期病院からの受け入れ態勢の整備とともに患者の選択基準、回復期リハビリテーションの方法論を確立し、急性期と連結したクリティカルパスの策定と検証を行う。また、維持期との連携についても検討する。地域リハビリテーション広域支援センターは地域におけるリハビリテーション資源について調査把握し、回復期と維持期との連携について研究する。以上の研究に基づき地域の特性に見合った発症から維持期までの一貫した地域クリティカルパスを確立する。

月が瀬リハビリテーションセンターは他の分担研究者と協力してクリティカルパスの開発に参加するとともに地域完結型診療ネットワークシステムの構築について検討し、システムの管理運用を行う。

一方、圏域によってリハビリテーション資源に格差があり、隣接する医療圏との協力体制作りは良質な医療を求める患者のニーズに応えるため必要かつ重要な研究課題であり、各圏域における脳卒中患者の疫学的調査および動態調査を行い、圏域間の連携について研究する。とくに、県立総合病院は県の中核病院として、将来的な全県的システム構築の可能性についても検討する。

3ヶ年計画の初年度である本年度は既存のクリティカルパスの見直しあるいは新規策定を行う。また、圏域内の医療資源の調査および病病連携の現状調査から問題点の抽出などシステム構築に必要な情報の収集を行う。これらの調査に基づき、地域に最も適した地域クリティカルパスの開発と連携システムの構築の検討、立案を行う。第2年度では策定された地域クリティカルパスおよび診療ネットワークシステムの試行と検証および改良を行う。最終年度には、引き続き試行と検証および改良を行い、パスおよびシステムの確立と効用の検証を行う。

(倫理面への配慮) ネットワーク上に掲載される情報には施設情報とともに診療情報、患者の個人情報が含まれるため、守秘機能には十分に配慮し、患者へのインフォームドコンセントも欠かせない。

### C. 研究結果

急性期クリティカルパスについては、脳神経外科手術を必要とする脳血管障害では合併症などによるバリエーションが多く、クリティカルパスの作成は困難とされてきた。過去の症例の統計的解析およびクリティカルパスを使用してきた一部症例のバリエーションの分析から、主な疾患について入院早期に回復期リハビリテーション病院での治療の必要性やその時期の予測可能なクリティカルパスを作成した。また、手術を必要としない症例についても、疾患別、重症度別にクリティカルパスを作成した。

回復期クリティカルパスについての日本リハビリテーション学会のアンケート調査によればリハビリテーション専門医のいる病院においてさえ、バリエーションが多い、エビデンスがないなどの理由からクリティカルパスを実施しているのは28%にすぎない。今回、既存の回復期クリティカルパスや急性期クリティカルパスも視野に入れて、機能障害・能力低下の観点から回復期クリティカルパスを作成した。一部、運動機能面から地域クリティカルパスの骨格ともなるべきパスも立案した。

地域クリティカルパスの開発については、急性期医療ではクリティカルパスは疾患別で実施されるのに対し、回復期リハビリテーションでは症状別、ADLの評価別に行われるなど急性期と回復期では管理方法や観察項目に明確な差異があるため、地域クリティカルパスの確立にもっとも大事なポイントである急性期および回復期の両クリティカルパスをシームレスにつなげることは現段階では困難と判断された。この問題を解決するためには急性期パスと回復期パスに共通の簡明な評価項目の開発と急性期にはアウトカムに主眼を置いたパスの導入を図り、回復期には症状観察の要素も加味したパスの導入を図ることによりシームレスな連結の可能性が示唆されたが、具体的には次年度以降の研究課題とされた。今回は、急性期病院より転送されてきた患者をリハビリテーションコース決定まで一定の観察期間を入れることによって両者をドッキングさせることを提案した。

われわれは駿東・田方医療圏および隣接医療圏の医療資源、特に、リハビリテーション資源の調査および患者の動態調査、病病連携の現状調査から問題点の抽出を行い、得られた情報をもとに地域に最も適したネットワークシステムの構築について検討し、立案した。本研究班の多くがメンバーとなっている県東部脳卒中ネットワーク研究会によるアンケート調査から、意識障害、痴呆、不穏行動、MRSA感染、褥創などが連携上の問題点として抽出された。これら診療情報とともに地域クリティカルパスの開発・検証に欠かせない回復期でのアウトカムが急性期病院にフィードバックされるソフトを開発した。

ネット上に掲載される情報には施設情報や空きベッド情報とともに、患者の診療情報、個人情報も含まれるため、守秘機能に十分な配慮をし、インターネットを介さないISDN回線を用いた地域LANを利用することによってセキュリティーを確保した。

一方で、平成12年に介護保険制度が導入されて以後、維持期施設に患者が滞り、回復期から円滑に移行できない傾向が見られ、さかのぼって回復期あるいは急性期にまでその影響が出てきている。この問題の解決のため回復期リハビリ病院と在宅支援事業者および在

宅医療をサポートするかかりつけ医間で患者情報を共有し、スムーズな連携を確立して在宅医療の拡大を目的に汎用性の高いテレビ会議システムを活用した連携システムの開発と構築を行った。

#### D. 考察

当地域においては、設立母体、性格、規模などをまったく異にする急性期病院、回復期リハビリテーション病院、慢性期病院、介護施設が効率的な連携を保つことなく診療活動を行っており、転院時にタイムラグを生ずるなど、貴重な医療資源が有効に活用されておらず、その損失は大きい。これら資源を合理的・効率的に活用するためには各施設が施設内での医療の効率化を図るとともに一貫した地域クリティカルパスの導入とともに、地域内の病院情報や患者情報をリアルタイムに共有できるITを活用した診療ネットワーク作りが望まれる。

脳卒中の発症から維持期までの一貫したクリティカルパスは同一施設内においては存在するが、多施設間にわたるクリティカルパスは例を見ない。急性期病院と回復期病院のリハビリ担当医が同一でなく、また前述のごとく急性期医療ではクリティカルパスは疾患別で実施されるのに対し、回復期リハビリテーションでは症状別、ADLの評価別に行われることが大きな要因である。このように急性期と回復期では管理方法や観察項目に明確な差異があるため、地域クリティカルパスの確立にもっとも大事なポイントである急性期および回復期の両クリティカルパスをシームレスにつなげることは現段階では困難と考える。今回は、急性期病院より転送されてきた患者をリハビリテーションコース決定まで一定の観察期間を入れることによって両者をドッキングさせることを提案したが、この問題を解決するためには急性期パスと回復期パスに共通の簡明な評価項目の開発とともに急性期にはアウトカムに主眼を置いたパスの導入を図り、回復期には症状観察の要素も加味したパスの導入を図ることによりシームレスな連結の可能性が示唆されたが、具体的には今後の研究課題とされた。次年度以降、試行と検証を重ねて、回復期におけるアウトカムを急性期病院にフィードバックすることなどによって問題解決を図って行く予定である。

脳卒中に対する地域連携システムの構築の試みないしは実行は熊本市や福岡県などで見られるが、一部に熱心な指導者の下に統括・連携しているものであり、人口の集中した医療資源の豊富な地域ならではのものであり、そのまま適応できる地域は少ない。

WAMNETなどITを医療・介護の連携システムに活用しようとする試みは多く存在するが、地域の特性や医療・介護レベルの格差を考慮したものはなく、汎用性に欠けるため実際には十分機能していないのが現状である。われわれの考えるITを活用した地域連携システムは多くの地域に適応でき、各病院、施設あるいは在宅を担う介護支援専門員や介護提供者者にも活用のインセンティブを持たせようとするものである。本システムが有効に機能するため、地域クリティカルパスとの整合性を保つとともに、簡便で使い勝手がよく、各地域に応じて必要最小限の情報項目を選択できるように配慮した。また、将来的

に全県下に拡大できるように発展性のあるシステムとした。

#### E. 結論

寝たきり、要介護の最大原因である脳卒中を対象として、地域の貴重な急性期医療資源やリハビリテーション資源を合理的かつ効率的に活用し、地域の医療の質の向上を図るため、急性期から回復期さらには維持期までの一貫した脳卒中地域クリティカルパスの開発し、クリティカルパスが円滑に運用されるためのITを活用した地域完結型診療ネットワークの構築について立案した。

#### F. 健康危険情報

無し

#### G. 研究発表

無し

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

無し

厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）  
分担研究報告書

脳卒中地域クリティカルパスの開発に関する研究

— ①ネットワークサーバの設置管理とソフト設計に関する研究 —  
(ITを活用した診療ネットワークの構築と運用に関する研究)

分担研究者 大田哲生 慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター  
リハビリテーション科医長

研究主旨：本研究では、他の分担者により開発された脳卒中地域クリティカルパスが円滑に運用でき、各施設が地域内の病院情報や入院患者情報をリアルタイムに共有し、病病連携がシームレスに行えるようなITを活用した地域完結型診療ネットワークシステムの構築とその運用についての研究および検証を行う。

A. 研究目的

寝たきり、要介護の主要原因である脳卒中を対象として、地域における良質な医療の合理的・効率的提供を円滑に行うべく、脳卒中地域クリティカルパスの開発と併行して、ITを活用した診療ネットワークシステムの構築を研究の目的とする。

当地域（田方・駿東医療圏）においては、設立母体、性格、規模などをまったく異にする急性期病院、回復期リハビリテーション病院、慢性期病院、介護施設が効率的な関係を保つことなく診療活動を行っており、転院時におけるタイムラグを生ずるなど、貴重な急性期医療資源やリハビリテーション資源が有効の活用されておらず、その損失は大きい。

これら資源を合理的・効率的に活用するためには、各施設が施設内での医療の効率化を図るとともに地域内の病院情報や入院患者情報をリアルタイムに共有する必要がある、そのためには急性期から維持期までの一貫した地域クリティカルパスの導入とともにITを活用した地域完結型のネットワーク作りが望まれる。

また、多くの患者が隣接する医療圏から紹介されてリハビリテーション医療を受けている実状を考慮して、隣接あるいは遠隔医療圏との関わりについても検討する必要がある。

こうしたシステムの構築により、各施設間の患者の流れが円滑になり、適切な時期にニーズに合った回復期リハビリテーション施設に転院させ、遅滞なく適切なりハビリテーション医療の提供が可能になると考える。

結果として、地域の医療の質の向上、障害の軽減、在院期間の短縮、早期社会復帰、介護予防については医療費の節減などの経済効果も期待できる。



## B. 研究の方法

地域およびその隣接医療圏域での脳卒中患者の動向や医療資源について調査するとともに、病病連携の実態調査と問題点の抽出を行い、それに基づいてシステムを開発する。

システムの開発・構築にあたっては以下の点に留意する。

1. 地域連携が必要となる脳卒中の病態・機能障害・能力低下・合併症・併存疾患などを考慮した上で、各地域に応じた最小限の情報項目を選択できるシステムとする。
2. システムは汎用性を高めるため、使い勝手がよく、安価で、発展性のあるものとする。
3. 入力に伴う時間・労力は大きな負担であり可及的に簡略化する必要がある一方で、患者の状態をより正確に伝達するためには情報は少しでも多い方がよい。この兼ね合いについても検討する。
4. 施設情報については検索機能を持たせたものとする。
5. 次年度以降における検証に必要なデータベースとしての機能を持たせる。
6. システムサーバーの保守・管理が特定の施設に負担とならない方法を選択する。
7. 個人情報が含まれるためセキュリティーの確保など倫理面に十分配慮する。
8. 情報の内容についてはクリティカルパスとの整合性を考慮する。
9. 診療情報とともに、アウトカムが紹介病院にフィードバックされるようにする。
10. 患者情報のフォーマットは診療情報提供書をかねる。
11. 利用者にインセンティブを持たせる。

## C. 研究結果

診断・評価など診療情報は可及的にデータベースとして利用可能なものとした。すなわち、神経学的所見はNIHSSまたはSIASを、ADL評価はFIMに準じたものとし、痴呆は汎用されている長谷川式簡易スケールとした。

主任研究者らがメンバーとなっている県東部脳卒中ネットワーク研究会の当二次医療圏におけるアンケート調査から、施設情報では空きベッド情報が最も要望が強く、患者情報では意識障害、痴呆、不穏行動、意思疎通、感染（特にMRSA）褥創などが連携上問題となる項目であった。

クリティカルパスとの整合性については十分に配慮したが、クリティカルパスそのものをネット上で共有することにはなお運用上の問題が多い。すなわち、院内LANと本システムとの連結が必要となり、セキュリティー確保の問題が生じる。解決のためには、現段階では経費が多くなり非現実的と判断された。

セキュリティーの確保はネットワーク構築上最も重要な事項であり、インターネットを介さないISDN回線を用いた地域LANの使用により確保することとした。

また、院内LANとの連結はシステムを効率的に活用する上で極めて有用と考えられたが、現段階ではセキュリティーの確保に問題があり、完全に分離したシステムとした。

データベースへの対応については今後の検討課題とした。

以上に基づき、別紙資料のごとくネットワークのソフトおよびハード構築の基本案を策定した。ネットワーク形態としてはIP-VPN型（フレッツオフィス）がセキュリティー、拡張性、サーバー管理、コスト、実現性などの総合評価からもっとも適切と考えられた。この地域連携システムの試行と検証を次年度に行い、手直しを加えながら、より使いやすく、より完成度の高いものに改良していく予定である。

#### D. 考察

脳卒中に対する地域連携システムの構築の試みないしは実行は、本邦においては熊本市や福岡県などで見られるが、一部の熱心な指導者のもとに統括・連携しているものであり、人口の集中した医療資源の豊富な地域ならではのものであり、これらシステムをそのまま適応できる地域は少ない。

WAMNETなどITを医療・介護に活用しようとする試みは多く存在するが、地域の特性や医療・介護のレベルの格差を考慮したものはなく、汎用性にかけるため十分機能していないのが現状である。われわれの考えるITを活用した地域連携システムは多くの地域に適応でき、各病院、施設あるいは在宅を担う介護支援専門員や介護提供業者にも活用のインセンティブを持たせようとするものである。地域の医療資源特にリハビリテーション資源の調査および患者の動態調査、病病連携の現状の調査と問題点の抽出を行い、そこから得られた情報をもとに地域に最も適したシステム構築を試みた。

本システムが有効に機能するため、地域クリティカルパスとの整合性を持たせることとともに簡便で使い勝手がよく、利用者にインセンティブを待たせることに配慮した。同時に、提供される情報には患者の個人情報あるいは病院情報が含まれるため、守秘機能については十分に配慮した。

#### E. 結論

当二次医療圏の医療資源・リハビリ資源の有効かつ効率的な提供を円滑に行い、各施設間の連携が遅滞なく、適切な時期に、適切な施設に患者が転院できるITを活用した地域完結型連携システムの開発および構築について研究した。

#### F. 健康危機情報

該当無し

#### G. 研究発表

無し

#### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

無し

平成13年度厚生科学研究  
地域完結型診療ネットワークの構築

I. 情報の流れ

使用回線：フレッツISDN オフィス

開発依頼：SBS

施設情報・患者情報はリアルタイムで入力し、施設間で随時アクセスできる。

入力は可能な限りチェック方式とする。

1. 急性期病院→回復期リハビリ病院

下記のA. B. 2方式の併用（公平性の維持）

A. ①急性期病院 患者条件入力→施設情報から候補施設リストアップ（検索機能）

②候補病院のhttpまたは掲示板を開く→患者説明→候補施設の順位決定

③候補施設への確認と仮申込

患者情報（個人情報なし）の送付→回答（電話、e-mail、FAX）

④患者への説明と同意

⑤患者情報提供書及び入院申込書の送付

⑥転入院確定通知→患者への説明と同意

B. ①急性期病院→ネット上に患者情報掲載（個人情報なし）

②回復期リハ病院→回答(受入れ表明)

以下、A. ②以後の手順で

C. 受入先は紹介元にアウトカムを報告する

\*患者情報提供書 統一フォーマット

入院申込書 できれば統一

セキュリティーの確保と改竄の防止

患者情報については部分的に転用(コピー)追加書込み可能とする（次施設への紹介時など）、前医の記載事項は変更不可。

II. 施設情報（掲示板またはホームページ）

年 月 日現在

施設名

種類 特定機能 救命救急 一般 医療療養  
 介護療養 介護老人保険 介護老人福祉  
 訪問看護 訪問リハ その他（ ）

所在地

電話

F a x

E-m a i l

URL http://

診療科目

施設基準	救命救急	回復期リハ	リハ承認 ( I	II	III~)		
病床数 総数	床 一般 床	リハ (回復期リハ)	床	療養	床		
	個室		床 (うち療養	床、介護	床)		
	2人床室		床 (うち療養	床、介護	床)		
	多人床室		床 (うち療養	床、介護	床)		
差額ベッド料	特別室		円/日				
	個室		円/日				
	2人床室		円/日				
	その他		円/日 (		)		
取り扱い保険	自費	健保	労災	自賠	生保	介護	その他 ( )
入退院 (病診連携) 担当窓口 (担当者)							

受入れ困難な条件

痴呆 長谷川式簡易スケール ( ) 以上  
 痴呆性老人日常生活自立度 ( ) 以上  
 不穏行動 ( )  
 呼吸管理 ( 気管切開 )  
 栄養管理 ( I V H 経管栄養 胃瘻 )  
 M R S A ( 非開放性 開放性 )  
 褥創 ( 軽 中 重 )  
 その他

### III. 空きベッド情報（掲示板、検索機能付き）

#### A. 空き状況一覧表

施設名	個室	2人床室		多人床室	
		男	女	男	女

○：あり □：7日以内 △：2W以内 ×：2W以上 ( )ヶ月

#### B. 個別空き情報

年 月 日現在

施設名：

		空きベッド数	待機患者数	待機予定日数
個室	男性	あり ( 床) なし	人	日
	女性	あり ( 床) なし	人	日
2人床室	男性	あり ( 床) なし	人	日
	女性	あり ( 床) なし	人	日
多人床室	男性	あり ( 床) なし	人	日
	女性	あり ( 床) なし	人	日

#### IV. 患者登録一覧

発信元	患者ID	疾患名	発症日	登録日	登録状況 (未登録、登録中、 既決 (転医先))
-----	------	-----	-----	-----	-----------------------------

アウトカム報告 ( あり なし)

\*表示 未登録：発信元のみ

登録中：発信元・発信先

既決：発信元・受入先

V. 患者個人情報（患者情報提供書）

年 月 日

発信元 病院名  
診療科名  
主治医  
担当MSW名

A. 患者基本情報

カルテ番号（ID）

患者氏名

生年月日 明 大 昭 平 年 月 日生（ 歳）

性別 男 女

住所

主疾患名 病名 右 左 両側 部位 (選択式)

発症 初発 年 月 日

再発 年 月 日

経過

手術 年 月 日手術名（ ）

年 月 日手術名（ ）

術後合併症：

併合疾患 (疾患名 程度 治療内容など)

心疾患（ ）

高血圧（ ）

糖尿病（ ）

高脂血症（ ）

呼吸器疾患（ ）

その他（ ）

既往歴

リハビリ歴 開始日 年 月 日

年 月 日～年 月 日 病院名（ ）

年 月 日～年 月 日 病院名（ ）

使用クリティカルパス名（ ）

バリエーション なし

あり 内容

B. 現症

主症状 1

主症状 2

主症状 3

主症状 4

神経症状

NIHSS

SIAS

上肢 近位 ( ) 遠位 ( )

下肢 近位 ( ) 膝 ( ) 遠位 ( )

神経症上の詳細:

意識レベル	JCS ( )
精神障害	なし あり ( )
痴呆	長谷川式簡易スケール ( )
不穏行動 (夜間)	なし あり
呼吸管理	カニューレ 挿管 モニター
栄養管理	経口 ( 自立 介助) IVH 経管栄養 胃瘻
尿失禁	なし あり ( 導尿 留置カテ 膀胱瘻)
失便	なし あり ストーマ
聴覚障害	なし あり ( )
視覚障害	なし あり ( )

合併症

MRSA感染	なし あり ( 非開放性 開放性)
部位 ( 喀痰 気管チューブ 上気道 尿 褥創 その他 ( ))	
褥創	なし あり:部位( )大きさ( × cm)
肺炎	なし あり
尿路感染	なし あり
その他	( )

ADL

食事	( 自立 軽介助 中介助 重介助 全介助)
整容	( 自立 軽介助 中介助 重介助 全介助)
更衣	( 自立 軽介助 中介助 重介助 全介助)



トイレ動作	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
排尿コントロール	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
排便コントロール	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
ベッド⇄車椅子移乗	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
トイレ移乗	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
移動(杖 車椅子)	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
理解	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
表出	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)

その他の臨床所見

特記すべき検査所見

現在の処方

施行中の特別な処置・装置・機器など

その他注意事項

転院希望日 年 月 日ごろ

退院後受入先 自宅 施設 病院 未定

回答：上記患者様受け入れできます。

入院申込書をお送りください。

回答年月日： 年 月 日

施設名：

受入れ可能日： 年 月 日以降

担当者：



Ⅶ. アウトカム報告書

報告日 年 月 日

宛先 施設名

主治医

発信元 施設名

担当医

ID No.

患者氏名

生年月日 明 大 昭 平 年 月 日 ( 歳)

性別 男 女

病名

障害

合併症

発症日 年 月 日

入院日 年 月 日

退院日 年 月 日

1.退院先

自宅

介護施設 (施設名 )

医療施設 (施設名 )

(原因 )

死亡 (原因 )

その他

2.ADL

食事	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
整容	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
更衣	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
トイレ動作	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
排尿コントロール	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
排便コントロール	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
ベッド⇄車椅子移乗	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
トイレ移乗	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
移動 ( 杖 車椅子)	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)
理解	(	自立	軽介助	中介助	重介助	全介助)

表出 ( 自立 軽介助 中介助 重介助 全介助)

### 3.N I H S S

1.質問にたいする反応	(0-2)	( )
2.命令への反応	(0-2)	( )
3.Glasgow coma scale		
開眼	(1-4)	( )
言語	(1-5)	( )
運動	(1-6)	( )
4.失語	(0-3)	( )
構音障害	(0-2)	( )
言語障害 (総合)	(0-4)	( )
5.瞳孔異常	(0-2)	( )
6.注視	(0-2)	( )
7.視野	(0-3)	( )
8.無視	(0-2)	( )
9.顔面麻痺	(0-3)	( )
10.上肢の運動		
右	(0-4)	( )
左	(0-4)	( )
11.下肢の運動		
右	(0-4)	( )
左	(0-4)	( )
12.運動系		
手	(1-5)	( )
腕	(1-5)	( )
下肢	(1-5)	( )
13.足底反射	(1-3)	( )
14.失調	(0-2)	( )
15.感覚	(0-2)	( )
J C S	(0-300)	( )