

脳卒中相談窓口実績報告書

報告期間：4月1日～翌年3月31日

報告書はWEBでの入力を想定しております。内容は変更になる場合があります。

*入力必須項目です。人数、回数など「0」の場合は「0」を入力してください。

1. 入力者の情報

設問		回答(例)	回答方式
入力者氏名	*	氏名	自由入力
入力者メールアドレス	*	_____@_____	英数字入力
入力者所属(所属科・部署等)	*	所属部署	自由入力
入力者職種(事務・看護師等)	*	職種	自由入力

2. 施設の情報

設問		回答(例)	回答方式
施設名	*	施設名称	自由入力
施設住所	*	〒 _____ 住所	自由入力
責任者名(脳卒中専門医)	*	氏名	自由入力
責任者(脳卒中専門医)の 会員番号(数字6桁)	*	○○○○○○	数字6桁入力
責任者(脳卒中専門医)の 脳卒中専門医番号(数字8桁)	*	○○○○○○○○	数字8桁入力
責任者(脳卒中専門医) メールアドレス	*	_____@_____	英数字入力

3. 脳卒中相談窓口の情報

設問		回答(例)	回答方式
脳卒中相談窓口稼働日	*	〇〇年〇月〇日	数字入力
設置場所	*	記載例： 患者サポートセンター内	自由入力
看板的の有無	*	あり ・ なし	選択式

4. 脳卒中相談窓口の構成(常勤のみ記載)

※一人で複数の資格を持っている場合は、主としている職種のみでカウントしてください。(一人の方について複数のカウントは行わない。)

設問		回答(例)		回答方式
		0の場合は「0」を入力		
脳卒中相談窓口構成員 合計	*	名		数字入力
うち脳卒中療養相談士 合計	*	名		数字入力
脳卒中相談窓口 構成員の内訳		相談窓口に関わる人数	うち脳卒中療養相談士の人数	
脳卒中専門医	*	名	名	数字入力(0なら0記入)
看護師*	*	名	名	数字入力(0なら0記入)
*上記、看護師のうち 「脳卒中リハビリテーション認定看護師」 または「脳卒中認定看護師」	*	名	名	数字入力(0なら0記入)
「社会福祉士」または「精神保健福祉士」	*	名	名	数字入力(0なら0記入)
理学療法士	*	名	名	数字入力(0なら0記入)

作業療法士	*	名	名	数字入力 (0なら0記入)
言語聴覚士	*	名	名	数字入力 (0なら0記入)
薬剤師	*	名	名	数字入力 (0なら0記入)
管理栄養士	*	名	名	数字入力 (0なら0記入)
臨床心理士 (公認心理師)	*	名	名	数字入力 (0なら0記入)
事務職	*	名	名	数字入力 (0なら0記入)
その他**	*	名	名	数字入力 (0なら0記入)
**その他に入力した場合は職種を入力				自由入力
脳卒中療養相談士の中の資格保持者				
介護支援専門員	*		名	数字入力 (0なら0記入)
両立支援コーディネーター	*		名	数字入力 (0なら0記入)

5. 脳卒中相談窓口の資料

※各地域におけるリハビリテーション施設 (入院・通院)、高次機能障害など特定の合併症に対応できる施設、患者会 (ピアサポート)、介護や福祉に関わる社会資源、などのリストやアクセス方法をまとめ、脳卒中相談窓口の構成員で共有できる資料

設問		回答 (例)	回答方式
地域のリハビリテーション施設や社会資源をまとめた資料の有無	*	有 ・ 無	選択式

6. 脳卒中相談窓口での情報提供・相談支援の実績

設問		回答 (例)	回答方式
脳卒中相談窓口での対応回数合計	*	回	数字入力
対応回数の内訳			
※同一患者に対し複数の項目、複数回 (複数日) の情報提供・相談支援を実施した際は全てカウント			
※〈 〉内は脳卒中相談窓口マニュアルの目次番号			
例① : 患者 A に対し、両立支援 〈5-9-1〉, 〈5-9-2〉について半年前に1日、3ヵ月前に1日の2日間にわたって対応 ⇒両立支援 〈5-9-1〉, 〈5-9-2〉に2回カウント			
例② : 患者 B に対し、生活困窮者支援 〈5-8, 5-9-3〉, 5-13について同じ日の午前と午後の2回対応 ⇒生活困窮者支援 〈5-8, 5-9-3〉, 5-13に2回カウント			
例③ : 患者 C に対し、心理サポート 〈5-13〉と緩和ケア 〈7〉について1日に対応 ⇒心理サポート 〈5-13〉に1回カウント、緩和ケア 〈7〉も1回カウント			
設問		回答 (例) 0の場合は「0」を入力	回答方式
① 医療連携・地域連携パス 〈5-5〉	*	回	数字入力 (0なら0記入)
② 介護・福祉・家族支援 〈5-7, 5-8, 5-9-3〉, 5-11, 5-12, 6-3, 6-4	*	回	数字入力 (0なら0記入)
③ リハビリテーションについて 〈5-12, 6-1, 6-2, 6-3, 6-4	*	回	数字入力 (0なら0記入)
④ 心理サポート 〈5-13〉	*	回	数字入力 (0なら0記入)
⑤ 両立支援 〈5-9-1〉, 〈5-9-2〉	*	回	数字入力 (0なら0記入)
⑥ 緩和ケア 〈7〉	*	回	数字入力 (0なら0記入)
⑦ 疾患・服薬・食事管理 〈5-2, 5-3, 5-4	*	回	数字入力 (0なら0記入)
⑧ 地域包括ケアセンターとの連携 〈5-6	*	回	数字入力 (0なら0記入)
⑨ 経済的サポート・生活困窮者支援 〈5-8, 5-9-3〉, 5-13	*	回	数字入力 (0なら0記入)
⑩ 障害者手帳 〈5-10, 6-3	*	回	数字入力 (0なら0記入)
⑪ 患者会との連携 (ピアサポート) 〈5-15, 5-14	*	回	数字入力 (0なら0記入)
⑫ その他 〈①~⑪に当てはまらないもの全て	*	回	数字入力 (0なら0記入)

支援患者数 ※対応回数の合計ではなく、支援した患者の実数

支援患者数合計	*	名	数字入力
---------	---	---	------

7. 患者向け動画利用件数

※1-5部を区別せずに、動画を見せた、または紹介した件数

※同一患者について複数回動画の利用があった、紹介を行った場合は複数カウント可

設 問		回 答 (例)	回答方式
患者向け動画利用件数	*	回	数字入力 (0なら0記入)

8. 相談内容に関する課題・改善点 (1施設5件まで。1件400字以内)

設 問		回 答 (例)	回答方式
相談内容に関する課題・改善点 1		6. の項目番号 (①～⑫から選択) (詳細を入力)	選択式 (複数選択可) <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> 自由記入 (400字以内)

最大5件まで入力可