

令和6年度 埼玉県医師会脳卒中地域連携研究会情報交換会

日 時：令和7年1月29日（水）19：00～20：15
開催方法：WEB開催

司会 埼玉県医師会脳卒中地域連携検討委員会委員長 丸木 親

開 会

挨 拶

情報交換

『脳卒中地域連携パス ver3.2（電子化）について』

講 演 （1時間）

『脳卒中医療体制の発展と埼玉県急性期脳卒中治療ネットワーク（SSN）の現状』

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 脳神経センター・脳神経外科
脳神経センター長・脳神経外科科長 兼 脳卒中センター長

吉川 雄一郎 先生

閉 会

■埼玉県脳卒中地域連携パス [脳出血版] ver3.2

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳出血版]ver3.2

氏名		フリガナ	
----	--	------	--

診断名	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 手術: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容:	発症日: <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> 手術日: <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/>
-----	---	-----	--

※ mRS:modified Rankin Scale

急性期病院名						
経過	入院時		リハ開始時	退院時(週)	転帰	
日付	<input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/>		<input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/>	<input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/>	mRS <input type="button" value="選択"/>	
目標 と 最終結果	診断の確定		症状の増悪がない	内科一般状態の安定		
	治療方針の決定 急性増悪がない		早期リハビリの開始 再発予防	自宅生活可能とする状態まで改善・回復	<input type="checkbox"/> 自宅退院	
				リハビリ・介護サービスによって能力向上、自宅復帰が可能	<input type="checkbox"/> 回復期 リハビリ病院・リハビリ病棟	
				リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難	<input type="checkbox"/> 老人保健施設	
				継続した医療行為が必要	<input type="checkbox"/> 介護施設	
<input type="checkbox"/> 治療 薬剤	常用薬の確認			コメント	【転院・退院時基準】 ・危機脱出 ・全身状態の安定	
検査	CT・MRI・MRA	血液検査・CT		必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等		
リハビリ	リハビリ計画	リハビリ開始		日常生活活動拡大に向けたリハビリ		
清潔	清拭	清拭・シャワー		シャワー・入浴介助		入浴訓練
排泄	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導		床上またはトイレ誘導		排泄訓練
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事形態		状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)		
説明・指導	診断・治療方針説明	MSW等と今後の方向性検討		退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明		

急性期病院での所見等

かかりつけ医: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	氏名		
既往症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	病名:	
抗血栓薬投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬剤名:	
SSN利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
施設入所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	介護度:	
脳卒中の危険因子	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症		

意識レベル JCS	※意識清明は0と記載する			
上肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度			
下肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度			
その他				

意識レベル JCS	※意識清明は0と記載する			
認知症(痴呆)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明			
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明			
言語機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害			
視力・視野、眼球運動の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
上肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度			
下肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度			
感覚障害、異常感覚等の訴え	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
失調、雑体外路症状、立位ハラス障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			

急性期病院退院・転院時の機能状態

<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 (頻度 /day) <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> 部位				
ADL	BI /100 あるいは FIM /126			
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能	<input type="checkbox"/> できない		
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能	<input type="checkbox"/> できない		
移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助	<input type="checkbox"/> できない		
移動	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 要介助		
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
食事の摂取	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 ()		
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない		
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない		
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
不適・不眠・危険行為・問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
日常生活機能評価(/19点)				点
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嘔下調整食 (具体名)			
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助			
排泄器具等	<input type="checkbox"/> バレンカーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立()	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 非実施	
家族に対する機能予後説明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	説明医師		
家族、介護等の問題				
説明日	<input type="button" value="選択"/>	<input type="button" value="選択"/>	<input type="button" value="選択"/>	

性別	選択	▼	年齢	選択	▼	住所		電話番号	
誕生日	選択	▼	選択	▼	選択	▼	キーパーソン		
回復期の保険医療機関等の名称							生活期の保険医療機関等の名称		
経過	入院・入所時			～退院・退所時()		転 帰			
日付	選択 ▼ 選択 ▼ 選択 ▼			選択 ▼ 選択 ▼ 選択 ▼		mRS	選択 ▼		
目標 と 最終結果	日常生活活動拡大に向けたりハビリ			日常生活能力の獲得					
	二次的合併症の予防 ケアプランの作成・社会資源の手配			自宅生活を可能とする状態まで改善・回復 ケアプランの作成、住宅改築等の完了		⇒ <input type="checkbox"/> 自宅退院			
				自宅復帰の見込みがある		⇒ <input type="checkbox"/> 老人保健施設			
				リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難		⇒ <input type="checkbox"/> 介護施設			
				継続した医療行為が必要		⇒ <input type="checkbox"/> 療養型病院			
治療 /薬剤				コメント					
検査	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等								
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたりハビリ								
清潔	シャワー・入浴介助、入浴訓練		シャワー・入浴の自立						
排泄	床上またはトイレ誘導、排泄訓練		排泄の自立		【退院時基準】 ・在宅復帰 ・入所等の準備終了 ・障害改善の安定				
食事	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)								
説明・指導	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明								
初期の保険医療機関での機能状態									
	入院時			退院時			生活期の保険医療機関での機能状態		
ADL	BI /100 あるいは FIM /126			BI /100 あるいは FIM /126			初回受診時		
安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		BI /100 あるいは FIM /126		
らかの手を胸元まで上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
上り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可能	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可能	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない		
上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支持があれば可能	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支持があれば可能	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> できない		
ま	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 監視・一部介助	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 監視・一部介助	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない		
口	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 要介助		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 要介助		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要介助		
清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
の摂取	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 ()	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 ()	<input type="checkbox"/> できる 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()		
の着脱	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる 一部介助 <input type="checkbox"/> できない		
への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない		
療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
・不眠・問題行動等	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
生活機能評価	点			点			点		
形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (具体名)			<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (具体名)			<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (具体名)		
動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助		
器具等	<input type="checkbox"/> バレーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ			<input type="checkbox"/> バレーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ			<input type="checkbox"/> バレーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ		
浴	<input type="checkbox"/> 自立) <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施			<input type="checkbox"/> 自立) <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施			<input type="checkbox"/> 自立) <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施		
すべき事項				説明医師			説明医師		
高齢者の日常生活自立度 :	<input type="checkbox"/> 選択 ▼			説明日			説明日		
症高齢者の日常生活自立度 :	<input type="checkbox"/> 選択 ▼			<input type="checkbox"/> 選択 ▼ <input type="checkbox"/> 選択 ▼ <input type="checkbox"/> 選択 ▼			<input type="checkbox"/> 選択 ▼ <input type="checkbox"/> 選択 ▼ <input type="checkbox"/> 選択 ▼		

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳梗塞版]ver3.2

氏名		フリガナ	
診断名	脳梗塞: 手術: 無 有 内容: 血栓回収 その他	その他	発症日: 選択 選択 選択 手術日: 選択 選択 選択

※ mRS:modified Rankin Scale

急性期病院名					
経過	入院時	リハ開始時	退院時(週)	転帰	
日付	[選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼]	[選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼]	[選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼]	mRS	[選択 ▼]
目標 と 最終結果	治療方針の決定 急性増悪がない	早期リハビリの開始 再発予防	自宅生活可能とする状態まで改善・回復 リハビリ・介護サービスによって能力向上、自宅復帰が可能 リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難 継続した医療行為が必要	⇒ [] 自宅退院	
				⇒ [] 回復期 リハビリ病院・リハビリ病棟	⇒ [] 老人保健施設
				⇒ [] 介護施設	
				⇒ [] 療養型病院	
					コメント
治療 薬剤	常用薬の確認	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> シロスタジール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> プラスケレル <input type="checkbox"/> tPA	<input type="checkbox"/> カルファリン <input type="checkbox"/> ダビカトラン <input type="checkbox"/> リバーオキサバン <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> エドキサバン	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> シロスタジール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> エドキサバン	
検査	CT・MRI・MRA	血液検査・CT	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等		
リハビリ	リハビリ計画	リハビリ開始	日常生活活動拡大に向けたリハビリ		
清潔	清拭	清拭・シャワー	シャワー・入浴介助	入浴訓練	
排泄	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	排泄訓練		
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事形態	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)		
説明・指導	診断・治療方針説明	MSW等と今後の方向性検討	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明		

急性期病院での所見等

かかりつけ医:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	氏名	
既往症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	病名:	
抗血栓薬投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬剤名:	
SSN利用 施設入所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	介護度:	
脳卒中の危険因子	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症		
発症時所見	意識レベル JCS	※意識清明は0と記載する	
	上肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	
	下肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	
	言語機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害	
	その他		
退院時所見	意識レベル JCS	※意識清明は0と記載する	
	認知症(痴呆)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	
	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	
	言語機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害	
	視力、視野、眼球運動の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	上肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	
	下肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	
	感觉障害、異常感覚等の訴え	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	失調、錐体外路症状、立位バランス障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	

性別	選択	年齢	選択	住所	電話番号	()
生年月日	[選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼]	[選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼]		キーパーソン		
回復期の保険医療機関等の名称						生活期の保険医療機関等の名称
経過	入院・入所時	～退院・退所時()	転帰	外来診療開始		
日付	[選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼]	[選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼]	mRS	[選択 ▼]	[選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼]	介護サービス開始
目標 と 最終結果	二次的合併症の予防 ケアプランの作成・社会資源の手配	自宅生活を可能とする状態まで改善・回復 ケアプランの作成、住宅改築等の完了 自宅復帰の見込みがある リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難 継続した医療行為が必要	⇒ [] 自宅退院	⇒ [] 自宅退院	⇒ [] 老人保健施設	自宅生活の継続 再発予防 機能維持
			⇒ [] 介護施設	⇒ [] 介護施設	⇒ [] 療養型病院	自宅復帰支援、再発予防・機能維持
			⇒ [] 療養型病院			施設内生活の継続 再発予防 機能維持
						再発予防・機能維持
						コメント
治療 薬剤	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> シロスタジール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> エドキサバン	<input type="checkbox"/> カルファリン <input type="checkbox"/> ダビカトラン <input type="checkbox"/> リバーオキサバン <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> エドキサバン	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> シロスタジール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> エドキサバン	<input type="checkbox"/> カルファリン <input type="checkbox"/> ダビカトラン <input type="checkbox"/> リバーオキサバン <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> エドキサバン		必要に応じて諸検査
検査	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等			生活期リハビリ		
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたリハビリ			コメント 要介護: 1 2 3 4 5 要支援: 1 2		
清潔	清拭	清拭・シャワー	シャワー・入浴介助	シャワー・入浴の自立		ケアマネージャー:
排泄	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	排泄訓練	排泄の自立	【退院時基準】 ・在宅復帰 ・入所等の準備終了 ・障害改善の安定	
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事形態	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)			
説明・指導	診断・治療方針説明	MSW等と今後の方向性検討	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明			

急性期病院退院・転院時の機能状態

□ 気管切開	□ 吸引 (頻度 /day)	□ 褥創	部位
ADL	BI /100 あるいは FIM /126		
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない		
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> できない		
移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない		
移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要介助		
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
食事の摂取	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()		
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない		
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない		
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
不隱・不眠・危険行為・問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
認知症(痴呆)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		
日常生活機能評価(/19点)	点		
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (具体名)		
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助		
排泄器具等	<input type="checkbox"/> パレンケーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施		
家族に対する機能予後説明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	説明医師	
家族、介護等の問題	説明日		説明日

入院時	退院時	
ADL	BI /100 あるいは FIM /126	
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない	
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> できない	
移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない	
移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要介助	
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
食事の摂取	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()	
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない	
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない	
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
不隱・不眠・問題行動等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
日常生活機能評価	点	
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (具体名)	
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助	
排泄器具等	<input type="checkbox"/> パレンケーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施	
特記すべき事項	説明医師	
障害高齢者の日常生活自立度 :	<input type="checkbox"/> 選択 ▼	<input type="checkbox"/> 選択 ▼ 選択 ▼
認知症高齢者の日常生活自立度 :	<input type="checkbox"/> 選択 ▼	<input type="checkbox"/> 選択 ▼ 選択 ▼

初回受診時	
BI /100 あるいは FIM /126	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> できない	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要介助	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
点	
<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (具体名)	
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助	
<input type="checkbox"/> パレンケーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ	
<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施	
特記事項	説明医師
説明日	
選択 ▼ 選択 ▼ 選択 ▼	<input type="checkbox"/> 選択 ▼ 選択 ▼

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳梗塞版]ver3.1

取扱注意

氏名

フリガナ

性別

年齢

40代

住所

埼玉県

電話番号

見本

診断名 脳梗塞: ラクナ梗塞 アテローム血栓性脳梗塞 心原性脳梗塞 その他
手術: 無 有 内容: 血栓回収 その他 ()発症日: 2024年 6月 25日
手術日: 選択 選択 選択

※ mRS : modified Rankin Scale

急性期病院名()

経過	入院時	リハ開始時	退院時(週)	転帰
日付	2024年 6月 26日	2024年 6月 27日	2024年 7月 12日	mRS III
目標と最終結果	治療方針の決定 急性増悪がない	早期リハビリの開始 再発予防	自宅生活可能とする状態まで改善・回復 リハビリ・介護サービスによって能力向上、自宅復帰が可能 リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難 継続した医療行為が必要	<input type="checkbox"/> 自宅退院 <input checked="" type="checkbox"/> 回復期 リハビリ病院・リハビリ病棟 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 療養型病院
治療薬剤	常用薬の確認	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ウルファリン <input checked="" type="checkbox"/> シロスタジール <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input checked="" type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバーオキサバン <input type="checkbox"/> プラスグレル <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> イトキサバン	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ウルファリン <input checked="" type="checkbox"/> シロスタジール <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input checked="" type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバーオキサバン <input type="checkbox"/> プラスグレル <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> イトキサバン	コメント
検査	CT・MRI・MRA	血液検査・CT	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等	
リハビリ	リハビリ計画	リハビリ開始	日常生活活動拡大に向けたリハビリ	
清潔	清拭	清拭・シャワー	シャワー・入浴介助	入浴訓練
排泄	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	排泄訓練	
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事形態	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)	
説明・指導	診断・治療方針説明	MSW等と今後の方向性検討	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明	

急性期病院での所見等

かかりつけ医: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	工藤脳神経外科
既往	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ラクナ梗塞
抗血栓薬投与	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
SSN利用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
施設入所	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 介護度:
脳卒中の危険因子	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肥満 <input checked="" type="checkbox"/> 高尿酸血症
発症時所見	意識レベル JCS 上肢麻痺 下肢麻痺 言語機能障害 その他
JCS1	
JCS0	
認知症(痴呆)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
高次脳機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
言語機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 失語症 <input checked="" type="checkbox"/> 構音障害
視力、視野、眼球運動の問題	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
嚥下障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
上肢麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
下肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
感觉障害、異常感覚等の訴え	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 右半阪神しびれ
失調、錐体外路症状、立位バランス障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

回復期の保険医療機関等の名称()

経過	入院・入所時	~退院・退所時(15日)	転帰
日付	2024年 7月 12日	2024年 7月 26日	mRS I
目標と最終結果	日常生活活動拡大に向けたリハビリ 二次的合併症の予防 ケアプランの作成・社会資源の手配	自宅生活を可能とする状態まで改善・回復 ケアプランの作成、住宅改築等の完了 自宅復帰の見込みがある リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難 継続した医療行為が必要	<input type="checkbox"/> 自宅退院 <input checked="" type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 療養型病院
治療 / 薬剤	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ウルファリン <input checked="" type="checkbox"/> シロスタジール <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input checked="" type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバーオキサバン <input type="checkbox"/> プラスグレル <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> イトキサバン	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ウルファリン <input checked="" type="checkbox"/> シロスタジール <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバーオキサバン <input type="checkbox"/> プラスグレル <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> イトキサバン	コメント 自宅へ退院して工藤脳神経外科へ通院して加療してください。
検査	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等		
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたリハビリ		
清潔	シャワー・入浴介助	シャワー・入浴の自立	
排泄	床上またはトイレ誘導	排泄訓練	
食事	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)	
説明・指導	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明		

生活期の保険医療機関等の名称()

()
外来診療開始 2024年 8月 5日
介護サービス開始 選択 選択 選択
自宅生活の継続 再発予防 機能維持
自宅復帰支援、再発予防・機能維持
施設内生活の継続 再発予防 機能維持
再発予防・機能維持
アスピリン <input type="checkbox"/> ウルファリン <input checked="" type="checkbox"/> シロスタジール <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバーオキサバン <input type="checkbox"/> プラスグレル <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> イトキサバン
必要に応じて諸検査
生活期リハビリ
コメント 要介護: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 要支援: <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 ケアマネジャー:

急性期病院退院・転院時の機能状態

気管切開	吸引(頻度 /day)	褥創(部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ADL	BI /100 あるいは FIM /126	
床上安静の指示	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない	
起き上がり	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
座位保持	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> できない	
移乗	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない	
移動	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要介助	
口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
食事の摂取	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()	
衣服の着脱	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない	
他者への意思の伝達	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない	
診療・療養上の指示が通じる	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
不隱・不眠・問題行動	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
日常生活機能評価(/19点)	点	
食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嘔下調整食(具体名)	
排泄動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助	
排泄器具等	<input type="checkbox"/> パレンケーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ	<input type="checkbox"/> パレンケーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助 <input checked="" type="checkbox"/> 非実施	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助 <input checked="" type="checkbox"/> 非実施
家族に対する機能予後説明	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	説明医師
家族、介護等の問題	説明日 2024年 7月 3日	説明日

回復期の保険医療機関での機能状態

入院時	退院時
ADL BI /100 あるいは FIM 113/126	BI /100 あるいは FIM 123/126
床上安静の指示 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
寝返り <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない
起き上がり <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
座位保持 <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> できない
移乗 <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない
移動 <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要介助	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要介助
口腔清潔 <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
食事の摂取 <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()
衣服の着脱 <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
他者への意思の伝達 <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない
診療・療養上の指示が通じる <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
不隱・不眠・問題行動 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
日常生活機能評価 1 点	0 点
食事形態 <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嘔下調整食(具体名)	<input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嘔下調整食(具体名)
排泄動作 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="	



多職種連携情報共有システム 「バイタルリンク®」

地域連携パスの電子化へ向けたご利用提案 ・バイタルリンクについて

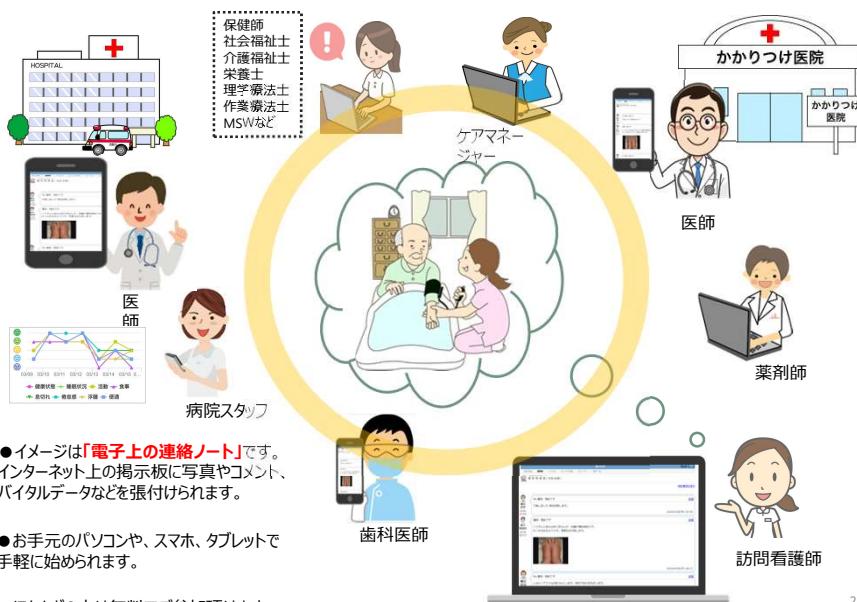


帝人ファーマ株式会社

1

1

バイタルリンク=多職種連携をサポートする為のツール



2

2

バイタルリンク®とは

【システム特徴】

厚労省のガイドラインに準拠した医療・介護専用のクラウドシステム

地域包括ケア実現の為に各都道府県、自治体への採用実績があるシステムです。

※厚生労働省『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版』準拠

※日本医師会『医療IT化宣言』準拠

- 時間や場所に左右されずに情報共有を実現（連絡帳）
- 安心・安全のシステム設計（電子証明書）とフォローアップ体制
- WEBミーティングを容易に開催可能（Zoom・Webex連携機能）
- バイタル機能のカスタマイズにより、診療科ごとの活用が可能

【動作環境】

対応機種	<ul style="list-style-type: none"> • PC Windows8.1以上（ブラウザ：Chrome） macOS X v10.10以上（ブラウザ：Safari） • スマートデバイス Android5.0以上（アプリのみ） iOS8以上（アプリ） ※iPadのみSafariにてPCブラウザ機能利用可。
ネットワーク	インターネット接続環境が必要



3



タイムリーな情報共有「連絡帳」機能

連絡ノートや電話、FAXでは、タイムリーな情報共有が困難でした。「連絡帳」機能は時間や場所を問わず多職種間で情報共有が可能です。

連携パス(Excel)を入力・更新して添付回覧

↑ タイムラインに投稿が表示されるよう

ファイル添付
 脳梗などの状態を写真で共有ができます。
 (Jpeg、PDF、Wordファイル、Excelファイル、PowerPointファイル)

既読数/既読者
 対象者が閲覧されたか確認できます。

投稿の検索も可能です。

投稿内容をメールで送ることができますため、バイタルリンクユーザーでないご家族とも情報共有ができます。
 ご家族からもメールで返信を受け取ることが可能です。

4

web会議連携機能（無料オプション）

■バイタルリンク®はZoom、Webexと連携。
■コロナ禍を契機として構築された新しい情報共有の場を安心・簡便に提供します。

特徴

- バイタルリンクのカレンダー画面からZoom会議の予約・参加が可能です。
- 会議URLをバイタルリンク内で安全に共有され、会議URL送付間違いを防止します。
- 参加者に開催案内メールが自動送信されるので、主催者の手間が大幅に削減されます。
- 資料の共有も、バイタルリンク内に事前に保管することで効率化につながります。

5

大切な情報を守るために- 2要素認証を採用

厚生労働省『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版』
1.4. 認証・認可に関する安全管理措置
「利用者認証にパスワードを用いる場合には、令和9年度時点で稼働していることが想定される医療情報システムを、今後、新規導入又は更新するに際しては、**二要素認証を採用するシステムの導入、又はこれに相当する対応を行うこと。**」

平成28年5月 日本医師会 医療IT 委員会
「地域医療連携推進のための新たな日医IT化宣言と医療・介護における多職種連携のあり方」
多職種連携の場合、～中略～現在のSNSのシステムでSSL クライアント認証まで実施しているものはないと思われるが、**安全性の向上のために、なるべく早期に実現すべき仕組みだと考える。**
※単なるID・パスワード認証ではなく、ユーザーが使用する各端末に、サービス元が提供するクライアント証明書をインストールし、サービスの利用者やデバイスをサーバが認証する仕組み。

バイタルリンクは、「ID・パスワード」+「電子証明書」による二要素認証を採用

2要素認証

ユーザ認証 ID・パスワード
ID
Pass

端末認証 電子証明書

安全な通信 暗号化通信

サーバの安全性 ファイアウォール

PWの厳格ルールの設定
・パスワードポリシー
・ログインポリシー

電子証明書の管理
・証明書発行上限数の設定
・端末紛失時の証明書無効化

Copyright © TEIJIN PHARMA LIMITED. All Rights Reserved.

6

現在の情報共有の課題とバイタルリンクによる解決案

TEIJIN

項目／分類	急性期	回復期	維持期・生活期
医療機関	 ○急性期病院	 ○回復期病院	 ○かかりつけ医 ○訪問看護(リハビリ) ○通所リハビリ(デイケア)
従来の情報共有手段	 ○診療情報提供書（紹介状）	 or	 ○地域連携パス
従来の情報共有の課題	✓ 紙保管場所or受け取れる場所（医療機関・事務所）でないと情報を確認できない ✓ 記載漏れ・紛失・共有漏れ等により情報が途絶えてしまう		
新しい情報共有手段	情報共有のための統一様式（地域連携パス等）をバイタルリンクへ落とし込み（フォーマット化） ★急性期から回復期及び維持期・生活期まで治療・介護情報を途切れることなく共有できる		

7

地域連携パスをバイタルリンクへフォーマット化する方法

TEIJIN

■今までの地域連携パス（紙）

計画

■バイタルリンクへの置換部分

紙で運用
 ・計算要件として患者へ文書での提供が必要である
 ・患者毎に変更することがなく、ICT化するメリットがない

実績

バイタルリンクで運用
 ・患者に見せる必要がない
 ・データ集計が簡便になる
 ・入力漏れを防げる(必須入力設定)
 ・転帰不明を防げる

■連携開始準備

↓ 実績部分（緑枠）をバイタルリンクへフォーマット化

1.療養のポイント機能を活用してテンプレート&パターン作成イメージ

大枠のテンプレート作成
(例：脳卒中地域連携パス)

2.パターン設定
退院、転院など各タイミングで
入力すべき項目を設定



■実際の入力

テンプレート名 パターン

1.パターンを選択
(例：入院/転院/退院/在宅)2.表示された項目を入力
(必要な項目のみ表示される)

[選択肢] [選択肢] [選択肢]

[選択肢] [選

フォーマット作成方法 一設問の作り方ー

- 設問は名称と回答方法を選択することで作成可能
- 回答方法は「数値・選択式・日時・ファイル添付」など多種多様なものを選択可能

■ 設問作成例

The screenshot shows a software interface for creating survey questions. On the left, there are two vertical tabs: '单一選択' (Single Selection) and '複数選択' (Multiple Selection). The top section displays a configuration for a single selection question. It includes fields for '名称' (Name), '基準値' (Criteria Value), '選択肢' (Options), '内容' (Content), and '点数' (Score). The options listed are '自宅退院 (経過良好)', '連携病院以外に転院', '自院の回復期', '自院の地域包括', '施設入所', '重症', and 'その他'. Below this, a note says '○ or × Yes or No など…'. The bottom section shows a configuration for a multiple selection question with the same fields, listing options like 'アルファカ', 'アレンドロ', 'リセドロン', 'ミノドロン', and 'SERM'. A note below says '状態、薬剤名など…'.

9

フォーマット作成方法 一パターン設定ー

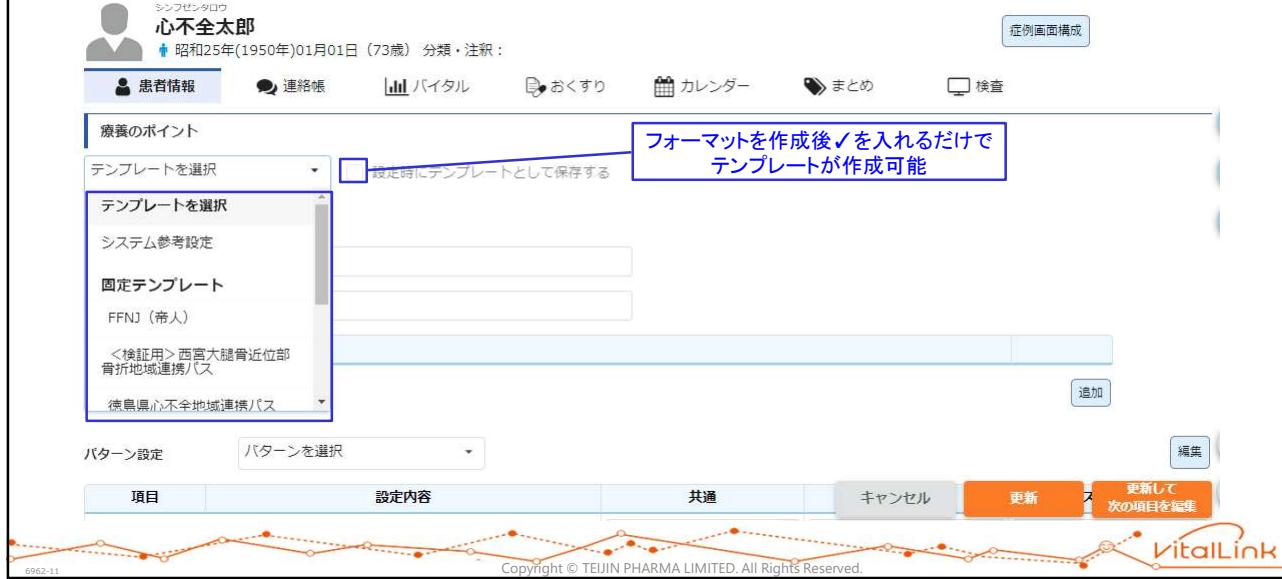
- 入力するタイミング（急性期・回復期など）で表示設問を切り替えることが出来る機能（パターン機能）
- パターンの切り替えは入力画面からワンクリックで可能

The screenshot shows a software interface for pattern settings. On the left, there is a large table with various input fields and dropdown menus. A blue box highlights a dropdown menu in the center-right of the screen. This menu is titled '新規パターン' (New Pattern) and lists several hospital types: '急性期病院', '回復期病院', '療養病院', and '在宅・外来'. A red dashed arrow points from the highlighted dropdown to a smaller window on the right labeled '急性期病院' with the sub-options 'パターを選択', '急性期病院', '回復期病院', '療養病院', and '在宅・外来'.

10

フォーマット作成方法 一テンプレート設定機能一

- 一度作成したフォーマットを他患者へも転用できるよう保存機能（テンプレート機能）を搭載
- テンプレート同士の組み合わせ（脳卒中・心不全など）も可能



11

ご参考：埼玉県脳卒中バス ※Excel回覧以外の入力フォーマットも実装済みです。

埼玉県脳卒中地域連携バス[標準版] ver3.0		成人入院		成人ICU		小児入院		小児ICU		基準版	
登録	新規登録	登録履歴	登録登録								
日付	昭和60年 6月 15日	令和 6年 6月 15日	昭和 60年 6月 15日	令和 6年 6月 15日	昭和 60年 6月 15日	令和 6年 6月 15日	昭和 60年 6月 15日	令和 6年 6月 15日	昭和 60年 6月 15日	令和 6年 6月 15日	昭和 60年 6月 15日
診断の選択	既往の既往がない	既往の既往がない	既往の既往がない	既往の既往がない	既往の既往がない	既往の既往がない	既往の既往がない	既往の既往がない	既往の既往がない	既往の既往がない	既往の既往がない
自体 と 属性	必須項目の必須 項目選択の方	自体と属性の必須 項目選択の方									
必須 項目	必須項目の必須 項目選択の方	必須項目の必須 項目選択の方	必須項目の必須 項目選択の方	必須項目の必須 項目選択の方	必須項目の必須 項目選択の方	必須項目の必須 項目選択の方	必須項目の必須 項目選択の方	必須項目の必須 項目選択の方	必須項目の必須 項目選択の方	必須項目の必須 項目選択の方	必須項目の必須 項目選択の方
赤枠 部分	赤枠部分をフォーマット化して共有										
赤枠 部分	診断名、基本情報 使用薬剤(抗血栓) 各治療期所見 (機能状態)										
以下実装済み	赤枠バス入力項目 入力パターン Ex.急性期退院時、回復期入院時… ☆「発症3か月後ランクスケール」も追加実装										

12

契約体系とアカウント

TEIJIN

ほとんどの医療機関様は無料でご参加ご利用頂けます。

バイタルリンクの費用は初期費用と月額費用で構成されます。

初期費用：ご契約ごとのご利用領域の構築費用 50万円(税抜)⇒0円 ※キャンペーン価格



月額費用：管理権限アカウント※ (S管理者 + 管理者) 数 管理者数×5000円/月(税抜)

連携バス起点となるコア施設様はこちら

※管理権限アカウント：各種利用者アカウント、患者アカウントの登録・編集・削除ができる権限

参考（管理権限と利用権限）

管理者権限	
S管理者 / 管理者	非管理者
○	×

月額費用対象

利用権限

	“医師”	“医療”	“スタッフ”	“事務”
患者情報※	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○
連絡帳	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○
バイタル	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○
おくすり情報	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○
カレンダー	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○

一部の機能のみ抜粋して記載。

○○：閲覧 ：編集

※〈医療情報〉
「スタッフ」「事務」：参照、編集不可
〈療養のポイント〉
「医療」「スタッフ」：参照のみ可

Copyright © TEIJIN PHARMA LIMITED. All Rights Reserved.

13

VitalLink

13

◆最後に

[帝人ファーマの強み]

● 充実したフォローオン体制

⇒地域包括ケア専任担当、キックオフ説明会、専用フリーダイヤル、現場既存事業担当の定期訪問etc...に多面的にフォロー致します。

導入したのに利用されていない状況はありません。

● 安心安全のセキュリティ設計

⇒厚労省ガイドライン準拠は勿論、今後の規制強化に先駆けて電子証明書を基本設計しております。また不正使用防止策として契約者画面より証明書発行制限・ダウンロード状況確認・遠隔停止措置も可能です。

個人情報保護などセキュリティハードルが高い病院様でも安心してご利用頂けます。

● エリアコーディネートサポート

⇒システム導入を経て地域の目指す姿・方向性に応じたご提案をさせて頂きます。

ex)システム運用ルール案提示、従来利用以外での使用機会のコンサルト、運用ワーキンググループへの参加etc...

元来、脳卒中バスに限定したツールでは無いので、他疾患や様々な利用展開が可能です。

ご参加ご検討の程、何卒宜しくお願い致します。

Copyright © TEIJIN PHARMA LIMITED. All Rights Reserved.

14

VitalLink

14

TEIJIN

テイジンは安心、安全、使いやすいバイタルリンクを通じて
地域包括ケアシステムの実現に向けて、
医療・介護の多職種連携の推進に貢献します



ご清聴ありがとうございました

帝人ファーマ株式会社

Copyright © TEIJIN PHARMA LIMITED. All Rights Reserved.

15

VitalLink