

# 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 2 9 日（水） 1 9：0 0～2 0：1 5  
開催方法：W E B 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

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	発症日:	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>
	内容:	手術日:	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>

※ 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	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	mRS	<div>選択▼</div>		
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	
					⇒ <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	常用薬の確認						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		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				
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		
	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		
	感覚障害、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 ( )		

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	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			
不隠・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"/> 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"/> バレーンカテール <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーダクトル <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		
家族、介護等の問題			説明医師		
			説明日 <div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>		

性別	<div>選択▼</div>	年齢	<div>選択▼</div>	住所			電話番号			
生年月日				<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	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	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	mRS	<div>選択▼</div>	外来診療開始 <div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	
目標と最終結果	日常生活活動拡大に向けたリハビリ		日常生活能力の獲得				介護サービス開始 <div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	
	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		自宅生活の継続 再発予防 機能維持	
			自宅復帰の見込みがある		⇒ <input type="checkbox"/> 老人保健施設		自宅復帰支援、再発予防・機能維持	
			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		施設内生活の継続 再発予防 機能維持	
			継続した医療行為が必要		⇒ <input type="checkbox"/> 療養型病院		再発予防・機能維持	
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						必要に応じて諸検査	
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたリハビリ						生活期リハビリ	
清潔	シャワー・入浴介助、入浴訓練		シャワー・入浴の自立				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 type="checkbox"/> 2	
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		ケアマネージャー:	
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							

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 /126		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		<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		<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		<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		<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		<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		<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		<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		<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 ( )		<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		<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		<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		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
不隠・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 )		<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		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助	
排泄器具等	<input type="checkbox"/> バレーンカテール <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーダクトル <input type="checkbox"/> 洋式トイレ		<input type="checkbox"/> バレーンカテール <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーダクトル <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		<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	
			説明日	
			<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	
障害高齢者の日常生活自立度:			<div>選択▼</div>	
認知症高齢者の日常生活自立度:			<div>選択▼</div>	

生活期の保険医療機関での機能状態

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"/> バレーンカテール <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーダクトル <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
	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>

■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： <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他	発症日：	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>
手術：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容：	<input type="checkbox"/> 血栓回収 <input type="checkbox"/> その他（）
		手術日：	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>

※ 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	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	mRS	<div>選択▼</div>		
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	
							⇒ <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	常用薬の確認	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> シロスタゴール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> プラスグレル <input type="checkbox"/> tPA	<input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> リバロキサバン <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"/> シロスタゴール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> プラスグレル	<input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> リバロキサバン <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> エドキサバン	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	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)		【転院・退院時基準】 ・危機脱出 ・全身状態の安定			
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				
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	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	軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	
	言語機能障害	<input type="checkbox"/> 無	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	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	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	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、錐体外路症状、立位バランス障害	<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	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			
不隠・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"/> 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"/> 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"/> ホータルトイレ <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 <div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	

性別	<div>選択▼</div>	年齢	<div>選択▼</div>	住所			電話番号	( )
生年月日	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>			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	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	mRS	<div>選択▼</div>			
目標と最終結果	日常生活活動拡大に向けたリハビリ		日常生活能力の獲得				外来診療開始 <div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>		
	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		自宅生活の継続 再発予防 機能維持		
			自宅復帰の見込みがある		⇒ <input type="checkbox"/> 老人保健施設		自宅復帰支援、再発予防・機能維持		
			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		施設内生活の継続 再発予防 機能維持		
			継続した医療行為が必要		⇒ <input type="checkbox"/> 療養型病院		再発予防・機能維持		
治療／薬剤	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> シロスタゴール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> プラスグレル	<input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> リバロキサバン <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"/> シロスタゴール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> プラスグレル	<input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> リバロキサバン <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> エドキサバン	コメント			<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> シロスタゴール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> プラスグレル	<input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> リバロキサバン <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> エドキサバン
検査	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等		必要に応じて諸検査						
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたリハビリ		生活期リハビリ						
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						
食事	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)		【退院時基準】 ・在宅復帰 ・入所等の準備終了 ・障害改善の安定		ケアマネージャー：				
説明・指導	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明								

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 /126		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		<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		<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		<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		<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		<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		<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		<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		<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 ( )		<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		<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		<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		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
不隠・不眠・問題行動等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
日常生活機能評価	点		点	
食事形態	<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 )	
排泄動作	<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	
排泄器具等	<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"/> ホータルトイレ <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"/> ホータルトイレ <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		<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		
		説明日 <div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>		
障害高齢者の日常生活自立度：		<div>選択▼</div>		
認知症高齢者の日常生活自立度：		<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>		

生活期の保険医療機関での機能状態

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"/> 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"/> 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"/> ホータルトイレ <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 <div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>



診断名	脳梗塞:	<input checked="" type="checkbox"/> ラクナ梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞	<input type="checkbox"/> 心原性脳梗塞	<input type="checkbox"/> その他	発症日:	2024年	6月	25日
	手術:	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	内容:	<input type="checkbox"/> 血栓回収	<input type="checkbox"/> その他	手術日:	選択	選択

生年月日

妻

※ 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	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 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
			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	常用薬の確認	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ワルファリン <input checked="" type="checkbox"/> シロスタグレル <input type="checkbox"/> タビガトラン <input checked="" type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバロキサバン <input type="checkbox"/> プラスゲレル <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> イドキサバン	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ワルファリン <input checked="" type="checkbox"/> シロスタグレル <input type="checkbox"/> タビガトラン <input checked="" type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバロキサバン <input type="checkbox"/> プラスゲレル <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> イドキサバン	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	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	

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	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 checked="" 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	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ワルファリン <input checked="" type="checkbox"/> シロスタグレル <input type="checkbox"/> タビガトラン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバロキサバン <input type="checkbox"/> プラスゲレル <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> イドキサバン	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ワルファリン <input checked="" type="checkbox"/> シロスタグレル <input type="checkbox"/> タビガトラン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバロキサバン <input type="checkbox"/> プラスゲレル <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> イドキサバン	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、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	
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		

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	
<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ワルファリン <input checked="" type="checkbox"/> シロスタグレル <input type="checkbox"/> タビガトラン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバロキサバン <input type="checkbox"/> プラスゲレル <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> イドキサバン	
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 type="checkbox"/> 2 ケアマネジャー:	

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	
意識レベル JCS	JCS1
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 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 checked="" type="checkbox"/> 構音障害
その他	
意識レベル JCS	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"/> 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 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 checked="" type="checkbox"/> 有 右半脱神経しびれ
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 ( )

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(部位 )	
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
不隠・不眠・危険行為・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"/> 嚥下調整食(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"/> 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"/> ホーダクトル <input checked="" 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
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

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 FIM113/126	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 type="checkbox"/> できる <input checked="" 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
不隠・不眠・問題行動等	<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"/> 嚥下調整食(具体名 )	<input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(具体名 )
排泄動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助
排泄器具等	<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"/> ホーダクトル <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"/> ホーダクトル <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自立 ( ) <input type="checkbox"/> 要介助 <input checked="" type="checkbox"/> 非実施
特記すべき事項	説明医師	
	説明日	
	2024年 7月 26日	
障害高齢者の日常生活自立度:	J2	
認知症高齢者の日常生活自立度:	自立	

生活期の保険医療機関での機能状態	
初回受診時	
BI /100 あるいは FIM /126	
<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない	
<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
<input checked="" type="checkbox"/> できる <input checked="" 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"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない	
<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要介助	
<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
<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"/> 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	
<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
点	
<input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(具体名 )	
<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	
<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"/> ホーダクトル <input type="checkbox"/> 洋式トイレ	
<input checked="" 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
	2024年 8月 5日

# TEIJIN

# VitalLink

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】

厚生労働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"> <li>・PC Windows8.1以上（ブラウザ：Chrome） macOS X v10.10以上（ブラウザ：Safari）</li> <li>・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。</li> </ul>
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

タイムラインのように投稿が表示される

**ファイル添付**  
褥瘡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。

既読 (2/4人)

写真	氏名
	田谷 健一
	山田 健一
	山田 健一
	山田 健一

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るため、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。

Copyright © TEIJIN PHARMA LIMITED. All Rights Reserved.



VitalLink

4

TEIJIN

## 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。
- ・ 参加者には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。

VitalLink

5

TEIJIN

## 🔒 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が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**

**安全な通信**  
暗号化通信  
SSL/TLS1.2以上

**サーバの安全性**  
ファイヤーウォール

**ユーザ認証**  
ID・パスワード

**PWの厳格ルール**

- ・パスワードポリシー
- ・ログインポリシー

**端末認証**  
電子証明書

電子証明書が入っていない端末からはアクセス不可。

**<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

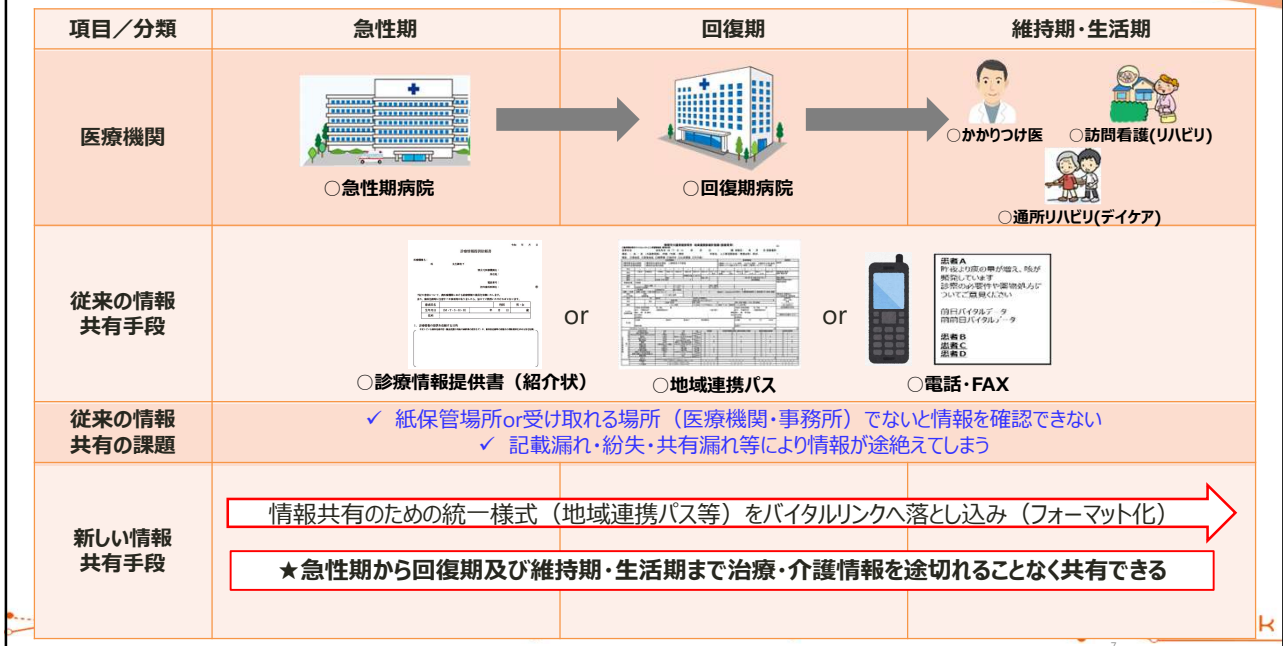
VitalLink

Copyright © TEIJIN PHARMA LIMITED. All Rights Reserved.

6



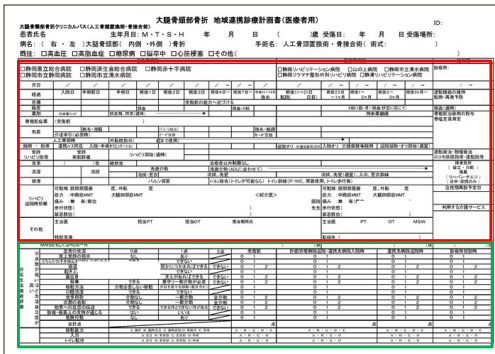
## 現在の情報共有の課題とバイタルリンクによる解決案



7

## 地域連携バスをバイタルリンクへフォーマット化する方法

### ■ 今までの地域連携バス(紙)



計画

実績

### ■ バイタルリンクへの置換部分

**紙で運用**

- ・加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

**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

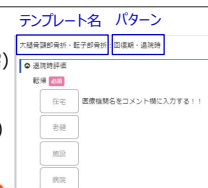
### ■ 連携開始準備

- 療養のポイント機能を活用して大枠のテンプレート作成(例: 脳卒中地域連携バス)
- 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

実績部分(緑枠)をバイタルリンクへフォーマット化

### ■ 実際の入力

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



8



## フォーマット作成方法 ―設問の作り方―

- ・ 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

**単一選択**

○ 数値 ● 単一選択 ○ 複数選択

前回答との比較 ○ 上の項目を大 ○ 下の項目を大 ● なし

基準値 選択肢 内容 点数

○ or ×  
Yes or No など...

**複数選択**

○ 数値 ○ 単一選択 ● 複数選択

基準値 選択肢 内容 点数

状態、薬剤名など...

### ■ 作成できる回答方法の種類

選択項目	機能説明（設定者側）	機能説明（入力者側）
数値	数値入力欄を作成できる	正・負・小数点第一の範囲内で数値を入力できる
単一選択	選択肢を作成できる	選択肢の中より一つだけ選択できる
複数選択	選択肢を作成できる	選択肢の中より複数選択できる
日付け	日付入力欄を作成できる	カレンダー表より日付を入力できる
時刻	時刻入力欄を作成できる	時刻表より時刻を入力できる
日時	日付と時刻入力欄を作成できる	カレンダー表と時刻表より日付と時刻を入力できる
ファイル添付	ファイル添付欄を作成できる	添付ボタンよりファイル添付が可能

9

## フォーマット作成方法 ―パターン設定―

- ・ 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

**パターン設定**

急性期・回復期

急性期病院  
回復期病院  
療養病院  
在宅・外来

パターンを選択

急性期病院  
回復期病院  
療養病院  
在宅・外来

10



## 契約体系とアカウント

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)

※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

連携バス起点となるコア施設様はこちら

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

👁️: 閲覧 ✎: 編集

一部の機能のみ抜粋して記載。

	“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	👁️✎	👁️✎	👁️✎	👁️✎

※〈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

13

## ◆最後に

[帝人ファーマの強み]

### ● 充実したフォロー体制

⇒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作りません。

### ● 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にしております。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・遠隔休止措置も可能です。

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いただきます。

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

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