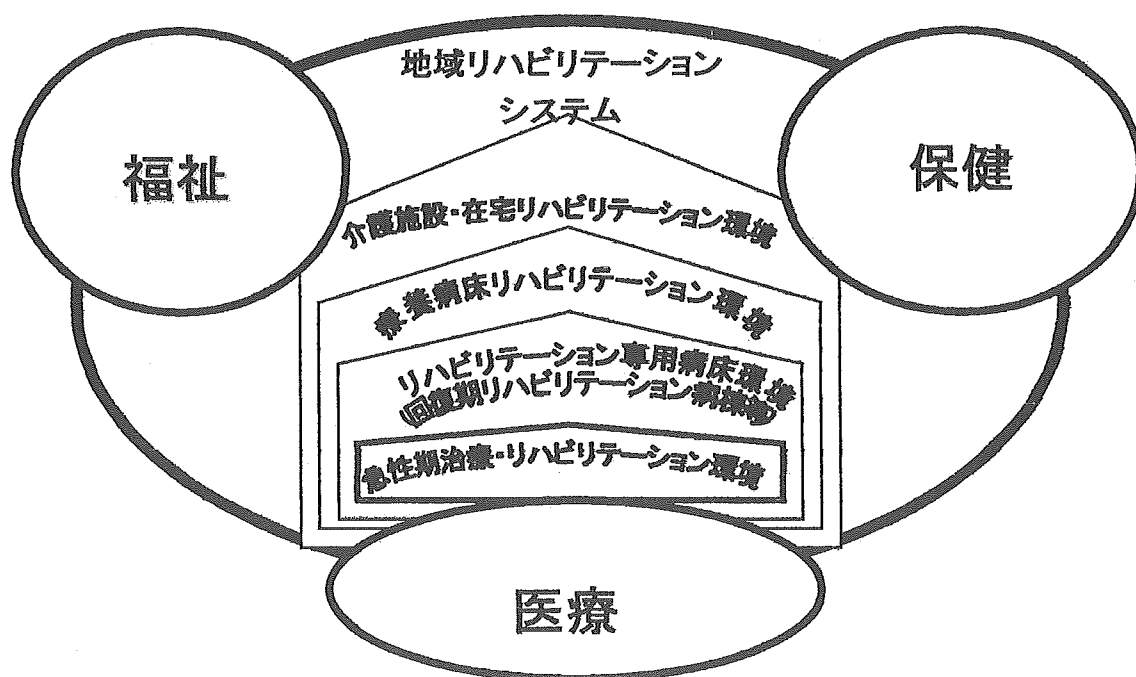


療技術もしくは医療マネジメントの確立がこの中では急がれる。

二つめは在宅後の生活リハの目標として、機能障害尺度だけではなく高齢者の生命・生活の質を重視した生活リハや社会的リハのあり方が問題であり、介護保険や障害者自立支援法を駆使した支援の方法を、地域の特性に応じて具体的に地域毎に検討することが必要である。

大阪府における地域リハのあり方は、この分野への地域医療の包括的関わりの中で論議される必要があり、地域におけるかかりつけ医の参画が不可欠と思われる。また市町村の福祉と予防保健のサービスを調整し、効率的サービスを支援する機関として、地域の医療情報を把握している保健所の役割は重要である。さらに急性期から継続してリハが出来、各種合併症に専門的に関わる診療科を準備し、身体障害者更生施設を包括した、次年度に開設される府立障害者医療・リハビリテーションセンターの役割が期待されている。

図 **地域リハビリテーション環境**
(リハビリテーション資源 + システム)



G. 研究発表

1. 論文発表：全調査終了時に発表予定
2. 学会発表：第43回日本リハビリテーション医学会にて発表予定

研究要旨

京都の地域リハ支援事業の実情を調べた。京都府では2005年度によりやく京都府リハビリテーション支援センターが設置され、広域支援センターも設置が完了した。人材確保、レベルアップの研修、連携づくりが課題であるが、広域支援センターの体制は必ずしも充分でなく、圏域毎の差も大きい。今後さらに強化が求められる。

A. 研究目的

京都の地域リハ支援事業の実情を調べる。

B. 研究方法

京都の地域リハ支援事業の推移、現状を京都府リハビリテーション支援センターのホームページなどより調査する。

C. 研究結果

■ 経過

2001年度「地域リハビリテーション協議会」設置。

2002年度に中丹圏域の地域リハビリテーション広域支援センターに舞鶴赤十字病院を指定。

2003年度に丹後圏域、相楽圏域の広域支援センターに各々京丹後市立弥栄病院、公立山城病院を指定。

2005年度に、京都のリハの老舗であった府立洛東病院を廃院し、そのスタッフを京都府立医科大学付属病院へ異動して急性期リハのセンターと位置づけ、京都府リハビリテーション支援センターを設置した。ここは京都乙訓圏域の京都市地域のセンター的位置づけも持っている。京都府立医科大学付属病院ホームページによれば、「本リハビリテーション部は中央診療部門に属し、急性期リハビリテーション(早期からの合併症、廃用症候群の予防および機能訓練、ADL訓練による社会復帰の推進)を中心とした診療を行います」となっている。

同じく2005年度に、山城北圏域、乙訓地域、南丹圏域の広域支援センターにそれぞれ、第二岡本総合病院、済生会京都府病院、明治鍼灸大学付属病院を指定。

■各支援センターの状況

京都府立医科大学付属病院(総合リハ PT 9名、OT 7名、ST 1名)、京丹後市立弥栄病院、舞鶴赤十字病院(理学II・作業IIPT 8名、OT 4名、ST 1名)、明治鍼灸大学付属病院、済生会京都府病院(理学II (PT 7名、ST 1名)、第二岡本総合病院(総合リハPT 16名、OT 7名、ST 3名)、公立山城病院(理学II・作業IIPT 5名、OT 2名、ST 1名)。

支援センターの役割は、人材確保、研修、連携づくり

である、とされている。それぞれが活動しているが、必ずしも総合リハ承認施設ではなく、圏域により活動の差が見られる。

医療圏毎の平成16年度人口10万人当たり理学療法士数は全国平均約33人に比して約6~30人、同じく作業療法士数は全国平均18人に比して約4~18人と圏域毎の差が激しい。京都市にリハ資源が集中し、総合リハ承認施設は13/18、回復期リハ病棟は8/10、リハ専門医は19/31が京都市内である。

一方で、市内の連携は必ずしも十分ではない。ようやく急性期病院から回復期リハ病院への紹介様式を統一する検討が始まったところである。

リハ専門医は他科の診療を兼務する者が多く、リハ業務への医師の関わりは総じて弱い。リハビリテーションに対する他科医師の理解も十分ではない。

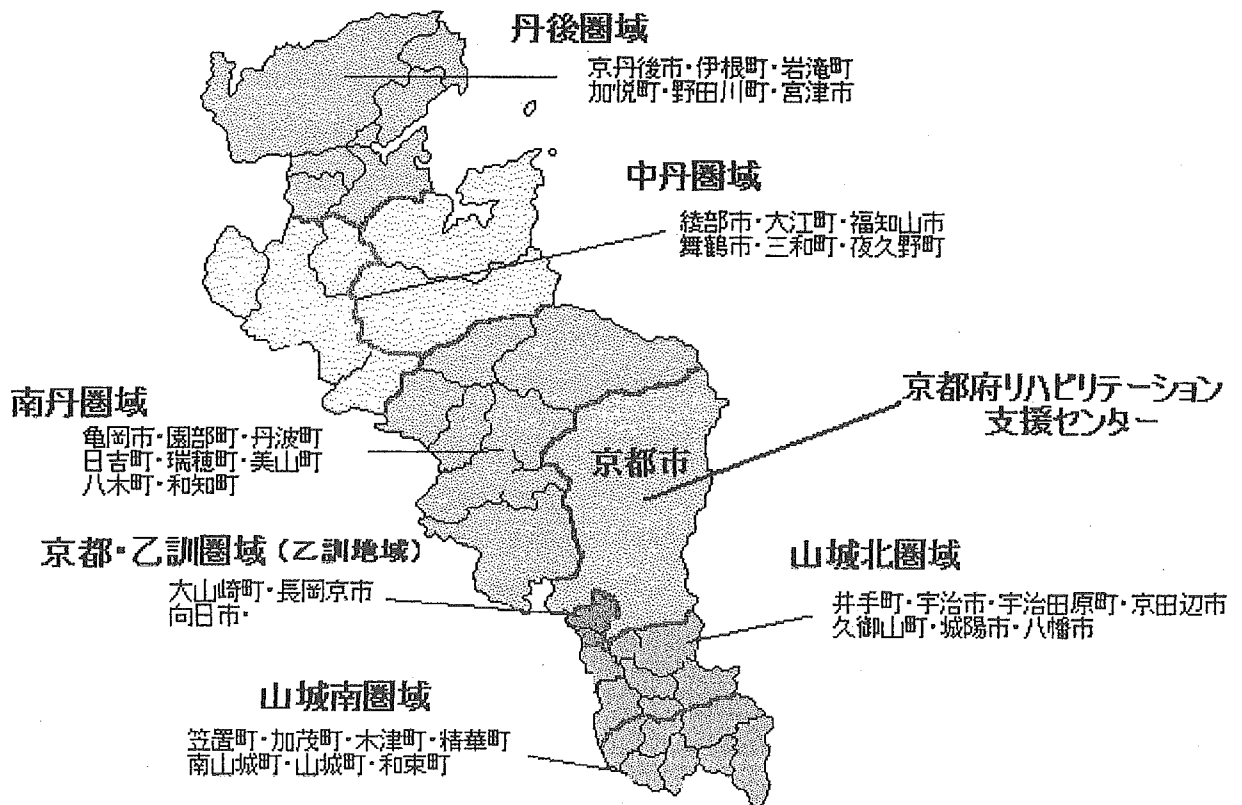
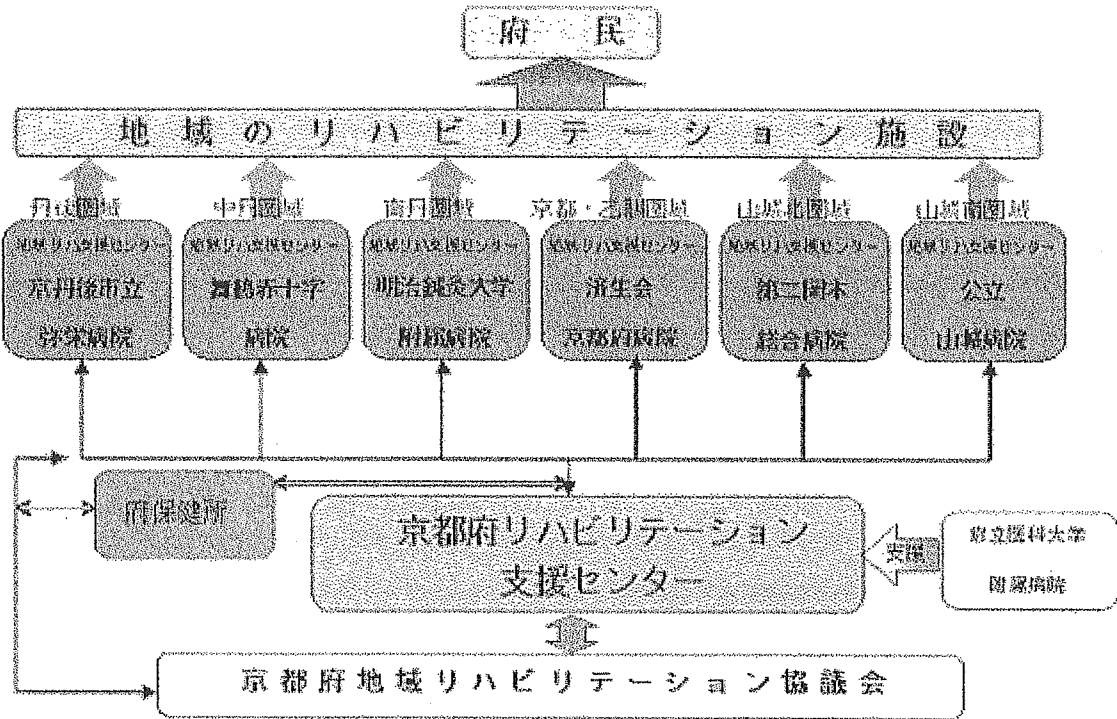
急性期を担う公的病院の実情は理学IIのみの病院が多く、病床数に比しマンパワーが不足している。

D. 考察

京都府リハビリテーション支援センターは京都府立医科大学付属病院に置かれているが、ここは急性期リハのセンターと位置づけられている。公的病院のリハ体制も弱く、回復期、維持期のリハは主に民間病院に委ねられているが、まだ連携が充分でなく、その資源は地域差が激しい。医師の関わりも弱い。今後は各圏域毎の地域格差をなくす人材確保、レベルアップの研修、圏域毎の連携づくりとともに、典型的な活動を行う拠点としての「京都府立総合リハビリテーションセンター(職業リハビリテーションを含み成人、小児をともに扱うことのできるセンター)」や府立医大でのリハ医学講座の開設が求められる。

E. 結論

支援センターの役割である人材確保、研修、連携づくりはまだ不十分であり、今後さらに強化が必要である。



厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

広島県における地域リハビリテーション支援体制整備推進事業について

分担研究者 林 拓男 公立みつぎ総合病院

研究要旨

平成18年度から介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センターとの連携のあり方を明らかにすることを目的として、広島県における地域リハビリテーション支援体制整備推進事業の5年間の活動を整理した。県リハビリテーション協議会、県リハビリテーション支援センター、地域リハビリテーション広域支援センターの課題や事業推進のための保健所、医師会、市町村との連携のあり方について検討した。

平成13～15年度の3年間の事業実施により多くの課題が浮き彫りとなったが、特に保健所との連携、地域リハビリテーション広域支援センターのマンパワー確保が当面の事業推進の課題として挙げられた。このことを受けて、県では平成16年から、地域リハビリテーション広域支援センターの活動を支援する28の協力病院・施設を新たに指定し、保健所を事務局として市町村の困難事例に対応する地域リハビリテーション評価推進事業をスタートさせた。しかし、事業予算の縮小や市町村合併などにより市町村特に基幹型在宅介護支援センターとの十分な連携が図れないまま現在に至っている。

地域リハビリテーション広域支援センターが二次保健医療圏域のなかでその役割を果たしていくためには、在宅支援機能を持つ医療機関および介護老人保健施設を協力施設として位置付け、圏域のなかの拠点として機能していくことが必要と考える。また在宅介護支援センターを介して、テクノエイド、住宅改修に関する相談支援体制を構築すること、および各市町村において地域ケア会議を主催する基幹型在宅介護支援センターを核に、市町村単位で地域包括ケアシステムの構築を行い、地域リハビリテーション広域支援センターはここにリハビリテーション機能を付加する役割を担っていくことが望まれる。

A. 研究目的

広島県では平成10年度から、地域リハビリテーション支援体制整備推進事業（以下、地域リハ事業）を行っている。この事業は、二次保健医療圏域の中で、予防から急性期・回復期・維持期リハの支援体制整備を目指すものである。今回は、広島県の資源調査・連携指針策定結果および13年度から17年度までの5年間の地域リハ事業実施の結果をもとに、広島県における地域リハ事業の現状と課題について検討し、平成18年度からの介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センター（以下、包括支援センター）と地域リハ広域支援センター（以下、広域支援センター）の連携のあり方を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

地域リハ事業においては、都道府県にリハ協議会を設置し、都道府県に1か所「都道府県リハ支援センター」を指定する。都道府県リハ支援センターは、地域におけるリハ実施体制等に関する調査を実施し、関係団体や医療機関との連携、連絡調整を行い、二次保健医療圏域ごとに設置される広域支援センターの支援等の機能を持つ。二次保健医療圏域においては、中核となるリハ施設を1か所程度「地域リハ広域支援センター」に指定し、指定された施設が、地域の救急医療施設を含む医療機関、介護老人保健施設、介護老人福祉施設等の各施設と連携しながら、その圏域におけるリハ機能を充実させる核としての機能を持たせることにする。

広島県内の体制としては、県リハ協議会（福

祉保健部保健医療総室健康増進室が担当)が設置され、県リハ支援センターは、尾道市公立みつぎ総合病院が指定されており、広域支援センターは7圏域で9ヶ所指定されている(当初は8ヶ所)。

平成10年度よりのモデル事業を経て、平成13年度から17年度の5年間の本格実施の結果の検討および平成14年度に作成した資源調査、連携指針をもとにその達成状況も検討した。

C. 研究結果

(1) 事業経過

地域リハを推進するため、広島県では平成10年度リハ協議会を設置、平成10年度～12年度に県リハ支援センター1か所、広域支援センター4か所を指定してモデル事業を実施した。このモデル事業を踏まえて平成13年度から新たに、7つの二次保健医療圏域に8か所の広域支援センターを指定し事業を実施した。そして平成14年度において、県リハ支援センターの指定を、御調町が県より委託を受けている在宅介護推進センター(前地域介護実習普及センター：公立みつぎ総合病院が運営委託を受けていた)が受けたことに伴い、地域リハにかかる資源調査、連携指針の作成を行った。連携指針の作成と各圏域の現状把握のために資源調査を行い、その現状を踏まえ、地域リハが適切に行われるために、市町村レベル、二次保健医療圏域レベル、全県レベルでの地域の関係機関の役割・機能を連携指針として策定した。

なお、広島県では連携指針は高齢者にその関わりを置いて地域リハ支援体制整備のあり方を述べている。これは国が支援体制の整備推進を図る背景にわが国の高齢社会の問題があり、あわせて介護保険制度をより円滑に推進するための関連事業の一環であることによる。もとより地域リハは小児から成人、高齢者、精神の分野まで、あらゆる人々を支援の対象とした活動である。本連携指針をその基に、今後広島県の地域リハ支援体制の構築がより大きく展開されることを期待するものである。

(2) 県リハ支援センターの活動内容について

1) 活動の概況

広島県の県リハ支援センターは尾道市公立みつぎ総合病院であり、業務に携わっている人数は医師1人、作業療法士1人、事務職1人合計3人である。

県内のリハ資源調査は、広島県、市町村、医師会、老人保健施設協会、老人福祉施設協会、基幹型在宅介護支援センター、都道府県の関係行政機関、病院・診療所等の協力を得て実施し、その結果を踏まえて連携指針の作成や圏域のニーズ把握、県リハ支援センターの活動戦略立案に活用した。

2) 県リハ協議会との関係

広島県リハ協議会は年1から2回開催されており、県リハ支援センターおよび広域支援センターの設置や、関係機関の連携推進等について議論が行われている。県リハ支援センターは、広島県リハ協議会における協議や討論でリーダーシップを取るとともに、専門部会の設置、およびその活動に積極的に関わり、リハ連携指針の作成等を行った。

3) 広域支援センター支援内容

広域支援センターへの支援は、研修会および研究大会・圏域での技術指導・講師の派遣、広域支援センターとの会議である。

「介護予防」に関しては、マニュアルの作成や事業への協力を通して、「介護予防の考え方」についての支援を行っている。その際、広島県介護予防研修相談センターが協力機関として連携している。

広域支援センターが抱えている問題、状況のうち、圏域に共通した支援すべき課題がある。例えば、介護予防事業の技術支援、医療機関の急性期リハ・回復期リハの理解、保健所の協力、連絡協議会の活性化などである。

また、平成18年度からの介護保険制度改正によって、設置することとなった包括支援センターへの参画も共通する課題である。

4) 事業による効果

本事業を通じて、「地域ケアスタッフの地域リハビリに対する理解が向上した」、「介護支援専門員のリハビリに対する理解が向上した」、「介護支援専門員が質的に向上した」、「都道府県の行政組織間の連携が進んだ」、「広域支援センターと市町村保健事業の連携が進んだ」、「広域支援センターとリハ実施機関との連携が進んだ」、といった効果がみられている。

5) 本事業を実施する上での課題

県リハ支援センターの業務を行う上での問題点として、マンパワー不足、活動予算の不足、今後のよりよい展開方策がわからない、関係機関間の調整を行うところがない、地域リハについての理解が、関係機関間で十分でない等があげられる。

これらの問題、特にマンパワー、予算不足に関しては、県リハ支援センターのボランティア的な活動で対応し、体制を維持しているのが現状である。

6) 今後の方向性

平成16年から17年度は地域リハ評価・推進事業を実施した。この事業は保健所を事務局として、市町村の困難事例に対して県支援センターと広域支援センターが支援するものである。また28の協力病院・施設を指定し、実地指導、相談、事例検討への支援など広域支援センターのマンパワー不足に対応した。16年度は初年度のこともあり、それなりの活動が行われたが、17年度は事務局としての保健所のマンパワーや予算不足などによる本事業への機能低下、また市町村合併の混乱による対応の低下もあり、広域支援センター、協力病院・施設も十分な活動ができないまま終わろうとしている。

県リハ支援センターとして、平成15年度は各地域リハ広域支援センターにおける3年間の事業の評価を行い、また各広域支援センターは連携指針をもとに、各圏域毎の連携指針作成を進めていく予定である。

D. 考察

広島県では保健医療計画のなかで、健康寿命の延伸を支える保健医療体制として、7つの柱を立てている。この中の1つに地域リハ支援体制整備の推進が含まれ、地域リハ支援体制の整備、リハ医療体制の充実、リハ従事者の確保および資質の向上を目標としている。

資源調査および平成13、14年度事業を実施した8つの広域支援センターからの意見を集約して、以下の9項目が当面の推進課題と考えられた。

- ① リハ医療機関数の圏域による格差が大きい。今回は1圏域で圏域を越えて広域支援センターを指定した。

- ② 広域支援センターの人的資源の乏しさ。平成13、14年度において、リハ資源の共同利用を除き、従事者研修会、実地指導、相談窓口の設置、連絡協議会の開催を実施したが、広域支援センタースタッフは病院業務を兼務しながら事業を行っており、単独施設で圏域全体をカバーすることは困難であった。従って、広域支援センターをサポートする協力施設を圏域内で指定する必要がある。
- ③ 在宅リハサービス提供機関が少ない。
- ④ 訪問看護ステーションへの理学療法士・作業療法士の配置が少ない。常勤の理学療法士・作業療法士がいる所は約1/6、非常勤を含めても約2/5であった。
- ⑤ リハ専門職の不足。広島県内には理学療法士約900人、作業療法士約600人、言語聴覚士約125人が勤務しており、県別人口10万対比の理学療法士・作業療法士数はどちらも全国第14位であった。
- ⑥ テクノエイド、住宅改修に関する相談窓口の整備が必要である。ケアマネジャー、市町村からの相談もあり、在宅介護支援センター、介護実習普及センターとの連携体制の整備が課題である。
- ⑦ 広域支援センターの人的資源の乏しさを考えると、市町村単位で地域ケア体制を確立し、ここにリハ機能を付加していく役割を、広域支援センターが担っていくことが現実的と考えられた。
- ⑧ 保健所との連携。広域支援センターと協力して、行政的立場から市町村への支援を行う。
- ⑨ 小児・若年障害者への対応として、教育的・職業的リハを担う県リハセンターとの連携が必要である。現在県リハセンターを中心として、高次脳機能障害モデル事業が実施されている。

広域支援センターが二次保健医療圏域のなかでその役割を果たしていくためには、在宅支援機能を持つ介護老人保健施設を協力施設として、圏域のなかの拠点として位置付けていくことが

必要と考える。また在宅介護支援センターを介して、テクノエイド、住宅改修に関する相談支援体制を構築すること、および各市町村において地域ケア会議を主催する基幹型在宅介護支援センターを核に、市町村単位で地域ケアシステムの構築を行い、広域支援センターはここにリハ機能を付加する役割を担っていくことが望まれる。更に、広域支援センターは圏域の連絡協議会を通して、急性期・回復期リハを担う医療機関と維持期を担う介護保険施設・在宅サービス提供機関・市町村を繋ぐ役割を持つことが必要である。

平成18年度からは本事業が介護予防の下支的な役割を担うとの国の方針のもと、主管課も高齢者福祉室へ移り、「介護予防事業評価・市町支援事業」としてスタートする予定であり、介護予防に関しては、広島県介護予防研修相談センター（前介護実習普及センター）が平成17年度県の委託を受け、効果研究事業（介護予防事業のマニュアルづくり）、実践ボランティア養成事業、介護予防マネージャー研修事業、介護予防事業実施者研修事業を行ってきた。また県内への事業の普及・啓発を図るために、介護予防事業普及用映像ソフト作成事業により、DVD、パンフレットを配布する予定である。県レベルでの広域支援センターと包括支援センターとの関係は明確ではないが、「介護予防事業評価・市町支援事業」の中心となる「介護予防事業評価・市町支援委員会」には県リハ協議会のメンバーが含まれることになる予定であり、広域支援センターが市町を通じて、包括支援センターへ評価等の技術支援をすることになる。当面は圏域内の連絡協議会に、包括支援センターの代表が参加することにより今後の連携体制を築いていくしかない。

県支援センターの今後の役割として、①介護予防研修相談センターと協力して、県内の研修、推進体制を構築する、②広域支援センターのスタッフの研修、人材派遣、③広域支援センターと包括支援センターの連携のために圏域の連絡協議会のあり方についての検討、④高齢者福祉課、介護予防事業評価・市町支援委員会への意見具申を考えている。また活動予算の不足に対しては、広域支援センターや協力病院・施設が市町（または包括支援センター）へ人材派遣をするときには、市町との契約による報酬も今後考えていく必要がある。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

文 献

- 1) 山口昇監修：地域リハビリテーション、医学書院、2001
- 2) 地域リハビリテーション支援活動マニュアルに関する研究班（班長：澤村誠志）：地域リハビリテーション支援活動マニュアル、1999
- 3) 地域リハビリテーション活動評価マニュアル作成研究班（班長：浜村明徳）：地域リハビリテーションコーディネーター活動マニュアル、1996
- 4) 広島県福祉保健部：広島県地域リハビリテーション連携指針、2003
- 5) 広島県福祉保健部：リハビリテーション資源調査報告書、2003

脳卒中リハビリテーション 患者データベース

Ver. 1.3

Programmed by Sunfusion Systems

1 病院基本情報

2 リハビリ情報入力

3 未登録データ検索

4 オプションメニュー

5 提出データ取込

制作

高野氏の地域リハビリテーション体制の構築に関する研究 (H17-長寿-011)
主任研究者 武蔵村山病院リハビリテーションセンター長
東京都リハビリテーション協議会部会座長

山口 明



終了

病院基本情報

は必須入力 メニューへ

病院名 SFSリハビリテーション病院

所属科 リハビリテーション科

住所 (〒) 694-0054

TEL

FAX

連絡先氏名

E-Mail rika@sunfulon.net

※スタッフ数については、常勤換算「週40時間を常勤換算1人とする」

常勤医師数	21	PT	24	MSW	27	患者別リハ環境面へ
うちリハビリ科医師数	13	OT	25	心理	28	
うち専門医数	8	ST	26	リハ助手数	23	

- 総合リハ PTⅡ PTⅢ PTなし OTⅢ STⅠ STⅢ
 PTⅠ PTⅢ OTⅡ OTなし STⅡ STなし

※スタッフ数については、常勤換算「週40時間を常勤換算1人とする」

	リハ病棟の ベッド数	医師数	セラピ スト数	看護師数	看護助手 数	MSW数
一般	20	1	2	3	4	5
急性期	30	6	7	8	9	10
回復期	40	11	12	13	14	15
療養	50	16	17	18	19	20

※リハ病棟とは、主にリハビリテーションを受けている患者が入居している病棟

フラッシュ
レイアウト
基本情報1

脳卒中リハ患者DB

削除 全てで表示 検索 新規 オプションメニュー メニューへ

患者ID: 0000001
患者名(漢字): 原生太郎
性別: 男
生年月日: 83.12.05
年齢: 70 歳

意識・認知障害: 機能障害: ADL: 合併症: リハ環境: 治療/退院時情報/介護方針等: 参加心理/環境/第三者の承認/その他:

治療/退院時入力: 連絡後連絡
主治医: 山本 太郎
リハ担当医: 田中 一郎
鈴木 二郎

来院年月日: 1999.02.02
脳卒中発症日: 1999.02.01
発症時間帯: 安静時
来院方法: 自力来院(バス、運転他)

急性発症: 心房細動: なし
入院時血圧: 190 / 100 mmHg
高血圧: 高血圧治療中
糖尿病: 糖尿病インスリン治療
抗凝固療法等: なし

脳卒中既往歴: 1回
脳卒中家族歴: 脳卒中とSAHあり

画像診断検査日: 1999.02.02
脳梗塞(責任病巣のみ): テント上穿通枝梗塞
脳出血(責任病巣のみ):
脳浮腫:

責任病巣サイズ: 小梗塞(1.5cm以下)
責任病巣サイズ:

【患者連絡先】
〒109-0013 東京都千代田区蔵が関
電話番号 03-3618-7111

脳卒中リハ患者DB

※クリックすると、患者の記録が読み込まれます。

氏名	性別	生年月日	年齢
原生太郎	男	83.12.05	70
原生美子	女	67	67
原生次郎	男	67	67

性別 男 生年月日 S3.12.05 70 歳

患者ID 0000001 患者名(漢字) 厚生太郎

機能障害 ADL 合併症 リハビリ状況

認知障害 介護力要員 参加心理/認知/第三者の不利/その他

年齢 70 性別 男 厚生太郎 厚生太郎 厚生太郎

入院時 7 退院時 9

合計: 3 ノート

1新 刺激なしに覚醒

1: 今ひとつぼつきりせず

2: 時人場所がわからず(息当睡時昏)

3: 自分の名前、生年月日がいえない

II新 刺激にて覚醒

10: 呼びかけで容易に開眼

20: 大声または体の揺さぶりで開眼

30: 痛み・刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すとめろろじで開眼

100: 痛刺激で少し私いのける

200: 痛刺激で少し手足を動かしたり顔をしかめる

300: 痛刺激に反応せず

III新 刺激にて覚醒

100: 痛刺激で少し私いのける

200: 痛刺激で少し手足を動かしたり顔をしかめる

300: 痛刺激に反応せず

※このソフトは、第三者の権利が侵害されません。

患者名 性 年齢 性別

厚生太郎 男 70 歳

削除 全て表示 検索 新規 オプションメニュー メニューへ

患者ID: 0000001 患者名(漢字): 厚生太郎 性別: 男 生年月日: 83.12.05 70 歳

※脳卒中発症時の年齢

基本情報: 意識・認知障害 ADL 合併症 リハビリ 脳神経検査 詳細/検査時情報 参加/心理/環境/第三者の不利/その他

ISS: NHSS 片麻痺(27) Brunstr.in.stage 摂食・嚥下障害 排尿障害 SIS 機能障害一覧

麻痺側 右 左手 右 は必須入力

この画面に入力するとISSとNHSSが自動的に評価されます。 入院時全て正常 入院時全て最悪 入院時全て正常 退院時全て最悪 退院時全て最悪

	【入院時】	【退院時】	【入院時】	【退院時】
1 質問に対する反応	[0-2]	[2]	[0-4]	[1]
2 命令への反応	[0-2]	[2]	[0-4]	[1]
3 Glasgow coma scale				
4 開眼	[1-4]	[4]	[0-4]	[2]
5 言語	[1-5]	[5]	[1-5]	[1]
6 運動	[1-6]	[6]	[0-4]	[1]
7 失語	[0-3]	[1]	[0-4]	[2]
8 言語障害(総合)	[0-4]	[4]	[1-5]	[4]
9 嚥乳異常	[0-2]	[0]	[1-5]	[5]
10 注視	[0-2]	[0]	[1-5]	[5]
11 視野	[0-3]	[0]	[1-3]	[1]
12 熱視	[0-2]	[0]	[0-2]	[1]
13 顔面麻痺	[0-3]	[2]	[0-2]	[1]
10 上肢の運動				
右				
左				
11 下肢の運動				
右				
左				
12 運動系				
手				
腕				
下肢				
13 足底反射				
14 感覚				

患者ID

こうせい

厚生

(ふりがな)
患者名(漢字)

基本情報 登録・認知障害 言語障害 ADL

JSS MHISS JSS MHISS Brunstrum stag

1 日付を入力してください。

入院時	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
上肢	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
下肢	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
手指	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

合計:
3
未リハビリ

このシステムは、脳卒中リハビリ患者の管理を支援するためのツールです。患者の病歴、検査結果、治療経過などを一元管理し、医療従事者が迅速に患者の状態を確認し、適切なケアを提供できるよう設計されています。

主な機能として、患者情報の登録・更新、検査結果の連携、治療計画の作成・管理、患者の経過観察などが挙げられます。また、データの分析機能により、患者の回復傾向や治療効果の評価も行うことができます。

このシステムを導入することで、医療の質の向上と患者のケアの効率化が期待されます。

※脳卒中発症時の年齢

こうせい たろう

(ふりがな)

性別 男 女

厚生太郎

患者名(漢字)

患者ID 000J001

生年月日 S3.12.05

年齢 70 歳

参加/心算/筆算/算盤/その他

前後/感覚/視覚/聴覚/その他

ADL

合併症

リハビリ

機能障害一覧

脳神経学

言語・認知障害

JSS & WISS

JSS WISS

摂食・嚥下障害

排泄障害

SAS

SAS

SAS

SAS

SAS

SAS

SAS

SAS

SAS

SAS

SAS

SAS

片麻痺12グレードより変換 は必須入力

1.日付を入力してください。

入院時	05.12.06										退院時
動きなし(総線麻痺)	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
連合反射	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
共同運動	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
分解運動の開始	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
個別の関節運動可能	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
全運動可能	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
動きなし(総線麻痺)	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
連合反射	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
共同運動	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
分解運動の開始	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
個別の関節運動可能	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
全運動可能	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
動きなし(総線麻痺)	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
わずかに握る	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
握れるが開かない	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
握つまみ・わずかな伸展	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
色々なつまみ・伸展可能	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施
全運動可能	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施	I II III IV V VI 未実施

上肢

下肢

手指

合計: 3

未レコード

患者ID: 00000001 (ふりがな) こうせい たろう 性別: 男 生年月日: 93.12.05 70 歳

患者名(漢字) 厚生太郎

基本情報 意識・認知障害 機能障害 ADL 合併症 リハビリ 評価/心理/環境/第三者の不利/その他

評価日	日常生活自立度										Rank in
	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	C3	C4	
入院時 2005.09.10	○ 正常	○ J1	○ J2	○ A1	○ A2	○ B1	○ B2	○ C1	○ C2	○ C3	4
2005.12.10	○ 正常	○ J1	○ J2	○ A1	○ A2	○ B1	○ B2	○ C1	○ C2	○ C3	
2005.11.10	○ 正常	○ J1	○ J2	○ A1	○ A2	○ B1	○ B2	○ C1	○ C2	○ C3	
2005.10.10	○ 正常	○ J1	○ J2	○ A1	○ A2	○ B1	○ B2	○ C1	○ C2	○ C3	
	○ 正常	○ J1	○ J2	○ A1	○ A2	○ B1	○ B2	○ C1	○ C2	○ C3	
退院時 2006.01.25	○ 正常	○ J1	○ J2	○ A1	○ A2	○ B1	○ B2	○ C1	○ C2	○ C3	3

【複製】ボタンをクリックすると、クリックした評価日の機能障害一覧、ADL、参加/心理/環境/第三者の不利/その他のデータが全て複製されます。

評価項目: 日常生活自立度

- J1: 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、自力で交通機関を利用して外出する
- J2: 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、自力で遠近所へなから外出する
- A1: 屋内での生活は概ね自立しており、介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
- A2: 屋内での生活は概ね自立しているが、外出の頻度は少なく、日中も概ね起きている状態をしている
- B1: 屋内での生活は概ね自立しているが、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つことができる
- B2: 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッド上から離れて行う
- C1: 屋内での生活は概ね自立しているが、介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つことができる
- C2: 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着脱において介助を要し、自力で歩行もできない

※ログインIDとパスワードが異なります

患者名: 厚生太郎 性別: 男 年齢: 70 歳
 生年月日: 93.12.05
 住所: 東京都 東京都 東京都

項目	内容
年齢	70 歳
性別	男
生年月日	93.12.05
住所	東京都 東京都 東京都

ADL 削除 全て表示 検索 新規 オプションメニュー メニューへ

患者ID: (ふりがな) こうせい たろう 性別 生年月日 70 歳

患者名(漢字) 厚生太郎

必須情報 意識・認知障害 機能障害 ADL 合併症 リハビリ環境 入院/退院情報/介護情報 参加/心理/環境/第三者の不利/その他

認知きり度 認知症患者の日常生活自立度 PIN は必須入力

評価日	Berthe / index 合計				
入院時 2005.08.10	35				閲覧/登録修正
2005.12.10		<input type="radio"/> 複製子一タ	<input type="radio"/> 修正済	削除	複製
2005.11.10		<input type="radio"/> 複製子一タ	<input type="radio"/> 修正済	削除	複製
2005.10.10	40	<input type="radio"/> 複製子一タ	<input type="radio"/> 修正済	削除	複製
		<input type="radio"/> 複製子一タ	<input type="radio"/> 修正済	削除	複製
退院時 2006.01.25	40				閲覧/登録修正

【閲覧/登録修正】ボタンをクリックすると各評価日の入力画面が表示されます。【複製】ボタンをクリックすると、クリックした評価日の機能障害一覧、ADL、参加/心理/環境/第三者の不利/その他データが全て複製されます。

をクリックすると、患者の情報が表示されます。

患者名	性別	年齢	Ranking
厚生太郎	男	70	5
...

削除 全て表示 検索 新規 オプションメニュー メニューへ

合併症

こうせい たろう

脳卒中発症時の年齢

患者ID 0000001

性別 男

生年月日 3.12.05

患者名(漢字) 厚生太郎

70 歳

基本情報 意識・認知障害

ADL

リハビリ環境

参加・心身/運動/第三者の不利その他

合併症 無 有

は必須入力

前手足麻痺 無 有 「有」の場合 → 治療 無 有 「有」の場合 → ステロイド服用 無 有 痛/日
重症神経筋ブロック 無 有 痛/週

転倒 無 有 「有」の場合 → 骨折 無 有 「有」の場合 → 部位 手術 無 有

肺感染症 無 有 「有」の場合 → 嚥下訓練指導実施 無 有

尿路感染症 無 有 「有」の場合 → 治療 無 有

うつ状態 無 有 「有」の場合 → 治療 無 有 「有」の場合 → 抗鬱剤投与 無 有 種類

褥瘡 無 有 「有」の場合 → 感染 無 有 深部静脈血栓症 無 有 「有」の場合 → 抗凝剤投与 無 有

痙攣 無 有 「有」の場合 → 治療 無 有 「有」の場合 → 抗痙攣剤投与 無 有 種類

消化管出血 無 有 「有」の場合 → 治療 無 有 「有」の場合 → 抗凝剤投与 無 有

その他

ブラウザ

ブラウザ

レイアウト

検索

印刷

ヘルプ

ログアウト

会社

3

未ログイン

100

リハ情報

削除 全に表示 検索 新規 オプションメニュー メニュー

患者ID: 0000001 (ふりがな) こうせい たろう 性別: 男 生年月日: S3.12.05 70 歳

患者名(漢字): 厚生太郎 機能障害: ADL 合併症: 脳梗/脳出血/脳腫瘍/脳血管性痴呆/第五神経

※脳卒中発症時の年齢

※追加/心電/脳波/第三者の不測/その他

脳卒中リハ患者DB

患者名: 性: 年齢: Rank: 1

厚生太郎 男 70 5

厚生孝子 女 61 2

厚生次郎 男 67

入院病棟の診療科: リハ科
 入院病棟の種類別: 一般
 リハ医の関与の仕方: リハ医の診察・回診
 カンファレンスの実施状況: カンファレンスの実施回数
 (3職種以上)

※入院病棟の種類により、病院基本情報で入力したデータが自動表示されます。 病院基本情報

リハ病棟のベッド数: 20 看護師数: 3
 差師数: 1 看護助手+ケアワーカー数: 4
 セラピスト数: 2 MSW数: 5

※病院基本情報で入力したデータが自動表示されます。

労働医師数	23	PT	24	MSW	27
うちリハビリ科医師数	13	OT	25	心理	28
うち専門医数	8	ST	26	リハ助手数	23

脳卒中リハ患者DB

削除 全て表示 検索 新規 オプションメニュー メニューへ

患者ID: 0000001
 (ふりがな) こうせい たろう
 患者名(漢字) 厚生太郎
 性別: 男
 生年月日: S3.12.05
 年齢: 70 歳

基本情報 意識・認知障害 機能障害 ADL 合併症 リハビリ 参加/出席/遅滞/第三者の介助/その他

訓練 退院時情報/介護情報 ※単位数は「20分を1単位とする」 □ は必須入力

脳卒中リハ患者DB

※アプリのあると患者の情報を
反映させていただきます

患者名 性 年齢
 田中太郎 男 70
 田中花子 女 68
 田中次郎 男 67

年	月	処方日	訓練初日	保険請求分 単位数	自由診療分 単位数	非請求分含む 単位数(自主・ 自己訓練は除く)	合計
PT							
OT							
ST							

脳卒中リハ患者DB

削除 全て表示 検索 新規 オプションメニュー メニューへ

患者ID: 0000001
 (ふりがな) こうせい たろう
 患者名(漢字) 厚生太郎
 性別: 男
 生年月日: S3.12.05
 年齢: 70 歳
 ※脳卒中発症時の年齢

基本情報: 意識・認知障害 A/DL 合併症 リハビリ状況 認知・心理/運動/感覚/第三者の本音/その他

保障請求訓練: 訓練 巨宅 は必須入力

※ラジオボタン (O) のチェックを外したい場合は、Shiftキーを押しながら、チェックした項目をクリックしてください。

身体障害者手帳の有無 有 無 「有」の場合 級

介護保険申請の有無 有 無(未申請) 無(対象外) 「有」の場合

退院時の要介護度 自立(非該当) 要支援1-2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

退院前訪問の有無 有 無 退院時カンファレンスの有無 有 無

住宅改修の実施の有無 有 無 退院時ケアプラン作成の有無 有 無

退院時指導の有無 有 無

介護力: 家族や友人などによる介護力 (ヘルパーなど専門職の介護力は含めない)

- 1. 介護力ほとんどなし
- 2. 1と3の間
- 3. 常時、介護に専念できる者1人分に相当
- 4. 3と4の間
- 5. 常時、介護に専念できる者2人以上に相当
- 6. その他
- 7. 不明

その他の内容